

***REVISTA DE FUNDAMENTOS DE
PSICOLOGÍA***
Volumen 3, Número 1
2011

Influencia del aspecto físico a la hora de elegir un líder político <i>Sandra Peinado Cánovas y Benjamín Pereira Román</i>	5
Influencia del consumo de glucosa en la actividad conductual de la población infantil <i>Marcos Mirete Fructuoso, Sergio Molina Rodríguez, Elena Manero Kadri y María Sánchez Garre</i>	13
Influencia del visionado de la televisión sobre el rendimiento cognitivo <i>Borja León Hidalgo, Marina López Lillo, Andrea Gomis García y Rubén Ibarra Gómez</i>	23
Presencia de trastornos psicológicos en pacientes no diagnosticados de enfermedad celíaca <i>Cristina Maciá Sánchez, Virginia Martínez Fernández, Elena Montesinos Serra, Sara Murcia Rodes</i>	33
Factores de riesgo en el consumo de sustancias teratógenas <i>Laura Ramón Botella, Anaís Romero Romero, Irene Galinsoga y Montserrat Ramos Vico</i>	43
Influencia del llanto de los bebés en la aparición de conductas específicas en sus padres <i>José López Amorós y Ángel Labrador Gómez</i>	55
Trastornos de alimentación en hombres <i>María José Antolínez Cascales, Ariana Yael Bertso e Irene Díez Server</i>	63
Aislamiento social y abusos sexuales a menores <i>Júlia Prieto Moyà</i>	71

Disminución de la percepción de riesgo ante un posible embarazo no deseado tras la reforma de la ley del aborto

Nuria Belmonte Ponce, Chantelle Jean Doughty y Lorena Cutillas Muñoz **79**

Relación entre la religión católica y la aparición de parafilias

Aida Martínez Mollá, Adara Navalón Muñoz, Patricia Mejías Romero y Paula Peinado Sanchís **87**

Efectividad y eficiencia de la inclusión de psicólogos en centros de atención primaria

Sara Arteseros Bañón **97**

Los psicoestimulantes y su relación con el rendimiento académico

Susana Cuesta Ortín y Patricia Antón López **107**

Influencia del aspecto físico a la hora de elegir un líder político

Sandra Peinado Cánovas
Benjamín Pereira Román

RESUMEN

En el presente estudio analizaremos la posible influencia del aspecto físico a la hora de elegir un líder político, centrándonos en aspectos faciales como la simetría, los signos de vejez, la tonalidad de la piel y la constitución física. Para ello, se mostrará a una muestra de 200 participantes una serie de fotografías de candidatos políticos con diferentes características, debiendo elegir una de ellas. Aquellas que se presenten al grupo experimental estarán retocadas, una de manera positiva y otra de manera negativa, y las del grupo control serán las originales. Finalmente, estudiaremos los resultados, prediciendo que en el grupo experimental el candidato más elegido será el retocado positivamente, mientras que en el grupo control ambos candidatos serán elegidos de manera similar.

INTRODUCCIÓN

No es algo novedoso hablar de la influencia del físico en la vida diaria, o por lo menos en los países desarrollados. En la actualidad, esto se puede corroborar simplemente observando nuestro alrededor. Continuamente somos testigos a través de la publicidad de que el hombre o la mujer ideal siguen ciertos cánones de belleza, como un cuerpo esbelto, una estatura alta y una buena presencia, relacionada con una indumentaria, un peinado y unos rasgos faciales bonitos. Ya en siglos pasados, existía esta preocupación estética, aunque con diferencias en las características que se consideraban bellas.

Según diversos estudios, observamos esta trascendencia del aspecto físico, ya que las personas tienden a relacionarlo con determinadas personalidades. Así pues, en el siglo XX Kretschmer hizo una clasificación en la que las personas de estatura alta, cuerpo delgado y apariencia frágil serían consideradas hipersensibles, introvertidas, idealistas y con grandes dificultades en el contacto interpersonal. Sin embargo, las de baja estatura y cuerpo ancho tendrían facilidad comunicativa y constantes cambios emocionales. Por último, las personas atléticas serían las perseverantes y en ocasiones con mucho carácter (Gutiérrez Rodríguez, 2005).

Este tipo de relaciones vienen dadas por el denominado “efecto halo”. Se define como un sesgo cognitivo que consiste en apreciar una característica determinada de una persona y generalizar a raíz de ella el conjunto de aptitudes y la personalidad de dicha persona. Según este principio, existe una cierta tendencia a pensar que una persona por el hecho de ser rica y poderosa es más inteligente que cualquier otra que no lo es (Mirón Vizcaíno, Ricart Sánchez, Vicente Moreno, Martínez Sánchez, Martínez Barchín y Miralles Peraile, 2008).

Basándonos en este principio, centraremos nuestro estudio en la relación existente entre el aspecto físico y la elección de un líder político. Desde tiempos inmemorables, los líderes han estado presentes. En una sociedad tan compleja como la actual, se necesita una persona con cierta autoridad y conocimiento que la sepa dirigir de forma eficiente. En principio, estas características deberían estar centradas en la función que estos realizan. Sin embargo, tal y como señala Henrik Jordahl, un prestigioso científico del Instituto de Investigaciones Sueco, la apariencia física es un factor de éxito definitivo a la hora de depositar el voto en las urnas, ya que no votamos a cierta persona porque nos haya convencido su discurso político, sino por su

comunicación no verbal (Rodríguez Escanciano y Hernández Herrarte, 2010), pues el sentido y la evaluación de una comunicación depende de la subjetividad humana (Muchielli, 1998).

La comunicación no verbal desempeña un papel clave en la configuración de la imagen del líder puesto que entraña aspectos tales como los movimientos del cuerpo, la postura, los cambios en el rostro y en el tono de voz y la indumentaria. Entre los gestos faciales determinantes a la hora de elegir un líder político destacan la mirada (capaz de traducir pensamientos y emociones así como de dar vida a un mensaje), la sonrisa (que puede indicar actitudes amistosas o positivas pero también sarcasmo o ironía) y las emociones del rostro (entre las que destacan la alegría, la tristeza, el miedo, la sorpresa, la cólera y el asco además de otras actitudes como la posición neutral, la preocupación, la ironía o la amabilidad).

Los datos descritos anteriormente pueden verificarse con estudios como el realizado por Jordahl en Finlandia en las elecciones generales. En este participaron 2.700 personas de diferentes niveles intelectuales que tuvieron que clasificar, numéricamente, las fotografías de 1.900 políticos que figuraban en las listas al Parlamento. El resultado fue el siguiente: los candidatos más agraciados físicamente consiguieron la puntuación más alta (Rodríguez Escanciano y Hernández Herrarte, 2010). Además, en 1960, en el debate de Nixon y Kennedy, se pudo corroborar la idea de que la imagen es un factor determinante en la política. Aquellos que lo vieron por televisión adjudicaron la victoria a Kennedy, ya que presentaba un mejor aspecto y presencia ante la cámara, y los que lo oyeron por la radio a Nixon, gracias a su dialéctica (Pérez Valencia, 2010).

En nuestro caso, a pesar de conocer la existencia de otras variables a tener en cuenta, el estudio se va a centrar únicamente en la del aspecto físico, ya que la consideramos una de las más importantes e influyentes a la hora de elegir un líder político.

El aspecto físico abarca todo el cuerpo, pero haremos especial hincapié en la zona facial, considerando que es en la que más se pueden apreciar las diferencias entre candidatos de forma directa. Algunos estudios se basan en las caras de los políticos para predecir resultados de las elecciones (Armstrong, Green, Randall & Wright, 2010).

OBJETIVOS

Pregunta problema:

¿Influye el aspecto físico a la hora de elegir un líder político?

Objetivo general:

Estudiar si influye el aspecto físico a la hora de elegir un líder político.

Objetivos específicos:

- Estudiar si influye la simetría facial a la hora de elegir un líder político.
- Estudiar si influye el color de la piel a la hora de elegir un líder político.
- Estudiar si influye la presencia de signos de vejez a la hora de elegir un líder político.
- Estudiar si influye la constitución física a la hora de elegir un líder político.

Hipótesis:

- Una mayor asimetría facial disminuirá la probabilidad de elegir un líder político.
- Un color de piel moreno aumentará la probabilidad de elegir un líder político.
- La presencia de signos de vejez disminuirá la probabilidad de elegir un líder político.
- Una constitución física más gruesa disminuirá la probabilidad de elegir un líder político.

MÉTODO

Participantes

Para la realización de nuestro estudio escogeremos una muestra representativa aleatoria constituida por 200 personas de 4 barrios diferentes de la ciudad de Elche (Alicante). Los barrios elegidos serán Altabix, Toscar, Carrús y Centro. Cada uno de ellos constará de 50 sujetos, de los cuales 25 pertenecerán al grupo control y 25 al grupo experimental. Por lo tanto, nuestra muestra quedará dividida en dos partes iguales tanto en el grupo control como en el experimental.

Los sujetos de nuestro estudio deberán presentar dos características principales, tener una edad comprendida entre 18 y 25 años y ser de nacionalidad española, evitando así posibles diferencias culturales. Por otro lado, las variables sexo y nivel de estudios, que consideraremos extrañas, las controlaremos mediante la elección de los sujetos de forma aleatoria, ya que el nivel de estudios variará en función del barrio.

Variables e instrumentos

En nuestro caso, la elección de un individuo u otro como líder político será la variable dependiente. Esta es nominal y dicotómica, puesto que sólo presenta dos modalidades posibles. Por otro lado, la variable independiente será el aspecto físico. Esta variable hace referencia a las siguientes características:

- Simetría facial : distribución de los ojos y orejas en relación al tamaño;
- Color de piel: tono de color de la piel.
- Signos de vejez: presencia de arrugas, canas y flacidez facial.
- Constitución física: cantidad de grasa y masa muscular que presenta el individuo.

En cuanto a las variables extrañas, sexo y nivel de estudios, las controlaremos al realizar la selección de la muestra de forma azarosa. De este modo conseguiremos, por un lado, el mismo número de hombres que de mujeres y, por otro lado, una igual distribución de los niveles de estudios, ya que consideramos que cada barrio elegido presenta unas características socioculturales y socioeconómicas distintas.

Los instrumentos que emplearemos en nuestro estudio serán un registro creado por nosotros mismos (Anexo : tabla 1), en el que anotaremos los datos de los sujetos y cuatro fotografías, de la cuales dos estarán retocadas. Éstas serán presentadas de modo distinto dependiendo del grupo al que pertenezca el sujeto. En el grupo control las fotografías utilizadas serán dos imágenes sin retocar de dos individuos desconocidos, a los cuales llamaremos 1 y 2 respectivamente . En el grupo experimental, presentaremos estas mismas imágenes, pero retocadas mediante el programa informático “Adobe Photoshop C S5 Extended”. La fotografía número 1 estará retocada de tal manera que se resaltarán las características negativas del aspecto físico. Los ojos estarán distribuidos de manera desigual, quedando uno más alto que otro, y el tamaño de la oreja derecha será notablemente mayor. Además, para intensificar los signos de vejez, acentuaremos las arrugas y blanquearemos el cabello del individuo. También simularemos una mayor constitución física mediante el aumento de la papada. Por el contrario, mejoraremos de forma positiva el aspecto físico del individuo de la fotografía número 2, consiguiendo una mayor simetría en ojos y orejas, aumentando el tono moreno de la piel y eliminando todo signo de vejez que pueda estar presente, como por ejemplo ciertas arrugas o canas. El registro utilizado constará de siete columnas en las que se anotarán los datos de los sujetos. La primera de ellas hará referencia a la identificación del sujeto, los cuales

estarán numerados del 1 al 200. En la segunda anotaremos la edad del sujeto y en la tercera el barrio al que pertenece. Cuarta y quinta columna harán referencia a si pertenecen al grupo control o al grupo experimental, respectivamente. En las dos últimas columnas anotaremos la elección del sujeto, considerando la elección 1 cuando el sujeto elija la fotografía número 1 y la elección 2 cuando el sujeto escoge la segunda fotografía.

Procedimiento

Para que la elección de nuestra muestra sea de manera azarosa emplearemos un dado y una moneda. El dado será utilizado para escoger a los sujetos. En primer lugar, lo lanzaremos y el resultado significará el número de personas que tienen que pasar por delante del experimentador antes de elegir al sujeto. Así pues, si al lanzar el dado nos sale el número 2, escogeremos a la tercera persona que pase por delante. Por otro lado, con el lanzamiento de la moneda distinguiremos al sujeto entre grupo control, si sale cara, y grupo experimental, si sale cruz.

Abordaremos a los sujetos en las calles de cada uno de los barrios al mediodía, considerándolo el momento de mayor afluencia. La manera de proceder será asegurándoles desde un primer momento que los datos recogidos son completamente anónimos y confidenciales, explicándole, además, la tarea que deberá realizar. A continuación, preguntaremos al sujeto su edad y nacionalidad para comprobar que cumpla los requisitos establecidos. Una vez que éstos sean verificados, el experimentador rellenará el registro con los datos. Por último, se mostrarán las fotografías pertinentes, dependiendo del grupo al que pertenezca el sujeto, para que este realice su elección. Una vez escogida, se anotará en la hoja de registro, finalizando así el procedimiento con ese sujeto. Este proceso se repetirá con cada uno de los sujetos de nuestro estudio.

Tipo de diseño y estudio

Se trata de un diseño experimental, ya que no realizaremos una observación de la realidad ni buscaremos una correlación entre variables, sino que crearemos una situación en la que podremos observar el efecto del cambio de la variable independiente, aspecto físico, sobre la variable dependiente, elección de un líder político.

Teniendo en cuenta la manera de proceder a la hora de realizar nuestro estudio, será realizado en un ambiente natural, ya que abordaremos a los sujetos por las calles donde suelen transitar de manera habitual. Además, será un experimento de campo, debido a que realizaremos modificaciones de la variable aspecto físico en las fotografías.

Por último, este estudio será transversal, ya que mediremos en cada uno de los sujetos una única vez la variable elección y no se volverá a repetir en el futuro.

Análisis de los datos

Una vez se considerase concluido el estudio se procedería al análisis de todos los datos obtenidos mediante el programa estadístico “IBM SPSS Statistics 18”. Esto nos serviría para codificar los datos y para clasificar de un modo detallado e informatizado todas las puntuaciones obtenidas en la investigación.

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. Este análisis se llevará a cabo mediante la moda, el estadístico de tendencia central, y la desviación típica.

Con el fin de comparar los resultados obtenidos entre grupo control y grupo experimental utilizaremos el estadístico Chi-cuadrado, ya que se trata de variables nominales, con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

En primer lugar, basándonos en estudios realizados previamente, confirmaremos que nuestras hipótesis se cumplirán en el caso de que nuestro estudio se llevara a cabo. Por un lado, la asimetría facial disminuirá la probabilidad de elegir un líder político, ya que la mirada es el reflejo de los pensamientos y emociones y, por lo tanto, una distribución desigual de los ojos provocará impresión de inseguridad. También, la presencia de signos de vejez disminuirá la probabilidad de ser elegido, al dar una sensación de ser senil. Además, una constitución más gruesa se aleja de los cánones de belleza ideal, por lo que también provocará una menor probabilidad de ser elegido líder político.

Por otro lado, un color de piel más moreno aumentará la probabilidad de elegir un líder político, al mostrar un aspecto más saludable.

Todo ello lo podremos comprobar al observar los resultados, ya que prevemos que los sujetos del grupo control elegirán indistintamente a un candidato u otro, repartiéndose las puntuaciones en torno al cincuenta por ciento. Sin embargo, se mostrará una clara tendencia de los sujetos del grupo experimental a elegir al candidato de la fotografía 2, aquella en la que las características físicas están resaltadas de forma positiva.

Para concluir, con esta investigación se llegará a la conclusión de que el aspecto físico es una de las variables que influye a la hora de elegir un candidato a líder político.

REFERENCIAS

- Israel Pérez Valencia. 1960, el nacimiento del marketing político. 2010. Disponible en: <http://medioscomunicacion.suite101.net/article.cfm/1960-el-nacimiento-del-marketing-politico>
- Teresa Gutiérrez Rodríguez. Teorías biológicas de personalidad y su aplicación a los personajes de Abigail Morgan. 2005. Disponible en: <http://www.clas.ufl.edu/ipsa/2005/proc/rodriguez.pdf>
- Imelda Rodríguez Escanciano y María Hernández Herrarte. Claves de la comunicación electoral en la era digital: dimensión estratégica de la comunicación no verbal desplegada por los candidatos al parlamento europeo en 2009 en los debates electorales televisados. 2010. Disponible en: <http://www.ae-ic.org/malaga2010/upload/ok/390.pdf>
- Armstrong, J. S., Green, K. C., Randall, J. J, Jr & Wright, M. J. (2010). Predicting elections from politicians' faces. *International Journal of Public Opinion Research, Vol. 22 (4)*, 511-522.
- Muchielli, A. (1998). *Psicología de la comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Mirón Vizcaíno, S., Ricart Sánchez, M., Vicente Moreno, M., Martínez Sánchez, A.M., Martínez Barchín, A., Miralles Peraile, M. (2008). *El atractivo y el estatus en la valoración de la conducta de ayuda*. Manuscrito no publicado.

Influencia del consumo de glucosa en la actividad conductual de la población infantil

Marcos Mirete Fructuoso

Sergio Molina Rodríguez

Elena Manero Kadri

María Sánchez Garre

RESUMEN

El objetivo de este estudio es demostrar si el consumo de glucosa, en niños de edades comprendidas entre los siete y once años, influye inversa o directamente proporcional en la actividad conductual. Para ello se someterá a los sujetos previamente divididos en tres grupos con tres situaciones experimentales diferentes: consumo de glucosa, consumo de placebo y grupo de no consumo de control con el que comparar los datos obtenidos. Los participantes serán evaluados antes y después de la intervención para así comparar los resultados obtenidos en las mediciones propuestas. Los resultados se espera que muestren la existencia de una relación entre el consumo de glucosa y una alteración de la actividad conductual normal.

INTRODUCCIÓN

La RAE define la glucosa como una aldohexosa de seis átomos de carbono. La glucosa pertenece a un grupo bastante heterogéneo, como son los hidratos de carbono o glúcidos, los cuales tienen como función principal el abastecimiento de energía suficiente al organismo para mantener las funciones vitales básicas y la ejecución de actividades físicas e intelectuales complementarias. Este hecho ha condicionado la existencia de un pensamiento popular y generalizado que establece cierta relación entre la presencia de un consumo de glucosa y un aumento de la actividad conductual, entendiendo aumento de la actividad conductual como un incremento de actividad normal, como principalmente en la infancia.

En principio esta idea no resulta descabellada puesto que un aumento del combustible necesario para el organismo puede conducir a un aumento de la actividad. Quizás este pensamiento venga propiciado por el hecho de que el tejido neuronal solo sea capaz de metabolizar la glucosa, por lo que seguramente de este postulado establezca el supuesto anterior.

Dicha hipótesis no se fundamenta en ningún estudio científico actual, pues las investigaciones actuales parecen confirmar que no existe ninguna relación entre el consumo de azúcar y un aumento de la actividad conductual (Wolraich, Wilson, White, 1995).

Sin embargo, y después de la revisión de la literatura disponible sobre la relación entre el comportamiento y la alimentación, se ha descubierto que los niños bien alimentados pueden jugar de forma más activa y alegre (Espinoza, Sigman, Neuman, Bwibo, McDonald, 1992).

Además, tras el consumo de glúcidos, el organismo sintetiza un neurotransmisor denominado serotonina, a partir del aminoácido triptófano presente en grandes cantidades en los hidratos de carbono complejos como la pasta, el pan, o la leche, aumentando la cantidad relativa de este aminoácido en el cerebro, que se traduce en un aumento del nivel de serotonina que ayuda a relajarnos, dormir y ser menos sensibles al dolor (Christesen 1993; Christesen 1996; Thayer 2001). En cambio, cuando la dieta es rica en proteínas, se presentan mejores condiciones para la concentración y el estudio. A priori estos estudios parecen indicar lo contrario, es decir, los hidratos de carbono en general producen un efecto de relajación y son las proteínas las responsables de una

mayor activación.

Por ello creemos que es de necesidad justificada la realización del presente trabajo de investigación ya que en la actualidad circulan multitud de mitos en el ámbito de la relación entre la glucosa y la actividad conductual, estos mitos están fundamentados en la inexistencia de ningún trabajo científico actual que valore dicha relación, creemos que la mayoría de la población piensa que hay relación causal entre el consumo de glucosa y el aumento de la actividad conductual y por ello se producen modificaciones en el estilo de vida tanto en el ámbito escolar como en el doméstico fundamentado en dicha suposición.

Además, los resultados obtenidos al respecto podrían constituir una herramienta útil para modificar la actividad de los niños mediante la alimentación y, de esta forma, conseguir un aumento del rendimiento escolar.

OBJETIVOS

Pregunta problema

-¿Existe relación entre el consumo de glucosa y el nivel de actividad conductual en la población infantil de siete a once años?

Objetivo general

-Estudiar la relación entre el consumo glucosa y el nivel de actividad conductual en la población infantil de siete a once años.

Objetivos específicos

-Estudiar la relación entre el consumo glucosa y el nivel de atención en la población infantil de siete a once años.

-Estudiar la relación entre el consumo de glucosa y el nivel de actividad discursiva en la población infantil de siete a once años.

-Estudiar la relación entre el consumo de glucosa y el nivel de excitación nerviosa en la población infantil de siete a once

Hipótesis

- Si los sujetos consumen glucosa disminuirá su nivel de atención.
- Si los sujetos consumen glucosa aumentará su nivel de actividad discursiva.
- Si los sujetos consumen glucosa aumentará su nivel de excitación nerviosa

MÉTODO

Participantes

El estudio estará centrado en niños y niñas de edades comprendidas entre los 7 y 11 años que residan en la provincia de Alicante y que no padezcan ninguna patología asociada ya sea física o psicológica. Seleccionamos a esta franja de edad de la población infantil porque es una época en la que ya se ha producido la maduración y el desarrollo de la mayoría de estructuras físicas del niño y, porque, al mismo tiempo, no está influida por la aparición de la adolescencia y el desencadenamiento hormonal que esta fase del desarrollo conlleva.

Variables e instrumentos

-Variables dependientes: *aumento o disminución del nivel de actividad conductual (atención, actividad discursiva y excitación nerviosa).*

La atención es la habilidad cognitiva que se mide mediante la escala revisada de Conners (Conners, 1997), en concreto por la subescala de problemas cognitivos y distracción que evalúa la dificultad para completar tareas, y la dificultad para realizar un esfuerzo mental sostenido con un total de 7 ítems.

La excitación nerviosa se define como un estado de inquietud o intranquilidad que se mide mediante la escala revisada de Conners (Conners, 1997), en concreto por la subescala de hiperactividad y la subescala de conducta oposicionista. La subescala de hiperactividad determina la capacidad del sujeto para quedarse sentado, permanecer tranquilo y realizar tareas por tiempo prolongado con un total de 10 ítems, la subescala de conducta oposicionista mide la propensión de ir en contra de las reglas, de tener problemas con las figuras de autoridad con un total de 5 ítems.

La actividad discursiva entendida como la acción de hablar que se mide mediante la escala revisada de Conners (Conners, 1997), en concreto por la subescala de hiperactividad.

-Variables independientes: *consumo de glucosa*.

Hace referencia a una ingesta suficiente de glucosa como para incrementar la glucemia hasta un nivel de 120 mg/dl transcurrida 20 min. desde su consumo, tiempo necesario para permitir la absorción intestinal y la elevación de la glucemia sanguínea. La medición se llevará a cabo mediante:

-*Medidor de glucemia capilar o glucómetro*, en este caso la marca Accu-Chek Active, y que se define como un dispositivo electrónico diseñados para analizar los niveles de glucosa en sangre capilar, mediante la aplicación de una pequeña cantidad de sangre en una tira reactiva.

-*Cronómetro*

La variable glucosa será medida a tres niveles: consumo, no consumo y consumo de placebo.

Para evitar variables extrañas, y cerciorarnos de que el efecto en la conducta es producido por el consumo de glucosa, los participantes en el experimento han de estar dos horas antes del consumo de glucosa sin ingerir ningún tipo de alimento, esto es el necesario para permitir que cualquier comida sea digerida y que los niveles de glucosa postprandiales se normalicen en torno a 60-120 mg/dl.

Respecto a por qué elegimos esta forma de presentación de la glucosa, hemos de decir que si empleáramos otras formas de presentación como podrían ser la golosinas, o una combinación de azúcares con chocolate (teobromina) se presentarían variables extrañas, pues no conocemos los efectos sobre el sistema nervioso central de ciertos excipientes y es de sobra bien conocidos los efectos excitantes de la teobromina, pertenecientes a un grupo químico capaces de atravesar la barrera hematoencefálica, conocido como metilxantinas, en los que también encontramos la cafeína y la teína. Tampoco empleamos como variable independiente el azúcar de mesa puesto que está compuesto aparte de glucosa por el monosacárido fructosa que podría darnos una lectura equivocada de los resultados obtenidos.

Para evitar variables extrañas que puedan influir en la variable dependiente se establecen dos criterios de exclusión: edades comprendidas entre 7 y 11 años y que los sujetos estén seleccionados al azar y exentos de cualquier tipo de patología médica asociada.

Procedimiento

Para la realización de este estudio hemos seleccionado a un total de 150 participantes, siendo el tamaño de la muestra lo suficientemente grande para asegurar que el estudio tenga la suficiente validez externa. Estos 150 participantes serán divididos en 3 grupos, es decir, 50 para el grupo control, 50 para el grupo experimental y 50 para el grupo al que le administraremos el placebo, entendiendo como placebo una sustancia que careciendo de propiedades hiperglucemiantes posee sabor dulce.

Para crear la población muestral realizaremos un sorteo aleatorio entre todos los colegios de la provincia de Alicante. Posteriormente, de esta subpoblación realizaremos otro sorteo con todos los estudiantes con edades comprendidas entre 7 y 11 años. Como los sujetos son menores de edad, el equipo ha decidido realizar charlas informativas en los colegios seleccionados para disminuir la tasa de renuncia a participar en el estudio. Como se espera que no todos los que han sido seleccionados e informados para el estudio decidan participar en él, se ha convocado a una muestra total de 200 participantes. Por supuesto serán excluidos los sujetos que no cumplen los criterios expuestos en los apartados anteriores.

El estudio será llevado a cabo por un grupo de psicólogos de la Universidad Miguel Hernández de Elche, en un aula de unas 100 plazas, proporcionada por la propia Universidad, que disponga de mesas, sillas, proyector, hojas de papel, colores y pizarra.

Serán controladas las condiciones de luminosidad, humedad, ruido, presencia de objetos distractores (decoración, objetos innecesarios) y temperatura (humedad relativa del 60 al 70%, temperatura alrededor de 20 grados centígrados).

De este modo, las salas tendrán en su interior únicamente los dispositivos necesarios para la realización de la prueba y, además, un asiento confortable para que el sujeto se sienta lo más cómodo posible. De esta forma, nos aseguramos de que las conductas que los niños exhiban no serán resultado de ninguna variable extraña.

Los criterios de inclusión en los distintos grupos (experimental, placebo y control) se realizarán de forma aleatoria.

Posteriormente a la entrada de los sujetos en la clase, se procederá a exponer unas figuras geométricas sencillas en el proyector. Tras esto, uno de los psicólogos explicará de forma detenida los colores con los que hay que realizar dicha tarea. Posteriormente se procederá a la medición del tiempo que emplean los sujetos en realizar dicha tarea, de la presencia o no de conductas oposicionistas a la autoridad, de

la presencia de irritabilidad, de la dificultad para completar tareas, de la dificultad para realizar esfuerzos mentales sostenidos, de la capacidad de quedarse sentado, de la capacidad de permanecer tranquilo, de la capacidad para realizar tareas por tiempo prolongado y del propio grafismo. Todas estas mediciones se utilizarán como medidas basales para su posterior comparación y serán denominadas medidas pre-test.

Los sujetos experimentales serán citados en distintos días a la misma hora, y cada día se procederá a realizar la investigación sobre un grupo distinto. Una vez en el interior del aula, se administrarán 20 ml de glucosa al 50%, en el caso del grupo experimental, 20 ml de sacarina con suero fisiológico al grupo placebo y nada al grupo experimental.

Se extraerá información sobre el nivel de glucemia capilar a los 20 minutos de la administración oral de glucosa al 50 % en el grupo experimental. Cuando los valores de glucosa sanguínea alcance niveles mayores o iguales a 120 mg/dl, se procederá a exponer la misma serie de figuras geométricas pero con distintas instrucciones de coloreado, y a la valoración de los ítems medidos en la anterior fase, y su comparación con los resultados antes y después de la intervención.

Al conjunto de sujetos que componen los grupos placebo y control se le realizará la intervención de la misma forma descrita con el grupo experimental, incluyen la medición de los niveles de glucosa capilar.

Durante toda la fase experimental se mantendrá el anonimato de los participantes. Los sujetos de la prueba en ningún momento sabrán que están siendo divididos en grupos diferentes.

Tipo de estudio y diseño

El estudio elaborado se puede enmarcar en el contexto de un diseño experimental, debido a que parte del planteamiento de unos supuestos hipotéticos que se intentaran contrastar mediante la simulación experimental.

En este estudio se utilizara la variable independiente “consumo de glucosa”, para comprobar si existe relación entre dicha variable y el aumento o disminución de la actividad conductual. Lo cual se podrá concluir a partir de la comparación de las mediciones antes y después de la manipulación de la variable independiente, en los distintos grupos, ya sea experimental, control o placebo.

Puesto que nuestra situación experimental requiere la manipulación de dichas variables, y la toma de varias mediciones en distintos periodos de tiempo, nos encontramos ante un estudio experimental longitudinal.

Análisis de los datos

El análisis y codificación de los datos se llevará a cabo mediante el programa de análisis estadístico IBM SPSS 19.

El análisis descriptivo consiste en caracterizar apropiadamente las variables objeto de estudio, empleando tanto representaciones gráficas y tablas de frecuencias como índices numéricos para observar el efecto de la variable dependiente (aumento o disminución de la actividad conductual) tras la realización de la situación experimental

Se deberán comparar mediante estadísticos de contraste como pueden ser la media, la desviación típica, los percentiles, la curtosis y la asimetría, entre otros, correspondientes a los 3 grupos para comprobar, de este modo, la influencia de la variable dependiente citada anteriormente.

El análisis obtenido de los promedios no solo ha de ser comparado antes y después de la realización del experimento, sino también con respecto a la diferencia de las puntuaciones interindividuales.

Estas comparaciones se realizarán mediante el estadístico de contraste T-Student, que es el más utilizado en este tipo de estudios, principalmente cuando se trata de variables ordinales integradas en estudios experimentales, con un nivel de confianza igual a 95% y un nivel de significación de 0'05%.

RESULTADOS ESPERABLES

Las conclusiones que se esperan extraer de este estudio son varias:

Se espera encontrar inexistencia de diferencias significativas a nivel conductual entre los grupos experimentales, control y placebo, lo que nos incita a pensar que no existe una relación directamente proporcional entre la variable independiente (consumo de glucosa) y la variable dependiente (aumento de la actividad conductual).

Basándonos en la literatura existente, se puede asegurar que dichos resultados esperados están basados en otros estudios científicos, que afirman que la existencia de una relación significativa entre el consumo de azúcar y un aumento del nivel conductual

es falsa (Wolraich ML, Wilson DB, White JW, 1995).

Otros artículos, citados anteriormente en la introducción, sugieren que la relación entre el consumo de glucosa y la actividad conductual es inversamente proporcional, ya que los hidratos de carbono aumentan la cantidad del neurotransmisor serotonina al ser ricos en triptófano (Christesen 1993, 1996, Thayer 2001).

Respecto a la hipótesis, queda demostrado que no existe relación directamente proporcional entre las variables consumo de glucosa y aumento de la actividad conductual.

De hecho, algunos estudios parecen relacionar el consumo de glucosa con una disminución de la actividad conductual. En lo referente al resto de hipótesis que integran el concepto de aumento de actividad conductual (disminución del nivel atencional, aumento de la actividad discursiva y aumento de la excitación nerviosa) quedan descartadas puesto que se postulan a partir de la hipótesis de la relación directa y proporcional entre el consumo de glucosa y la actividad conductual.

REFERENCIAS

- Espinoza, M.P., Sigman, M.D., Neuman, C.G., Bwibo, N.O y McDonald, M.A. (1992). Playground behavior of school-age children in relation to nutrition, schooling, and family characteristics. *Developmental Psychology*, 28, 1188-1195.
- Christensen, L. (1993). Effects of Ealing behavior on mood: A review of the literatura. *Internacional Journal of Ealing disorders*, 14, 171-183.
- Christensen, L. (1996). *Diet-behavior relationships: Focus on depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thayer, R.E. (2001). *Calm energy: how people regulate mood with food and exercise*. New York: Oxford University Press.
- Wolraich, M.L., Wilson, D.B y White, J.W. (1995). The effect of sugar on behaviour or cognition in children. A meta-analysis. *JAMA*, 274, 1617-1621.
- Conners, K. (1997). *Conners' rating scales-Revised. Technical manual*. New York: Multi-health system.
- Myers, D. (2005). *Psicología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Berger, K.S y Thompson, R.A. (1997). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid : Editorial Médica Panamericana.

Influencia del visionado de la televisión sobre el rendimiento cognitivo

Borja León Hidalgo

Marina López Lillo

Andrea Gomis García

Rubén Ibarra Gómez

RESUMEN

El objetivo de este estudio es demostrar si el visionado de la televisión influye sobre las capacidades cognitivas, específicamente en los campos de la memoria y la atención. En el inicio, seleccionaremos a nuestros sujetos “modelo” (según nuestros intereses, serán los que vean la televisión regularmente y que a su vez tengan un gusto amplio de la programación televisiva), y posteriormente los dividiremos en dos grupos. El primero, será sometido a una situación experimental (ver la televisión durante una hora y media) y el segundo será nuestro grupo “control”. Los participantes se evaluarán previa y posteriormente al experimento con el motivo de contrastar los resultados obtenidos. Estos resultados pretenden demostrar la existencia de una influencia negativa en los rendimientos cognitivos mencionados anteriormente.

INTRODUCCIÓN

En el primer decenio del siglo XXI, la televisión ha terminado por instaurarse como electrodoméstico indispensable en la mayoría de los domicilios, incluso en diferentes habitaciones de la casa. Pertener a diferentes clases sociales no supone una barrera, ya que sin tener las necesidades básicas cubiertas, muchas familias dan prioridad a poseer este aparato electrónico. La modernización y el bajo precio ha favorecido a ello. La creación de muchos canales y productoras televisivas, que ofrecen sus servicios de manera privada o pública (controlando lo que emiten con el objetivo de captar a los usuarios potenciales según edad, hora del día o fechas señaladas), incentiva al visionado continuo y diario.

En España se visiona la TV una media de dos horas los días laborales y casi tres horas los fines de semana, según un estudio realizado por la universidad de Andalucía. La televisión acompaña el día a día de muchas personas que realizan sus rutinas, como puede ser cenar o limpiar con el aparato encendido y aprovechan cualquier momento para visionarlo. Esto ha generado un cambio en las relaciones familiares y sociales, pues como indica Becoña Iglesias (2006), ver la televisión es la principal actividad de ocio a la que dedican su tiempo libre personas de países desarrollados. A nivel familiar reduce los tiempos de comunicación e interacción y a nivel social nutre los temas que sirven para expresar y mantener una comunicación activa entre el colectivo, según un artículo de Fernando Cembranos Díaz (2003).

En nuestro estudio planteamos hasta qué punto influye también en el rendimiento cognitivo general, ya que este hábito supone unas rutinas nuevas que influyen en los procesos cognitivos, provocando un cambio total respecto a la vida que se tenía hace 40 años. Entonces, solo un porcentaje muy pequeño de la población disponía de este aparato, al cual se le daba poca importancia. La forma de diversión y entretenimiento se basaba en realizar tertulias y lectura de libros.

La televisión es la base en la que videojuegos e internet se desarrollan, según Cembranos Díaz (2003), los usuarios dedican el 58% de su tiempo libre en su visionado, mientras que el tiempo restante, lo destinan mayoritariamente a comprar los productos de los spots publicitarios, convirtiendo de esta manera a la TV en un referente social irremplazable de los telespectadores.

Debido a este cambio que se ha producido hoy en día en las actividades de ocio y tiempo libre, al aumento masivo del visionado de la televisión en los últimos tiempos,

y a la influencia y poder que ejerce sobre las personas, ha producido que la televisión y las nuevas tecnologías sean objeto de estudio de científicos, dedicados a buscar las ventajas e inconvenientes y las consecuencias que estas producen.

En un estudio realizado por Cembranos Díaz (2003), se hace crítica de la manipulación partidista de la TV hacia la sociedad, siendo capaz de suprimir millones de interacciones sociales e interpersonales, debilitando de esta manera las relaciones con los demás y con la realidad, siendo difícil distinguir lo real de la ficción. La televisión capta la atención de los telespectadores mediante técnicas fríamente concienciadas y dirigidas a hacer más vulnerable a los sujetos, atrayendo al sistema nervioso a un “mundo hipnotizante”, más atractivo que el mundo real, produciendo en el espectador un estado de ensoñación que le impide llevar a cabo procesos cognitivos, pudiendo, de este modo, manipular e implantar imágenes en la mente de las personas previamente seleccionadas y con un objetivo concreto, consumir tanto horas de televisión, como productos anunciados en ella.

En otro estudio realizado por Vara Robles y cols. (2009) sobre el impacto que produce el abuso de pantallas (ordenador, videojuegos y televisión) sobre la salud y el desarrollo intelectual infantil, se evidenció la relación entre el aumento de problemas académicos, comportamentales y físicos con el excesivo visionado de las pantallas en niños. No se pudo valorar en qué medida, el bajo rendimiento académico era consecuencia de un aumento del visionado de las pantallas en horas que en teoría debían ser dedicadas al estudio, o si realmente afecta a las capacidades y habilidades del niño. Como conclusión, se constató la preocupación por la creciente demanda de las pantallas como instrumento en las actividades de ocio de los niños, debido a las repercusiones negativas que puede acarrear.

Por el contrario, en otro estudio realizado por Carmen Marta Lazo (2007), se reivindica la importancia de la TV y de las multipantallas (ordenador, videojuegos, móviles,...) como materia imprescindible en la educación de los niños debido a la doble dimensión, lúdica y social que poseen, y del conocimiento y aprendizaje que pueden transmitir a los niños y jóvenes de hoy en día.

Debido a la falta de investigaciones realizadas sobre nuestro diseño experimental acerca de la influencia de la TV sobre los rendimientos cognitivos, nos parece interesante señalar la importancia de la realización de un estudio dedicado a, si el

consumo de la TV que actualmente se da en la sociedad, puede influir en los rendimientos de atención y de memoria.

OBJETIVOS

Pregunta problema

-¿Influye el visionado de la televisión sobre el rendimiento cognitivo?

Objetivo general

-Estudiar si influye visionar la televisión en el rendimiento cognitivo.

Objetivos específicos

-Estudiar si influye el visionado de la televisión sobre la memoria.

-Estudiar si influye el visionado de la televisión sobre la atención.

Hipótesis

-Si los sujetos visionan la televisión aumentará la probabilidad de que disminuya su rendimiento de memoria.

-Si los sujetos visionan la televisión aumentará la probabilidad de que disminuya su rendimiento de atención.

MÉTODO

Participantes

Para la creación de nuestro grupo de estudio seleccionaremos una muestra homogénea y representativa de hombres y mujeres, entre 25 y 35 años de la ciudad de Elche, de nacionalidad española, con gustos televisivos dispares y que la visionen habitualmente. Para la obtención de la muestra se seleccionarán en un inicio 200 sujetos que mediante la puntuación del cuestionario inicial se cribarán a 100. Formaremos dos grupos con 50 individuos cada uno mezclados aleatoriamente: el grupo control y el grupo experimental, compuestos, respectivamente, por 25 hombres y 25 mujeres para obtener una muestra homogénea a nivel de sexos.

Variables e instrumentos

- *Cuestionario demográfico y sobre los hábitos televisivos.* Desarrollado especialmente para este estudio se centra en el proceso de selección de los sujetos que cumplen las características que buscamos. El objetivo es recopilar la información necesaria para poder seleccionar a los sujetos que tengan entre sus hábitos lúdicos ver la televisión, sus características de visionado y los datos personales. Consta de 7 ítems que el sujeto tendrá que contestar según sus intereses sobre la televisión y su demografía. (Anexo I)
- Variable independiente: *visionado de televisión.*

En ella, expondremos a nuestros sujetos seleccionados un video previamente editado por nosotros mismos, para que su contenido sea lo más variado y aproximado a la programación de la televisión española. Con el motivo de evitar posibles variables extrañas que puedan afectar a la variable dependiente (*rendimiento cognitivo*), el visionado de televisión se realizará en un laboratorio con las luces apagadas, para evitar distracciones de tipo lumínicas y centrar la atención del sujeto exclusivamente sobre la TV. Además, el volumen del audio de la misma, estará en ajustado a un nivel medio-alto para que el visionado de la televisión sea de tipo envolvente. Por último, se precisará de un asiento específico para que el sujeto este cómodo y a su vez, no esté excesivamente relajado.

Incluiremos también los instrumentos electrónicos que se citan a continuación para recrear nuestra situación experimental:

- Televisión.*
- Auriculares.*
- Reproductor DVD.*
- Video editado* compuesto por los siguientes contenidos:
 - Serie comedia (*Los Simpsons*) durante un período de 25 minutos, con el objetivo de relajar a los sujetos de la muestra.
 - Spots publicitarios (varios) de una duración de 5 minutos, con el objetivo de distraer a nuestros sujetos.
 - Informativos (*la Sexta*) durante 25 minutos de duración, con el objetivo de captar la atención de los sujetos.
 - Spots publicitarios (varios) durante 5 minutos, con el objetivo de distraer de nuevo a nuestros sujetos.

-Serie televisiva (*House*) durante 30 minutos, con el objetivo de conseguir la atención activa de los sujetos.

-Variable dependiente: *rendimiento cognitivo*, que en nuestro estudio se centra en los distintos tipos de atención (sostenida, selectiva, dividida) y en la memoria a corto plazo:

-La *atención sostenida* será aquella que mediremos con el subtest de ejecución continua CPT (Conners, 1995), utilizado para evaluar la atención sostenida en una tarea de 14 minutos de duración. Se presentan una serie de estímulos en una pantalla y se les pide que respondan (pulsando el cursor del ordenador) cuando aparezca un estímulo determinado.

-La *atención selectiva* es la que mediremos con el subtest de percepción de diferencias y test de colores y palabras de Stroop (Golden, C., 1999), que consiste en presentar una palabra impresa de un color de tinta cuyo contenido semántico es incompatible con el color de tinta en el que dicha palabra se encuentra impresa. El sujeto deberá nombrar el color de tinta en el que está impresa la palabra.

-La *atención dividida*, que será la medida mediante el subtest de escucha dicótica en español: pares de palabras bisilábicas (Azañón-Gracia y Sebastián-Gallés, 2005). Esta técnica consiste en presentar dos tipos de información de naturaleza auditiva, que suelen ser dígitos, letras o palabras, una por cada canal auditivo y de manera simultánea o intercalada. La tarea del sujeto consiste en recordar todo el mensaje que se le exige atender.

-*Memoria a corto plazo*, medida mediante el subtest de retención de dígitos de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler III *WAIS* (Wechsler, D., 1995), en el que se le pide al sujeto que repita una serie de dígitos de longitud creciente, primero en el mismo orden en que los lee el administrador del test, después al revés. El examinador se puede repetir la serie de dígitos y, si el sujeto falla se pasa a otro dígito de igual longitud.

Procedimiento

Para iniciar nuestro estudio seleccionaremos 200 sujetos al azar. A la mitad de ellos, los buscaremos en Internet por medio de la red social Facebook, esta herramienta nos permitirá buscar a personas de la ciudad de Elche con un sexo y una edad determinados. Previa información y aceptación se les enviará el enlace de la página web que contendrá el cuestionario de selección que constará de 7 ítems sobre los hábitos

televisivos y los datos sociodemográficos, el cual cumplimentarán en un breve periodo de tiempo. Seguidamente, recibiremos con nombre y datos, la puntuación de cada sujeto.

La otra mitad de la muestra la obtendremos en una gran superficie de compras de Elche. Dos personas serán los responsables de seleccionar a 50 sujetos masculinos y otros 50 femeninos, de edades comprendidas entre 25 y 35 años mediante los cuestionarios realizados para el estudio en cuestión. Se rellenarán en el momento que el encuestado esté informado y dispuesto a formar parte de la muestra de sujetos para nuestro estudio en el caso de que seleccionemos su cuestionario de selección, que constará de 7 preguntas tipo test sobre los hábitos televisivos y los datos sociodemográficos.

Una vez obtenidos y evaluados los 200 cuestionarios, separaremos por sexo y seleccionaremos aleatoriamente los candidatos y candidatas que obtengan una determinada puntuación. Esto nos permitirá obtener 100 sujetos seleccionados al azar. A continuación se realizará la organización de las pruebas. Estableceremos la fecha en la que tendrá lugar el experimento y una anterior para quedar con todos los participantes y configurar los grupos.

Para organizar las pruebas experimentales se realizará un encuentro general en el aula 0.1 de la UMH un sábado por la tarde, en el cual se les pasará las mismas pruebas psicométricas que el día del estudio. También serán divididos y distribuidos aleatoriamente en un 50% mujeres y hombres, formando dos grupos (control y experimental).

Al grupo control se le asignará para el aula 0.1 y al experimental el aula 0.2 del Edificio Altavix de la Universidad Miguel Hernández. El aula para el grupo control estará provista de libros, revistas, reproductores de música y juegos de mesa que los sujetos podrán usar a su antojo. Para el grupo experimental se habilitará el aula con un proyector y una pantalla sobre la que se proyectará nuestro video de 1 hora y 30 minutos de duración, además será lo suficientemente amplia para que los 50 sujetos experimentales permanezcan sentados y se utilizaran auriculares individuales para conseguir un mayor grado de atención, separándolos por filas alternas, para evitar distracciones.

La prueba empezará a las 17:30 y constará de 3 etapas:

En la etapa inicial cumplimentarán un cuestionario que estará compuesto de pruebas psicométricas que evaluarán el rendimiento cognitivo centrado en la memoria y la atención. La duración del primer test será de 15 minutos. Una vez finalizado el test, se les ofrecerá la posibilidad de ir al servicio, ya que el objetivo del experimento es permanecer en una sala aislada de componentes externos con la finalidad de que los sujetos centren su atención en la prueba.

Concluidos los 15 minutos de descanso comenzará la segunda etapa que tendrá una duración de 1 hora y 30 minutos. Para el grupo control se les dejará tiempo libre para conversar, jugar en equipo, leer, escuchar música o descansar en el aula establecida. Para el grupo experimental consistirá en el visionado del video que previamente editamos y que hemos explicado anteriormente en el apartado de variables e instrumentos.

Para concluir se les pedirá que realicen de nuevo el test. Con la finalidad de comparar en qué medida ha variado el rendimiento cognitivo de los sujetos y poder así extraer las conclusiones pertinentes.

Tipo de diseño y estudio

Se tratará de un diseño experimental, puesto que el objetivo será contrastar una hipótesis a través de la creación de una situación donde podremos observar el efecto de una variable sobre otra. Será también un estudio longitudinal prospectivo, ya que mediremos las variables que consideramos de interés para nuestro estudio, antes y después, a los grupos control y experimental.

Análisis de los datos

Finalizado nuestro estudio, se procederá a analizar los resultados obtenidos mediante el programa IBM SPSS Statistics 19. Con motivo de informatizar el proceso de modificación y clasificación de las puntuaciones y hacernos más fácil trabajar con éstas.

Al realizar las gráficas y tablas pertinentes, podremos realizar el análisis descriptivo de las variables *visionado de TV* y *rendimientos cognitivos* (atención y memoria). Así como identificar en qué medida se han producido cambios en nuestra variable dependiente (rendimientos cognitivos) después del experimento.

Nuestros sujetos estarán divididos en dos grupos: control y experimental, los resultados de los cuestionarios de ambos grupos los compararemos mediante la distribución T-Student, con un nivel de confianza del 95%, al ser una muestra relativamente pequeña. Esto nos ayudará para extraer conclusiones de nuestras hipótesis.

RESULTADOS ESPERABLES

Al concluir la investigación y comparar los datos obtenidos entre el grupo experimental y control se observará que:

La atención en las vertientes estudiadas probablemente se verá alterada negativamente en los sujetos que visionaron la T.V. y no se verá alterada o muy levemente en los sujetos que realizaron cualquier otra actividad lúdica, debido a que durante el visionado de la TV se alcanza un estado de atención pasiva en la cual el sujeto no tiene que interactuar ni está obligado a razonar ni a comprender.

Cuando analicemos los datos obtenidos referidos a memoria a corto plazo es probable que la encontraremos alterada negativamente solo en los sujetos que visionaron la TV, porque si entendemos la memoria en sus tres fases: codificación, almacenamiento y recuperación; el visionado de TV puede alterar las capacidades relacionadas con la codificación por lo que el posterior almacenamiento y recuperación de la información recién asimilada nunca será de la misma calidad que si el sujeto tiene sus funciones activas.

La conclusión que se extraerá es que el visionado de la televisión generará un declive del rendimiento cognitivo provocando un déficit temporal en las capacidades del sujeto relacionadas con atención y memoria.

Cuando evaluamos los posibles factores que influyen encontramos la atención pasiva como base del problema, ya que estamos estudiando las causas de un uso inadecuado y excesivo del electrodoméstico, dejando bien claro que no es el aparato, sino el hábito de visionado lo que genera esta actitud pasiva y sus consecuencias. En un próximo estudio podremos observar qué sucede si se realiza otro hábito de visionado de TV distinto, seleccionando a sujetos que visionen la TV de manera activa por medio de programas interactivos y de tiempos más coherentes y reducidos.

REFERENCIAS

- Azañón Gracia, E. y Sebastián Galles, N. (2005). *Test de escucha dicótica en español: pares de palabras bisilábicas*. Rev. Neurol 2005 Dec 1-15; 41 (11): 657-663.
- Conners, C. K. (1995). *Conners' Continuous Performance Test (CPT)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Elisardo Becoña Iglesias (2006). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Nova Galicia Ediciones.
- Fernando Cembranos Díaz (2003). Televisión, interacciones sociales y poder. *Revista de Igualdad y Calidad de Vida*, 12 (2), 20-23.
- Golden, C. (1999). *Stroop Test de Colores y Palabras*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Marta Lazo, Carmen (2007). La educación para el consumo de pantallas, como praxis holística. *Revista Latina de Comunicación Social*, 62, 233-241.
- 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.

Presencia de trastornos psicológicos en pacientes no diagnosticados de enfermedad celíaca

Cristina Maciá Sánchez

Virginia Martínez Fernández

Elena Montesinos Serra

Sara Murcia Rodes

RESUMEN

El objetivo de este estudio es demostrar si el hecho de que una persona padezca enfermedad celíaca y no esté diagnosticada predispone a la aparición de trastornos psicológicos. Para ello se someterá a una muestra de 100 pacientes, de entre 18 y 36 años, extraída de la consulta de gastroenterología del Hospital de San Juan de Alicante, y dividida en dos grupos (pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca y no diagnosticados) a una única toma de datos, mediante la aplicación de un cuestionario específico elaborado para comprobar si el seguimiento de la dieta sin gluten presenta mejoras en los pacientes.

Los resultados obtenidos muestran una mayor presencia de trastornos psicológicos en pacientes no diagnosticados de enfermedad celíaca, derivada generalmente por sus carencias nutricionales y el desconocimiento de su enfermedad. Si bien para la obtención de resultados extrapolables al resto de la población cabría realizar estudios con muestras mayores y en diferentes localizaciones geográficas.

INTRODUCCIÓN

Un estudio reciente de la Clínica Mayo (2006) señala que la enfermedad celíaca, un trastorno grave del sistema digestivo, ha aumentado considerablemente en los últimos años. De acuerdo con un informe que aparece en la edición de julio de *Gastroenterology*, la enfermedad es cuatro veces más prevalente en Estados Unidos hoy en día que en los años 50. "Algo ha cambiado en nuestro entorno que hace que la EC sea mucho más común" (Murray, 2006, p.1). Los estudios muestran que la EC es un trastorno común, que afecta aproximadamente a 1 individuo de cada 150 de la población general, siendo la mayoría diagnosticado en la edad adulta.

Dicke establece en 1950 la relación entre el consumo de gluten y EC y el consiguiente tratamiento: la dieta libre de gluten; y posteriormente, en 1969 la ESPGHAN (European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition) fija los criterios diagnósticos de enfermedad celíaca, conocidos como criterios de Interlaken.

Más tarde, Daynes (1956) extiende sus observaciones a pacientes adultos, mostrando lo que él llama "síndrome de insomnio, depresión y dolor de cabeza". La relación entre la esquizofrenia y la enfermedad celíaca es de las menos estudiadas y por supuesto, demostradas, destacando la investigación de Bender en 1953, en la que se confirmaron 20 celíacos de entre 2000 esquizofrénicos, pero algo que sí está demostrado es que en sociedades con bajo consumo en gluten la esquizofrenia es poco frecuente. En la misma línea, Graaf y Handford (1961) encontraron a 4 celíacos entre 37 pacientes psicóticos. Por todo ello existe la hipótesis de que la enfermedad celíaca podría constituir un factor etiológico de la esquizofrenia y de otros trastornos psiquiátricos. Otros autores sin embargo no han podido demostrar dicha asociación.

Por otra parte, la asociación depresión y ansiedad y enfermedad celíaca está bastante estudiada, empezando por Morris et al., en 1970 en una investigación seria, debido a casos aislados anteriores. En el mismo año, Goldberg observó en celíacos adultos tratados con dieta una alta prevalencia de rasgos depresivos; otra investigación en Alemania, 1992, Vaitl y Stouthamer-Geisel evaluó mediante el SCL 90-R que los pacientes celíacos tenían una historia previa de síntomas psíquicos, y durante 1998 en Italia, utilizaron la versión modificada del Zung Self-Rating Depression Scale, concluyendo que los síntomas depresivos constituyen un rasgo característico de los pacientes celíacos. También en Italia se investigó la Ansiedad y Depresión utilizando la

escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Hamilton y el Zung Self Rating Depression Scale, encontrando una ansiedad elevada en el grupo de pacientes celíacos. Ésta decreció significativamente después de 1 año de tratamiento. Finalmente, según los datos aportados por un reciente estudio epidemiológico canadiense que evaluó una amplísima muestra (115.071 sujetos), la prevalencia anual del Trastorno Depresivo Mayor en personas con una o más condiciones médicas es del 9,2% en comparación con el 4% en quienes no reportaron condición alguna. La misma investigación encontró diferencias en relación a las diversas entidades médicas, ascendiendo la prevalencia de depresión en personas con trastornos intestinales, Enfermedad de Crohn y colitis, al 14,4%.

F. Curtis Dohan, en 1960, fue el primero de los investigadores que asoció claramente la existencia de disturbios emocionales a la desnutrición producida por la EC. Otros investigadores anteriormente, habían intuido la correlación de la existencia de la EC, con la presencia de trastornos obsesivo-compulsivos en adultos, relación que tampoco está muy investigada y de la cual la información es muy escasa.

El 35% de los pacientes celíacos padecen un historial de depresión, cambios de personalidad o psicosis. Un porcentaje bastante alto a nuestro parecer y que merece un mayor estudio por parte de los científicos, con el fin de poder determinar los factores de riesgo que puede conllevar sufrir esta enfermedad y así poder tratarlos adecuadamente.

El objetivo de nuestra investigación consiste en determinar qué problemas psicológicos pueden surgir al sufrir los síntomas de una enfermedad celíaca y desconocer el origen de estas penurias, centrándonos en alteraciones tales como la esquizofrenia, ansiedad, depresión, fobias y trastornos obsesivo-compulsivos, ya que debido a las incómodas características de la enfermedad celíaca es frecuente la aparición de cierto tipo de trastornos psicológicos que llegan a mermar la vida de los pacientes sin diagnosticar, y por su tratamiento, es frecuente encontrar pacientes que no aceptan su condición.

El aumento de enfermos celíacos diagnosticados ha propiciado la aparición de nuevas investigaciones acerca del tema, pero en estos momentos no existe mucha información concluyente al respecto de nuestra investigación.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Existen diferencias en la prevalencia de trastornos psicológicos entre personas diagnosticadas de enfermedad celíaca y las que no?

Objetivo general

Estudiar la relación existente entre haber recibido diagnóstico de enfermedad celíaca y la presencia de trastornos psicológicos.

Objetivos específicos

- Estudiar si existe relación entre diagnóstico de enfermedad celíaca y presencia de ansiedad.
- Estudiar si existe relación entre diagnóstico de enfermedad celíaca y presencia de depresión.
- Estudiar si existe relación entre diagnóstico de enfermedad celíaca y presencia de fobias.
- Estudiar si existe relación entre diagnóstico de enfermedad celíaca y presencia de comportamientos obsesivo-compulsivos.
- Estudiar si existe relación entre diagnóstico de enfermedad celíaca y presencia de esquizofrenia.

Hipótesis

- Si la enfermedad celíaca está diagnosticada disminuirá la presencia de ansiedad.
- Si la enfermedad celíaca está diagnosticada disminuirá la presencia de depresión.
- Si la enfermedad celíaca está diagnosticada disminuirá la presencia de fobias.
- Si la enfermedad celíaca está diagnosticada disminuirá la presencia de comportamientos obsesivo-compulsivos.
- Si la enfermedad celíaca está diagnosticada disminuirá la presencia de esquizofrenia.

MÉTODO

Participantes

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

Edad comprendida entre 18 y 36 años y residentes de la provincia de Alicante.

La muestra total estará compuesta por un total de 100 sujetos, seleccionados en la consulta de gastroenterología del Hospital de San Juan de Alicante, siendo 50 de ellos diagnosticados de enfermedad celíaca, que hayan realizado la dieta estricta sin gluten por un periodo no inferior a 2 años; y los otros 50 sujetos no diagnosticados.

La muestra será seleccionada al azar.

Variables e instrumentos

Enfermedad celíaca:

- Entendemos por paciente diagnosticado a aquel sujeto que haya recibido diagnóstico médico y que esté realizando una dieta estricta sin gluten por un periodo no inferior a 2 años.
- Entendemos por paciente no diagnosticado a aquel que haya recibido diagnóstico médico en un periodo máximo de 1 semana y que no esté realizando la dieta estricta sin gluten.

Trastornos psicológicos:

- Entendemos por depresión a la variable entendida como el cumplimiento de una serie de criterios que serán evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck. Se trata de una escala autoaplicada de 21 ítems para evaluar un amplio espectro de síntomas depresivos, conteniendo cada ítem varias fases autoevaluativas, con 4 alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad.
- Entendemos por ansiedad a aquel estado que responde a la presencia de las características establecidas en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo o STAI (State Trait- Anxiety Inventory). El Cuestionario (STAI), consta de 40 ítems, el cual se subdivide en 20 ítems para la escala que mide Ansiedad Estado, estos describen como se siente el sujeto generalmente, y 20 afirmaciones que describen cómo se siente el sujeto en un momento dado, esto último para medir Ansiedad Rasgo. Presenta cuatro categorías para la escala Ansiedad-Estado que son:

1. No en absoluto 2. Un poco 3. Bastante. 4: mucho, y las categorías para la escala Ansiedad-Rasgo son: 1. Casi Nunca 2. Algunas veces 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

- Entendemos por fobias a aquellos comportamientos que cumplen los criterios establecidos por Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI). Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989) crearon el Inventario de Ansiedad y Fobia Social basándose en el DSM-III. El SPAI consta de 45 ítems que miden fobia social y agorafobia, evaluándose ambos trastornos a través de dos subescalas. La subescala de fobia social contiene 32 ítems, 17 de los cuales miden ansiedad social en cuatro contextos: presencia de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general. La subescala de agorafobia consta de 13 ítems. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 puntos, en función de la frecuencia con la que aparece la ansiedad en cada situación.

- Entendemos por comportamientos obsesivo-compulsivos a aquellos rasgos o comportamientos que cumplen los criterios establecidos en la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (YBOCS). Se trata de una escala equilibrada de 10 ítems, diseñada para evaluar la gravedad y el tipo de síntomas en los pacientes que sufren trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La escala se compone de 16 ítems, cada uno de ellos recibe una puntuación en una escala de 0 a 4, en la que el 0 corresponde a la ausencia de síntomas y el 4 con la presencia extrema.

- Entendemos por esquizofrenia a aquel diagnóstico psiquiátrico establecido en el DSM IV, según el cual la esquizofrenia se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).

Instrumentos:

- DSM IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), publicado en 1994 y revisado en el año 2000, de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association). Dispone un sistema de clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos que no se limita a proporcionar diagnósticos clínicos, sino que recoge también información de otras áreas fundamentales para entender qué le pasa al paciente y por qué.

- Cuestionario elaborado de manera específica para el estudio, de manera autoaplicada, valorado en una escala de 0 a 4, donde 0 corresponde a Nada y 4 a Mucho.

Procedimiento

En primer lugar se acudirá al despacho del director del Hospital de San Juan de Alicante, con quien habremos solicitado cita previa, para pedir los permisos pertinentes. Procederemos a hablar de igual manera con el responsable del Departamento de Gastroenterología, pasando a informar sobre el procedimiento de nuestro estudio. Extraeremos una muestra aleatoria de los sujetos con la ayuda del responsable y se les solicitará su colaboración.

Una vez obtenido el consentimiento, se les pasará a los sujetos una serie de cuestionarios, después de haberles informado del procedimiento, resaltando la importancia de la veracidad de sus respuestas y detallando que los datos extraídos serán tratados de manera anónima y confidencial.

Tipo de diseño y estudio

El diseño de la investigación será de tipo correlacional, puesto que el propósito de nuestro estudio no es el de establecer una relación causa-efecto entre las variables, sino la simple relación entre ellas.

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

Análisis de los datos

Una vez realizado el estudio y aplicados los cuestionarios, se procederá a codificar los resultados obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS. Primero codificaremos los datos y transformaremos las variables en números, y comprobaremos si los valores de nuestras variables son válidos. Seguidamente, comenzaremos a obtener el análisis descriptivo de la muestra, teniendo en cuenta los índices de tendencia central tales como la media, la varianza y la desviación típica, además de un análisis correlacional, mediante los coeficientes de correlación de Pearson también se calculará el tamaño del efecto con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

A pesar de que el tema de estudio no posee numerosas investigaciones concluyentes, actualmente son numerosos los estudios que tratan de vislumbrar la influencia de padecer enfermedad celíaca en el desarrollo de trastornos psicológicos, hemos de aclarar que la mayoría de resultados encontrados confirmarían todas nuestras hipótesis.

La ansiedad y la depresión acaparan gran parte de las investigaciones realizadas hasta este momento, cuyos resultados nos permiten prácticamente afirmar que existe una estrecha relación entre pacientes no diagnosticados de enfermedad celíaca y la prevalencia de estos trastornos.

El tema de las fobias, aunque también estudiado, posee muy poca información, si bien se plantea que determinados pacientes pueden presentarlas, debido a su estado, no es tan generalizable como los aspectos anteriores.

Los estudios sobre los trastornos obsesivo compulsivos también nos han demostrado una mayor presencia en estos pacientes, si bien al igual que en las fobias, los estudios al respecto son muy escasos.

Por último, resaltamos la valiosa información encontrada sobre la relación entre la esquizofrenia y la enfermedad celíaca, puesto que han surgido grandes avances que permiten a la mayoría de autores e investigadores establecer una mayor prevalencia en personas con enfermedad celíaca.

Con lo cual los resultados obtenidos teniendo en cuenta la revisión bibliográfica, nos permiten concluir que los resultados esperables de nuestro trabajo estarían orientados a confirmar las hipótesis expuestas, puesto que todos los indicios parecen demostrar que el no haber sido diagnosticado de enfermedad celíaca predispone a la presencia de cierto tipo de trastornos psicológicos y que el padecer esta enfermedad a su vez predispone a sufrir trastornos psiquiátricos de diferente índole.

Aunque también hemos de resaltar que nuestro estudio se basa en un rango de edad concreta y en una localidad específica, con lo cual para poder extrapolar estos resultados al resto de la población debería realizarse un estudio de mayores dimensiones.

REFERENCIAS

- APA (2006). Mayo Clinic Discovers Potential Link Between Celiac Disease and Cognitive Decline. ScienceDaily. Recuperado el 20 de diciembre desde <http://www.sciencedaily.com/releases/2006/10/061010022602.htm>
- Hu, W.T., Murray, J.A., Greenaway, M.C., Parisi, J.E., Josephs, K.A. (2006). Cognitive impairment and Celiac disease. *Gastroenterology*, 63(10):1440-46
- Rubio-Tapia, A., Murray, J.A., (2010). Classification and management of refractory celiac disease. *Gastroenterology*, 59(4): 547-557
- Origosa, L. (2005). Manifestaciones digestivas y extradigestivas de la enfermedad celíaca. *Colombia médica*, 36 (1): 52-57
- Farre, C. y Vilar, P. (2007). *La Enfermedad Celíaca paso a paso*. Barcelona: Edebé.
- Lessof, M.H. (2004). *Alergia e Intolerancia a los Alimentos*. Zaragoza: Acribia.
- Rodríguez, A. (2004). *Vivir sin Gluten: Manual del enfermo Celíaco*. Barcelona: Obelisco.
- Bürk, K., Decker, P., Farecki, M.L., Lamprecht, G., Roth, G., Weller, M. et al. (2009). *La enfermedad celíaca aumenta el riesgo de trastornos neurológicos y psiquiátricos*. Revneuro. Recuperado el 20 de diciembre desde <http://www.revneuro.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=1959>
- Martínez-Bermejo, A., Polanco, I. (2002). *Alteraciones neuropsicológicas en la enfermedad celíaca*. Revista de Neurología; 34 (Supl 1): S24-S33.
- Sfoggia, C. (2005). *Enfermedad celíaca. Síntomas y trastornos psicológicos*. Soporte nutricional. Recuperado el 15 de diciembre desde <http://www.soportenutricional.com.ar/campus/cursos/novedades/EC-monografia.pdf>
- Barriga Pérez, M.E. (2005, mayo). Enfermedad celíaca en el adulto. Trabajo presentado a las *II Jornadas Universitarias de Concienciación sobre Enfermedades Raras*, Santander, España.
- Álvarez, M.A. (1989). *Estrés, un enfoque neuroendocrino*. La Habana: Científico Técnico.
- Bender, L. (1953). Childhood schizophrenia. *Psych Quart*, 27, 3-81.
- Graaf, H., Handford, A. (1961). Celiac syndrome in the case history of five schizophrenics. *Psych Quart*, 35, 306-13.

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

Steinhavuer, P.D., Mushin, D. (1974). Aspectos psicológicos de la enfermedad crónica. *Pediatric Clinics of North América*, 11, 825.

Factores de riesgo en el consumo de sustancias teratógenas

Laura Ramón Botella
Anaís Romero Romero
Irene Galinsoga
Montserrat Ramos Vico

RESUMEN

En el presente estudio expondremos los distintos factores de riesgo que pueden influir en el consumo de sustancias teratógenas por las mujeres embarazadas, entendiendo teratógeno como una sustancia nociva para el desarrollo normal del feto. El objetivo de la investigación consiste en conocer dichos factores para llegar a conclusiones fidedignas, extrapolables al resto de población, y así poder realizar una correcta prevención primaria por parte de todo el personal sanitario. Para ello recopilaremos información de una muestra de 100 mujeres, obtenida de la planta de maternidad del Hospital General de Elche, mediante un cuestionario global formado por: uno confeccionado por las investigadoras mas otros que medirán otras variables que queremos tener en cuenta.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la sociedad parece muy sensibilizada con la salud prenatal. La mayor parte de madres que conocemos empiezan a cuidar más su alimentación, dejan de fumar y consumir alcohol al saber que están embarazadas. Esto se debe, sobre todo, a los avances científicos recientes que han conseguido obtener información precisa acerca de los efectos que tienen en el desarrollo y salud del feto diversos agentes nocivos que pueden llegar a él, durante el embarazo. Pero a pesar de esto, todavía hay muchas mujeres que llegan a cometer estos actos. Como muestra un estudio sobre consumos de sustancias teratógenas elaborado por el National Survey on Drug Use and Health en el 2006, el alcohol, en Estados Unidos es la tercera causa de defectos congénitos en bebés y en Europa del Este es el mayor responsable del retraso mental y otras anomalías congénitas. En este mismo sentido, según estimaciones del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos del 2005, el tabaquismo es la adicción más frecuente entre las mujeres embarazadas de algunos países desarrollados.

En un estudio, esta vez español realizado por Navarro M.(1994) deja entrever que las mujeres fumadoras al inicio del embarazo son un problema de salud pública de primera instancia, especialmente en el sur de Europa. Si no se llevan a cabo intervenciones específicas, el 60 % de las mujeres embarazadas fumadoras no abandonan el consumo de tabaco y, en consecuencia, el 23,9 % de las mujeres continúan fumando hasta el final del embarazo.

Las mujeres embarazadas consumidoras de drogas, son un grupo de muy alto riesgo debido a la frecuente multiplicidad de complicaciones médicas, psicológicas y de todo tipo. En otro estudio (García Oscar, 2004), se analizó el meconio de los recién nacidos de 1.209 madres de bajo nivel socioeconómico del Hospital del Mar de Barcelona; obteniendo positividad para drogas de abuso en el 10,9% del total, con una prevalencia específica de exposición fetal del 4,7% a heroína, el 2,6% a cocaína y el 5,3% a cannabinoides. Además, según el programa de control y seguimiento del embarazo de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad valenciana, el riesgo psicosocial representa el 9,5% del total de riesgo de los principales problemas de salud registrados durante el embarazo en el año 2007, y las gestantes toxicómanas forman parte de ese grupo.

La presente investigación pretende identificar los factores de riesgo que influyen en el consumo de teratógenos en mujeres embarazadas para así poder diagnosticarlos y prevenirlos. Considerando como factor de riesgo a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que se dé un evento, en este caso, el consumo de sustancias nocivas, incluyendo para nuestro estudio tanto drogas lícitas como ilícitas, y excluyendo a su vez los fármacos y los agentes ambientales; teratógeno (del griego teratos, ‘monstruo’, y genes, ‘nacido’) es entendido por la OMS como: “aquel agente no genético que puede causar efectos adversos morfológicos, bioquímicos o de la conducta durante la vida fetal, detectados en el momento del parto o más tardíamente”.

En otras palabras, lo que se intenta es identificar esas situaciones o circunstancias que afectan a las futuras madres y que aumentan las probabilidades de que éstas hagan uso de alguna sustancia perjudicial para la salud del feto. Nuestro interés se centrará en conocer qué factores de riesgo tienen que confluír para que la madre, tome la decisión errónea de consumir uno o varios teratógenos y así poder intervenir primariamente, tanto en la prevención de futuros problemas en el embarazo y posterior desarrollo del neonato de esa madre, como para poder realizar generalizaciones a nivel global y ser capaces de prever estos problemas desde las diversas áreas de la psicología como la de las adicciones, psicología de desarrollo, psicología de la educación, de la personalidad, social...

Además nos gustaría estudiar, por qué en esta sociedad en la que podemos obtener información fácilmente sobre los hábitos nocivos en el embarazo, muchas madres se arriesgan consumiendo sustancias no recomendadas para su estado.

OBJETIVOS

Pregunta problema

- ¿Qué factores aumentan la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo?

Objetivo general

- Estudiar los factores que aumentan la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.

Objetivos específicos

- Estudiar si el nivel socioeconómico aumenta la probabilidad de consumir sustancias teratógenas.
- Estudiar si la atención e información médica influye en el consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo.
- Estudiar si la edad de la madre influyen en la probabilidad de consumir sustancias teratógenas.
- Estudiar si las posibles adicciones anteriores al parto guardan relación con el consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo.
- Estudiar si las psicopatologías anteriores o posteriores en la madre, especialmente la depresión, pueden influir en la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.
- Estudiar si el número de embarazos en la madre puede variar la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo
- Estudiar si la voluntariedad del embarazo puede influir en la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.
- Estudiar si el apoyo social y familiar puede influir en la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.
- Estudiar si el cociente intelectual de la madre puede influir en la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.
- Estudiar si el periodo gestacional de la madre puede influir en la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.

Hipótesis

- El nivel socioeconómico influirá en la probabilidad de consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo.
- La información y atención médica repercutirá en la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.
- La edad de la madre influirá en el consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo.
- Las adicciones anteriores contribuirán en la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.

- Los problemas psicológicos en la madre afectarán la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo.
- El número de embarazos disminuirán el riesgo de consumir sustancias tóxicas durante el embarazo.
- La voluntariedad del embarazo influirá en el consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo.
- El apoyo social y familiar de la madre intervendrá en el consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo.
- El cociente intelectual de la madre influirá en el consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo.
- El periodo gestacional en el que se encuentre la madre influirá en el consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo.

MÉTODO

Participantes

Nuestros criterios de selección de los participantes para nuestro estudio, serán mujeres embarazadas, residentes en Elche y de nacionalidad española, dado que no queremos que influyan otras costumbres culturales, por la dificultad que puede entrañar el consiguiente estudio. Para ello, acudiremos al Hospital General de Elche, más específicamente a la planta de maternidad, sin importancia del periodo gestacional. Estas mujeres deberán tener una edad comprendida entre 16 y 35 años, ya que tanto la edad temprana (menor de 16) como la mayor de 35, conllevan otros riesgos que no queremos que influyan en la investigación.

La muestra estará formada por 100 mujeres embarazadas, escogidas aleatoriamente. Se procurará que nuestra muestra sea lo más heterogénea y representativa posible.

Variables e instrumentos

Factores de riesgo

- Nivel socioeconómico: en nuestro estudio engloba el nivel económico, académico y social en su conjunto.

- Información médica: en nuestra investigación hace alusión a los conocimientos que poseen las mujeres embarazadas sobre conductas y actitudes perjudiciales para el correcto desarrollo del embarazo por parte del personal sanitario.
- Adicciones anteriores: en nuestra investigación se define como las conductas perjudiciales del organismo con fines placenteros, en embarazadas, en el presente y en el pasado.
- Edad de la madre: en nuestra investigación hace referencia al tiempo vivido, en años, por las mujeres embarazadas.
- Psicopatologías: en nuestra investigación se explica como los problemas psicológicos que la madre pueda tener, tanto previamente a la concepción (preparto), como posteriormente (postparto), centrándonos en la más habitual: depresión.
- Número de embarazos: en nuestra investigación hará referencia a la cantidad de embarazos experimentados por las madres.
- Voluntariedad del embarazo: en nuestra investigación se define como el deseo o rechazo al embarazo presente.
- Apoyo social y familiar: en nuestra investigación hace referencia al equilibrio y normalización social en el que se desenvuelve la embarazada, así como la ayuda y soporte en el entorno más próximo en el que ella se encuentra integrada.
- Cociente intelectual: En nuestra investigación alude al de la madre en el momento de la evaluación relacionada con su propia edad.
- Periodo gestacional: En nuestra investigación hace referencia al momento de desarrollo del embarazo en el que se encuentra la madre (en semanas).

El primer instrumento a aplicar (Anexo 1), creado por las investigadoras del estudio, será un autoinforme a modo de cuestionario, explicativo y descriptivo, de recogida de información general y personal de cada sujeto, donde las cuestiones harán referencia al consumo o no de sustancias tóxicas durante el embarazo, información médica proporcionada, opinión del consumo de sustancias tóxicas, consejos médicos etc. En éste dependeremos de la franqueza con que nuestras embarazadas respondan, que probablemente no sea del todo la que esperamos.

Seguidamente les proporcionaremos un test para la identificación de algún tipo de malestar psicológico de la embarazada, más frecuentemente, algún tipo de depresión, ya que tiene correlación positiva con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas,

utilizaremos como prueba de tamiz la escala de depresión perinatal de Edinburg (Cox, Holden y Sagovsky, 1987).

Para recoger la información sobre la presencia de riesgos perinatales utilizaremos el Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal (CMRP), un autoinforme estructurado que contempla, desde seis dimensiones —pregestacional, perigestacional, intraparto, neonatal, psicosocial y sociodemográfica— a través de 70 ítems y un grupo de identificadores familiares de carácter sociodemográfico, la presencia o ausencia de 40 factores de riesgo pre-y perigestacionales (López, 2004). De este cuestionario sólo utilizaremos los factores e ítems relacionados con los riesgos perinatales.

Para poder correlacionar el cociente intelectual con el consumo o no de sustancias tóxicas utilizaremos en nuestro cuestionario global el test de CI WAIS-R de David Weschler (1981).

Procedimiento

Lo primero que haremos será informar al director del Hospital General de Elche del estudio de la investigación y su objeto, solicitándole su colaboración y consentimiento para llevar a cabo el proceso de selección de los sujetos. El muestreo comenzará el 10 de Enero de 2011 y finalizará cuando encontremos a los 100 sujetos, para su posterior análisis.

El proyecto se llevará a cabo por las 4 investigadoras, las cuales se reunirán con las participantes que hayan sido dadas de alta en dicho Hospital, explicándoles el procedimiento y finalidad del estudio y las instrucciones sobre los cuestionarios y test a contestar. Además se les informará de que todos éstos son completamente confidenciales y del tiempo disponible para su cumplimentación. Se les rogará que sean lo más sinceras posibles en las preguntas y, también, el consentimiento para incluir y manejar esta información en nuestra base de datos.

Tipo de diseño y estudio

Hemos elegido un enfoque cualitativo de diseño correspondido con el tipo correlacional ya que nuestro objetivo es realizar una comparación entre varias variables centrándonos en la influencia positiva o negativa que tienen, es decir, si al aumentar una disminuye la otra o a la inversa, o si tiene el mismo comportamiento ambas. Todo ello se debe a que este tipo de diseño se basa en la observación y el análisis de factores sin

manipular las variables, desde un estudio explicativo y descriptivo. Una característica de este método es que podemos realizar inferencias a nivel poblacional y analizar realidades no observables.

En segundo lugar, diremos que se trata de un tipo de estudio transversal, es decir, en nuestra investigación realizaremos una sola recogida de datos, sobre conductas o actitudes en el pasado y presente. Con respecto al lugar de la investigación, es natural porque vamos a realizar un estudio de campo en el que no vamos a manipular ninguna variable.

Análisis de los datos

Para llevar a cabo nuestro estudio utilizaremos el programa IBM SPSS, en el que podremos utilizar los estadísticos fundamentalmente empleados para el análisis de este tipo de estudio. Como nuestros datos son nominales, calcularíamos nuestras variables descriptivas: la moda, que puede ser utilizada para saber la respuesta más recurrente 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 (percentil 50); la media, para saber dónde se encuentra el valor medio; el máximo, que indicará el valor más alto y el mínimo, que indicará el valor más bajo y la amplitud o rango, para saber el grado de variación. Por otro lado, los índices de variabilidad como la varianza, para comparar el grado de dispersión de dos o más conjuntos de valores en una misma variable, y su desviación típica, la amplitud o desviación semi–intercuartílica, por si en un futuro queremos comparar la variación existente en las variables con otro grupo medido en las mismas circunstancias, la asimetría, para saber el grado en que los datos se reparten por encima o por debajo de la media (asimetría negativa o positiva), la curtosis, para saber el grado de apuntamiento de la curva, 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 la relación de cada una de las 10 variables con nuestra variable maestra de consumo de agentes teratogénicos. Nuestra correlación final podría ser de tres tipos: 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 ellas). Sin olvidar, por supuesto, si existe entre ambas una correlación

significativa y cuál es el porcentaje que explica la variación de nuestro objetivo general, por cada una de nuestras variables.

Para realizar nuestro análisis correlacional utilizaremos el Chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Tras analizar los datos recogidos a partir del cuestionario, se espera que se confirme lo siguiente:

- El nivel socioeconómico bajo (especialmente el nivel educativo bajo) aumentará la probabilidad de consumo de sustancias teratógenas durante el embarazo ya que aquí el riesgo es intrínseco a los hábitos de vida propios de personas con estas características. Éstas suelen tener demasiados problemas en su vida cotidiana y una forma de evasión puede ser este tipo de consumo, tanto en el momento del embarazo como previamente. El nivel educativo también se puede asociar con un bajo grado de información preventiva y hábitos saludables.
- Recibir una atención e información médica adecuada disminuirá las probabilidades de consumir sustancias teratógenas en el embarazo porque si se proporcionan, por parte del personal sanitario, buenas bases informativas, preventivas y diagnósticas a sus pacientes, la mujer podrá ser capaz de dejar el hábito nocivo si lo tuviere o no contraerlo durante la gestación.
- Las madres jóvenes, en nuestro estudio, a partir de la adolescencia media (16 años), tendrán más probabilidades de consumir teratógenos durante el embarazo a consecuencia de los pocos recursos para afrontar esta situación, produciendo un desequilibrio en su desarrollo personal y resultándole muy difícil un autocuidado, éstas requerirán un abordaje integral biopsicosocial. Aunque no sabemos si el efecto negativo de la maternidad juvenil se debe al más pobre cuidado prenatal de las adolescentes o a su inmadurez biológica.
- Las adicciones anteriores de la madre aumentarán las probabilidades de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo debido a que si esa mujer ha estado abusando de sustancias tóxicas previamente, tendrá una vulnerabilidad o adicción probable a ellas, por lo que aumentará exponencialmente el riesgo de toma o recaída durante este estado.

- Los problemas psicológicos en la madre (especialmente la depresión), aumentarán la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo. Las dificultades psicológicas personales hacen que la dependencia sea un sustitutivo de los apoyos imprescindibles que las mujeres no tienen, o creen que no tienen. Estas mujeres suelen caer en este consumo como método de autotratamiento, lo que puede perjudicar más el tratamiento ya que la suspensión puede provocar síntomas de manía o depresión aún más graves.
- Los embarazos anteriores disminuirán la probabilidad de consumir teratógenos durante el embarazo a consecuencia de que las primerizas estarán menos informadas y concienciadas de los riesgos que entrañan ciertos hábitos y conductas para el adecuado desarrollo del feto.
- En los embarazos no voluntarios habrá más probabilidad de que las madres consuman sustancias teratógenas durante él, provocado por un shock o impacto psicoemocional que les podrá llevar al rechazo o descuido durante el desarrollo de éste.
- El apoyo social y familiar de la madre disminuirán la probabilidad de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo, porque si la mujer se encuentra respaldada, apoyada y protegida por su círculo más cercano, tendrá menos utilidad la evasión de la realidad y el llenado de estos vacíos que producen ciertos tóxicos. Además estos círculos pueden ayudar en una detección precoz y advertencia de estas conductas.
- Un elevado cociente intelectual de la madre disminuirá las probabilidades de consumir sustancias teratógenas durante el embarazo, debido a que serán más exigentes y estarán más sensibilizadas para la discriminación en la toma de estas sustancias. Tendrán mayores recursos personales para afrontar la nueva circunstancia.
- Será más probable que se dé un consumo de teratógenos por parte de la embarazada durante el primer trimestre de embarazo ya que cabe la posibilidad de que la futura madre no tenga conocimiento empírico de su estado.

Por último, queremos añadir algunos aspectos típicos de la prevención en embarazadas por parte del personal de salud. Es fundamental que éste alerte a la población acerca de los aspectos antes mencionados, ya que conocerlos y evitarlos

incide en la presentación de defectos al nacimiento. Es importante también que, las mujeres en edad reproductiva conozcan las consecuencias del consumo de agentes teratógenos y para finalizar, se debería informar a las mujeres embarazadas sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y llevar a cabo un adecuado control médico (al menos seis consultas prenatales).

REFERENCIAS

- Cox J. L., Holden J. M. & Sagovsky R. (1987). Detection of perinatal depression. Edinburg perinatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-796.
- Eugenia, G.L., (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol reprod Hum*, 21, 1 – 13
- García O. (2004) El meconio “primer excremento”. *Anales de pediatría*, 12, 1868 – 1875.
- Jones K.L., Smith D. W. , Ulleland C. N., y cols.(1973) Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *The Lancet*, 14, 1267-1271.
- López S. (2004) *Detección de los riesgos maternos perinatales en la etiología de los trastornos generalizados del desarrollo*. Santiago de Compostela, Tesis Doctoral. Facultad de psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Nathional Survey on Drug Use and Health (2006). *Substance Abuse and Mental Health Administration*. Recuperado el 4 Noviembre desde: <http://www.Oas.samhsa.gov/NSDUH/latest.htm>
- Navarro M. D. (1994). Fumar para dos: tabaco y salud durante el embarazo. *Revisiones Salud Pública*, 4, 85-98
- Santiago L. G., Rosa R.T., & Eva T.A. (2008) Detection of the perinatal maternal risks in the pervasive developmental disorders. *Salud mental*, 31, 371-379
- U.S. Department of Health and Human Services (2004) *The Health, Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, Atlanta Georgia.
- Wechsler D. (1981). *WAIS-R, Wechsler adult intelligence scale-revised*. (pp. 58 – 79). The Psychological Corporation: New York.

Influencia del llanto de los bebés en la aparición de conductas específicas en sus padres

José López Amorós
Ángel Labrador Gómez

RESUMEN

Este estudio intentará esclarecer si el llanto de un bebé es capaz de influir en la aparición de conductas específicas como insomnio o ansiedad en sus padres. Para ello se reclutarán a diferentes familias que cumplan los requisitos establecidos y se dividirán en dos grupos con la misma cantidad de participantes; un grupo de bebés con llanto de frecuencia alta y otro con los bebés de llanto de frecuencia normal. Los investigadores realizarán un seguimiento a lo largo de un año en el que se efectuarán 6 tomas de datos mediante cuestionarios para comprobar las puntuaciones de las subvariables, y cómo éstas evolucionan. Las puntuaciones obtenidas en los grupos serán comparadas para determinar en qué medida afecta el llanto de los bebés a sus padres. Las subvariables presentarán de forma general valores más altos en el grupo de bebés con frecuencia alta.

INTRODUCCIÓN

La llegada de un nuevo miembro a la familia siempre es sinónimo de un gran cambio en la unidad familiar y, a veces, de desestabilización en el equilibrio del conjunto preexistente.

A la hora de criar a un hijo surgen muchos interrogantes sobre cuáles son los procedimientos más adecuados o sobre qué debemos hacer para que el niño crezca en un ambiente sano y saludable. Sin embargo, pocas veces se plantean interrogantes acerca de cómo la llegada de un nuevo miembro influye en sus cuidadores, o si este cambio propiciará la aparición de conductas específicas en los padres. No obstante, debido a que este término es muy amplio, en esta investigación se tratará concretamente la posible manifestación de ansiedad, actos violentos, depresión postparto e insomnio en los progenitores a causa del llanto de sus hijos.

La gran mayoría de las investigaciones relacionadas con la interacción padre-hijo analizan la influencia de ciertos comportamientos de los padres en sus correspondientes hijos y las repercusiones que puedan surgir en éstos.

De esta forma se encuentran estudios encaminados a examinar el estilo de crianza como uno de los factores relacionados con la agresividad en la infancia, cuyos resultados muestran una correlación significativa entre la agresividad de los niños y los factores del método de crianza parental (Raya, Pino y Herreruzo, 2009). Otros demostraron el vínculo existente entre la aparición de hiperactividad en los hijos y la educación que reciben por parte de los padres o cuidadores (Raya, Herreruzo y Pino, 2008). Por otro lado, Justicia et al. (2006) han considerado al estilo de crianza y al entorno familiar como elementos que determinan la aparición de comportamientos antisociales en los infantes.

Por otra parte, hay investigaciones que se centran en demostrar efectos positivos de la relación entre padres e hijos. Prueba de ello es una investigación llevada a cabo en la Universidad de Duke de Estados Unidos en la cual se confirma que el apego materno genera adultos más resistentes al estrés. Otras indican que la coordinación infante-adulto es la raíz del apego y la empatía en el niño, y que constituye un factor importante en el desarrollo social, además ayuda a la aparición del lenguaje, la función simbólica y la intencionalidad (Gutiérrez y López, 2007).

La gran cantidad de estudios pretenden evidenciar la relevancia de la interacción temprana entre los padres y sus hijos, estimando las posibles repercusiones

en el desarrollo cognitivo, social y físico de los niños y el grado en que estas relaciones estimulan el surgimiento de conductas y comportamientos específicos en ellos.

Esclarecer si el llanto del bebé es capaz de provocar que aparezcan una serie de conductas en los padres y en qué intensidad pueden manifestarse éstas, resultaría beneficioso para la comprensión del vínculo entre padres e hijos, y para el ámbito social y cultural. Por este motivo se realizará la investigación presente, ya que no hay prácticamente estudios en la población española que intenten analizar cómo y en qué medida afectan los bebés a los padres. Pues como ya se ha comentado, la mayoría de estudios están enfocados en la dirección contraria, es decir, como los padres influyen en sus hijos.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Influye el llanto de los bebés en la aparición de conductas específicas en sus padres?

Objetivo general

Analizar la influencia del llanto de los bebés en la aparición de conductas específicas en sus padres.

Objetivos específicos

- Analizar la influencia del llanto de los bebés en la aparición de ansiedad.
- Analizar la influencia del llanto de los bebés en la aparición de actos violentos.
- Analizar la influencia del llanto de los bebés en la aparición de depresión postparto.
- Analizar la influencia del llanto de los bebés en la aparición de insomnio.

Hipótesis

- Si los bebés lloran con más frecuencia de la normal, aumentará la probabilidad de aparecer ansiedad en sus padres.
- Si los bebés lloran con más frecuencia de la normal, aumentará la probabilidad de aparecer actos violentos en sus padres.
- Si los bebés lloran con más frecuencia de la normal, aumentará la probabilidad de aparecer depresión postparto en sus padres.
- Si los bebés lloran con más frecuencia de la normal, aumentará la probabilidad de aparecer insomnio en sus padres.

MÉTODO

Participantes

La descripción sociodemográfica de la muestra se basará en los dos grupos de sujetos de esta investigación; por un lado veinte bebés, y por otro sus respectivos padres.

Los bebés deberán cumplir las siguientes condiciones o características: tener entre 0 y 2 años, ser españoles e hijos únicos. Su sexo es indiferente, pueden ser tanto niños como niñas. Estos veinte bebés, se clasificarán en dos grupos de diez; uno con una frecuencia de llanto normal y el otro con una frecuencia de llanto alta. En cuanto a los padres, deberán tener un nivel socioeconómico medio, ser españoles, habrán de vivir juntos además de estar casados o ser pareja. Los bebés y los padres no deberán tener problemas de salud.

Variables e instrumentos

Llanto: que el bebé lloró ante la insatisfacción de necesidades. En este estudio se clasificará en dos niveles según su frecuencia.

- *Llanto con frecuencia normal*: si el bebé llora 4 o menos horas durante el día y se despierta por la noche entre 0 y 4 veces.

- *Llanto con frecuencia alta*: si el bebé llora más de 4 horas durante el día y se despierta por la noche más de 4 veces.

Conductas específicas: se entenderá como la aparición de las 4 subvariables definidas a continuación. Las conductas, para ser válidas en la investigación deberán suceder tras una o varias secuencias de llanto del bebé y darse en los padres. Las 4 subvariables son:

- *Ansiedad*: se entenderá por ansiedad la presencia de comportamientos nerviosos o ciertas respuestas físicas como mecer excesivamente al bebé, sudoración, alto ritmo cardiaco, cigarrillos consumidos, morderse las uñas, etc. Para medir esta variable se utilizará el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970), que consta de 20 frases con las que el sujeto podrá describir cómo se siente en ese momento.

- *Actos violentos*: serán conductas agresivas tanto verbales como físicas hacia el bebé. Por ejemplo: insultar al bebé, pegarle, gritarle, etc. Esta variable será medida con el cuestionario anexionado, éste presenta 4 ítems con respuestas en escala Likert, donde 0 simboliza ausencia total y 5 máxima intensidad.

- *Depresión postparto*: comportamientos pasivos y/o negativos como tristeza, apatía, no hacer caso al bebé, no querer estar con él, etc. Dicha variable se medirá con el cuestionario Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox. JL, Holden. JM y Sagovosky. R, 1987). Está constituido por 10 ítems puntuables de 0 a 3, donde 0 simboliza ausencia total del síntoma y 3 máxima intensidad, y en los ítems marcados con un asterisco la puntuación es inversa.

- *Insomnio*: se comprenderá como no dormir o dormir en un grado bajo (4 horas o menos). Para medir esta variable se utilizarán los ítems referidos al insomnio del cuestionario Pittsburgh Calidad del Sueño (Daniel J. Buysse et al., 1988), que consta de 10 ítems, de los cuales los primeros evalúan el tiempo de sueño, y los demás presentan 4 alternativas de respuesta y hacen referencia a determinadas situaciones o hábitos. Además, para la medición de las variables actos violentos e insomnio se utilizarán como instrumentos complementarios cámaras instaladas en los domicilios de los sujetos estudiados, con consentimiento previo de las familias.

Procedimiento

Para la realización de esta investigación, los investigadores seleccionarán una muestra representativa de 20 bebés con sus respectivos padres, para ello se utilizarán diferentes técnicas de reclutamiento como anuncios en la prensa o en Internet. Tanto los bebés como los padres se deberán adaptar a los criterios de selección preestablecidos para cada uno de ellos, como por ejemplo ser de nacionalidad española, pertenecer a la etapa del desarrollo de infancia temprana (0-2 años), padres que vivan en el mismo domicilio, etc. Además, se habrá de cumplir la condición adicional siguiente: de los 20 bebés seleccionados, 10 deberán adaptarse a la definición de llanto con frecuencia alta y otros 10 a la definición de frecuencia normal. Esta distinción será necesaria para comparar los resultados obtenidos en ambos grupos y comprobar si el llanto de los bebés influye en la aparición de conductas específicas en los padres.

Los investigadores llevarán a cabo el estudio a lo largo de un año, y durante éste los padres rellenarán los cuestionarios una vez cada 2 meses, es decir, se reclutarán 6 tomas de datos en total. Así pues se tratará de un diseño correlacional y longitudinal prospectivo.

La observación se realizará en las propias residencias de los participantes, y las mediciones de las variables se harán mediante los cuestionarios correspondientes.

Además, en las familias que lo consientan se instalarán videocámaras para hacer un seguimiento más fiable y empírico.

Tipo de diseño y estudio

La investigación se corresponderá con un diseño correlacional, ya que se analizará la relación entre dos variables, el llanto y las conductas específicas, y determinar cuánto influye una sobre otra. El estudio es longitudinal prospectivo porque tendrá una duración de un año en el que se realizarán varias medidas de las variables.

Análisis de los datos

Una vez recogidos y recopilados los datos obtenidos, se codificarán y analizarán con el programa informático estadístico IBM SPSS. Mediante técnicas de estadística descriptiva se analizará la correlación entre la variable llanto y las subvariables ansiedad, actos violentos, depresión postparto e insomnio. Se elaborarán diagramas de dispersión, el coeficiente de correlación de Pearson, se compararán las medias de las variables de los dos grupos usando el modelo de distribución t de Student, sus desviaciones típicas, etc. Además, se utilizará un índice de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Creemos que los resultados generales del estudio verificarán todas las hipótesis. Las puntuaciones serán mayores en el grupo de bebés con frecuencia de llanto alta, y serán más bajas en el grupo de llanto normal. La puntuación en cada una de las conductas específicas variará en función del sexo del progenitor, de la frecuencia de llanto y según la etapa en la que se divide el estudio. De esta forma, las puntuaciones resultantes en los cuestionarios serán especialmente elevadas en el caso de las madres, puesto que generalmente dedicarán más tiempo a sus hijos y se involucrarán más en su crianza en comparación con los padres. Además, las puntuaciones obtenidas en el grupo de bebés con llanto de frecuencia alta serán más elevadas si las comparamos con la media poblacional correspondiente.

Las puntuaciones en ansiedad, en comparación con las poblacionales, aumentarán progresivamente a lo largo del año. El motivo de este hecho se deberá a la frustración generada en los padres por la incapacidad de calmar el llanto de sus hijos. Sin embargo, en el grupo de frecuencia normal los resultados serán más bajos, puesto

que los padres conseguirán habituarse a la nueva situación familiar y a las necesidades de sus hijos.

La subvariable actos violentos presentará una estrecha relación con la de ansiedad. Así pues, en los bebés con llanto de frecuencia alta

los padres presentarán mayor puntuación porque la ansiedad y la frustración podrían llevar a acciones violentas. Este efecto generalmente no aparecerá en los padres con bebés de llanto normal, ya que los niveles de ansiedad serán más bajos.

Por otro lado, en la subvariable depresión postparto esperaremos encontrar puntuaciones elevadas en el grupo de frecuencia alta si lo comparamos con el de frecuencia baja, el cual presentará una media similar a la de la población. Las puntuaciones aumentarán progresivamente a lo largo del año debido a la decepción de las madres al no tener el bebé que esperaban, mientras que en los padres será mucho menos frecuente o prácticamente nula la aparición de esta conducta específica.

Por último, los trastornos del sueño tendrán más posibilidades de originarse en los padres de los bebés de frecuencia alta. Las puntuaciones variarán de una díada a otra debido a la evolución del llanto.

REFERENCIAS

- Gutiérrez, M. y López, F. (2007). Ritmos de participación en la interacción madre-infante. *Apuntes de Psicología*, 58, 21-34.
- Justicia, F., Benítez, J.L., Pichardo, M.C., Fernández, E., García, T. y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4, 131-150.
- Raya, A. F., Herreruzo, J. y Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicotema*, 20, 691-696.
- Raya, A. F., Pino, M. J. y Herreruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2, 211-222.

Trastornos de alimentación en hombres

María José Antolínez Cascales

Ariana Yael Bertsos

Irene Díez Server

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es conocer los factores que puedan aumentar el riesgo de que un hombre pueda padecer un trastorno de alimentación. Para ello utilizaremos un cuestionario que consta de 12 ítems de elaboración propia. Después de pasar el cuestionario a los antiguos o actuales pacientes de la Clínica de Trastornos Alimenticios de Valencia (CTA) haremos una selección de los sujetos más apropiados para este estudio, que deberán cumplir los siguientes requisitos: hombres de edad comprendida entre 15 y 35 años y que hayan sufrido o sufran actualmente un trastorno de alimentación. El estudio que utilizaremos será transversal y el diseño de investigación correlacional. Como resultado de esta investigación, esperamos que aquellos hombres que tengan demasiado interés en su aspecto físico, que sean homosexuales, que desempeñen una profesión relacionada con la imagen o muestren un excesivo interés en la actividad deportiva, tengan mayor probabilidad de padecer trastornos alimenticios.

INTRODUCCIÓN

Para comenzar el análisis del tema propuesto es importante explicar el concepto de trastorno alimenticio, que es definido como la psicopatología en la que el sujeto muestra una alteración de los hábitos de alimentación comunes y que llevan al desarrollo de enfermedades causadas por una preocupación excesiva con relación al peso corporal y al aspecto físico. Existen diferentes trastornos alimenticios según la enfermedad, como pueden ser la anorexia, bulimia, vigorexia, etc. Los trastornos de alimentación suelen darse en mujeres jóvenes entre 14 a 20 años, pero en este caso, este estudio, se centra en los hombres. Este colectivo también está empezando a padecer trastornos alimenticios, aunque sea una minoría en comparación con el colectivo de mujeres.

Los trastornos de alimentación son cada día más frecuentes y preocupantes en nuestra sociedad y gran parte de la culpa la tienen los medios de comunicación y la moda, ya que es donde la gente, sobre todo, adolescentes y jóvenes, desean sentirse reflejados.

La preocupación por el aspecto físico puede llegar a convertirse en una obsesión, una manía que gobierna la vida personal e incita a las personas a la realización desmesurada de ejercicio, dietas, masajes, compra de productos cosméticos, etc, y que incluso puede concluir en la propia muerte.

Las causas que pueden determinar el hecho de que cada vez se vean más trastornos de este tipo en hombres pueden ser la mayor importancia que le dan los hombres a la imagen, ya que cada vez se empiezan a cuidar más y a hacerse más “metrosexuales” o la inclusión del hombre en el mundo de la moda, con sus consecuentes excesivas exigencias.

Como podemos observar en el experimento realizado a alumnos de entre 16 y 20 años en Suiza en 2002 (Dominé, Berchtold, Akre, Michand y Siris, 2009) hay una gran cantidad de factores riesgo para los trastornos de alimentación, así como haber padecido abuso sexual, depresiones, sentirse gordo o tener sobrepeso. En lo que respecta a los factores de riesgo específicos en hombres, encontramos que la realización de actividades de atletismo es de gran riesgo, así como la sexualidad, la comorbilidad psiquiátrica y las experiencias negativas que el sujeto haya podido tener a lo largo de su vida (Weltzin et al., 2005).

Uno de los aspectos importantes a tener en cuenta es la comparación de factores de riesgo femeninos y masculinos. Según Lock (2009), entre los factores de riesgo común entre hombres y mujeres se encuentran la disconformidad física, agresividad, fumar, dietas y el consumo de drogas. Sin embargo, a los factores de riesgo masculino, se le añade la participación en deportes “masculinos”, el uso de esteroides anabolizantes y la homosexualidad.

Como se puede comprobar en la mayoría de investigaciones realizadas, los estudios van encaminados hacia las causas y/o consecuencias que hacen que la mujer pueda padecer un trastorno de alimentación; y son muy pocos aquellos estudios en los que la víctima de dichos trastornos sea un hombre.

Por tanto, la escasez de estudios sobre trastornos alimenticios en varones nos ha llevado a realizar la siguiente investigación, con el objetivo de determinar los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer algún trastorno de alimentación en hombres.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Qué factores aumentan la probabilidad de que un hombre padezca un trastorno de alimentación?

Objetivo general

Estudiar los factores que puedan aumentar el riesgo de trastornos alimenticios en hombres.

Objetivos específicos

- Estudiar la relación entre el interés en el aspecto físico y la probabilidad de que un hombre padezca un trastorno de alimentación.
- Estudiar la relación entre la orientación sexual y la probabilidad de que un hombre padezca un trastorno de alimentación.
- Estudiar la relación entre la ocupación laboral y la probabilidad de que un hombre padezca un trastorno de alimentación.
- Estudiar la relación entre el interés en la actividad deportiva y la probabilidad de que un hombre padezca un trastorno de alimentación.

Hipótesis

- Si un hombre tiene demasiado interés en su aspecto físico, tendrá más probabilidad de padecer trastornos de alimentación.
- Si un hombre es homosexual, tendrá más probabilidad de padecer trastornos de alimentación.
- Si un hombre desempeña una profesión relacionada con la imagen y la estética, tendrá más probabilidad de padecer trastornos de alimentación.
- Si un hombre tiene demasiado interés en la actividad deportiva, tendrá más probabilidad de padecer trastornos de alimentación.

MÉTODO

Participantes

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

Edad comprendida entre 15 y 35 años; que haya sufrido anteriormente o actualmente un trastorno de alimentación y hayan sido dados de alta o estén siendo tratados por la Clínica de Trastornos Alimentarios de Valencia (CTA).

Los criterios de exclusión de participantes son los siguientes:

Padecer psicopatologías graves.

Variables e instrumentos

- *Interés por el aspecto físico*: Entendemos como interés por el aspecto físico a todas aquellas actitudes que el sujeto realiza en relación a su imagen personal, como por ejemplo: pasar muchas horas arreglándose, mirarse al espejo continuamente, usar un exceso de productos cosméticos, etc.

- *Orientación sexual*: Entendemos por orientación sexual a la inclinación sexual del sujeto hacia otra persona de distinto o del mismo género.

- *Ocupación laboral*: Entendemos por ocupación laboral a todas aquellas actividades remuneradas que realice el sujeto, entre las que podemos encontrar diferentes tipos.

- *Interés en actividades deportivas*: Entendemos por interés en actividades deportivas al número de horas dedicadas a la realización de deporte por el sujeto.

-Trastorno de alimentación: Entendemos por trastorno de alimentación a la enfermedad en la que el sujeto muestra una alteración de los hábitos de alimentación comunes y que cumple los requisitos establecidos en el Manual de Diagnóstico (DSM-IV). Existen diferentes trastornos alimenticios según la enfermedad, como pueden ser la anorexia, bulimia, vigorexia, etc.

En cuanto a los instrumentos que utilizaremos en nuestro estudio:

Por un lado, se realizará un cuestionario que constará de 12 ítems (Ver Anexo 1) relacionados con el aspecto físico, ocupación laboral, orientación sexual y actividad deportiva, con los cuales podremos valorar en qué medida los factores de estas variables podrían afectar en los hombres a los que utilizaremos para poder realizar nuestro estudio. Encontramos diferentes tipos de respuestas para cada ítem, como, por ejemplo, respuestas según el grado de satisfacción, respuestas de Sí o No, respuestas numéricas o de frecuencia.

Dispondremos, por otro lado, del manual de diagnóstico (DSM-IV) para medir la variable “trastorno de alimentación”, mediante el cual, sabremos el tipo de trastorno alimenticio que presenta el sujeto y sus características.

Procedimiento

Se informará a la Clínica de Trastornos Alimentarios de Valencia (CTA) de la realización del estudio de investigación y se pedirá su colaboración para llevar a cabo el proceso de selección de los sujetos. Las investigadoras seleccionarán a un determinado número de sujetos que crean adecuados para la investigación y serán evaluados en una única sesión. Informaremos a los participantes de la finalidad y el proceso de estudio que seguiremos y se les pedirá su consentimiento para incluir y manejar sus datos. Uno por uno serán trasladados a una habitación, donde se les pasará el cuestionario que tendrán que completar con la mayor sinceridad posible.

Tipo de estudio y diseño

El tipo de diseño es correlacional, ya que se centra en la comparación de variables. No muestra relaciones causa-efecto, sólo tendencias. A su vez, es un estudio transversal en el tiempo ya que no existirá ningún seguimiento finalizado del estudio y se realizará en un momento determinado.

Análisis de los datos

Al obtener los resultados de los cuestionarios realizados a los pacientes, utilizaremos el programa SPSS para realizar su análisis estadístico. Realizaremos el análisis exploratorio ya que permite identificar posibles errores, valores extremos, pautas extrañas en los datos, variabilidad no esperada, etc.

Con el análisis descriptivo se obtendrán las frecuencias, gráficos de frecuencia, estadísticos descriptivos y puntuaciones típicas. Con el análisis de correlación de Pearson, estudiaremos la relación entre las diferentes variables con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Tras haber expuesto todo el procedimiento de la investigación, creemos que los posibles resultados después de haber pasado el cuestionario serán los siguientes:

Principalmente los hombres tendrán un mayor riesgo de padecer algún trastorno alimenticio si un hombre tiene demasiado interés por su aspecto físico, ya que esa inquietud puede causarles obsesión por su imagen, pudiendo llegar al extremo de no sentirse a gusto consigo mismo. También tendrán riesgo aquellos hombres cuya orientación sexual se vea inclinada por personas de su mismo género, ya que suelen ser más presumidos y afeminados. Por otro lado, si un hombre desempeña una profesión relacionada con la imagen y la estética, también se encontrará en este grupo de riesgo, debido a que su trabajo puede ser demasiado exigente con la imagen y figura lo que puede causar obsesión. Por último, si un hombre realiza excesiva actividad deportiva, tendrá mayor riesgo de padecer un trastorno de alimentación, ya que pueden obsesionarse con la pérdida de peso o el aumento de musculatura.

Pensamos que es muy importante la relación entre el paciente, la familia y su entorno de amistades o compañeros, ya que influye directamente en la forma de pensar y actuar del sujeto y, en parte, puede ser responsable de la enfermedad y las posibles alternativas que los trastornos de alimentación ofrezcan.

REFERENCIAS

- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. & Suris, J.C. (2009). Disordered eating behaviors: What about boys? *Journal of Adolescent Health, 44*, 111–117. Disponible en: <http://www.jahonline.org/article/S1054-139X%2808%2900350-9/abstract>
- Saz, A.I. (2001). *Diccionario de la psicología*. Madrid: Libro Hobby Club.
- Puente, A. (1998). *Psicología básica (introducción al estudio de la conducta humana)*. Madrid: Pirámide.
- Weltzin, T.E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C. & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: update *Journal of Men's Health & Gender, Vol. 2, No. 2*, 186–193. Disponible en: <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jmhg/article/S1571-8913%2805%2900072-5/abstract>
- Díaz, J. (2003). *Trastornos de alimentación en el deporte*. Sevilla: Wanceulen.

Aislamiento social y abusos sexuales a menores

Júlia Prieto Moyà

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar si ciertas prácticas con un componente importante de aislamiento social son un factor de riesgo en el posible desarrollo de abusos sexuales a menores. Para ello se seleccionarán dos muestras de sujetos, la primera correspondiente a individuos con vida célibe y la segunda a condenados por abusos sexuales a menores, a las cuales se les administrará un cuestionario autoaplicable. Mediante este se tratarán aspectos relacionados con su modo de vida tanto social como sexual y su visión del sexo. Para llevar a cabo la realización del estudio los investigadores se personarán ante cada muestra y se pedirán los permisos pertinentes para acceder a ellas. En cuanto al diseño de esta investigación estará basado en un método correlacional, abordando el estudio de una manera transversal.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que acucian a la sociedad en la actualidad es el relacionado con el abuso sexual de menores. Esta manifestación sexual siempre existió en forma más o menos oculta, quizás por el tabú cultural vigente. En los últimos años ha tomado un auge muy importante, probablemente motorizado por la mayor libertad de expresión, el menor temor a su exteriorización, la actualización de la legislación vigente o la promoción o divulgación periodística.

Para centrar la cuestión que nos ocupa, intentaremos cuantificarla: Una investigación realizada en la Universidad de Salamanca por Félix López (1994), catedrático de Psicología de la Sexualidad, obtuvo dentro de la población española un 19 % de abusos a menores, donde la figura del religioso católico aparecía como autor de la agresión en el 4,17 % de los casos.

En los datos presentados por el “John Jay College” se afirma que en 52 años (1950-2002) hubo 10.667 denuncias a la Iglesia por abusos de menores, referidos a 4.392 sacerdotes. A partir de estimaciones de otros estudios similares, calcula que pudo haber unos 3.000 casos más; pero esto no es más que una conjetura. El total de denunciados se encuentra entre el 4% y el 4,3% de los sacerdotes activos en esos años.

Dado que no existe ningún aspecto psicosocial conocido ni lógico para considerar que el clero católico estadounidense sea más pervertido que el del resto del mundo, no será excesivamente descabellado extrapolar esos porcentajes a la nómina mundial de 405.000 sacerdotes ordenados, con lo que estimaríamos en 16.200 (4% del total) los que abusan de menores. Sea cual fuere la dimensión real del problema de los delitos sexuales de este tipo – que es una realidad común y amplia en todos los países con presencia de la Iglesia católica aunque el clero católico no será el único que abusa de menores- nadie con cifras o sin ellas, puede negar que la magnitud es tremenda.

Las explicaciones propuestas sobre el origen de este comportamiento sexual, se basan en factores de educación y aprendizaje, experiencias asociadas a la conducta sexual ocurridas durante el desarrollo de la sexualidad, el haber sido sometido a una educación sexual de carácter negativo, represivo o culpabilizador, creando inhibiciones que los convierten en seres enfermizos psicológicamente. Quinsey y Lalumière (2001), sintetizaron gran parte de la investigación sobre el tema de los ofensores sexuales con el propósito de desarrollar una guía de evaluación e intervención con esta población. Estos autores identificaron el padecimiento de desviaciones sexuales, la manifestación

de conducta antisocial y la incapacidad de destrezas interpersonales, como los tres factores etiológicos que disparan la comisión de abuso sexual.

Según la psicología criminal desde cualquier perspectiva que se enfoque el tema de la conducta sexual delictiva se debe plantear un estudio de la personalidad del individuo, pues se trata de la unidad a la que quedan referidas todas las manifestaciones de su accionar: conducta, motivación, etcétera; por lo tanto el estudio debe hacerse en función de la personalidad total del sujeto y su inseparable contexto social. Aquí es donde queremos hacer hincapié: el individuo realiza continuas tentativas de adaptación al mundo en el que se desarrolla y vive; concediéndole un valor y una significación. En nuestro caso unas condiciones de aislamiento social donde son impuestas unas normas célibes que actúan en contra de la naturaleza humana y que impiden el desarrollo emocional y personal de cada individuo como afirma Enrique Barra en su libro - *Psicología de la sexualidad* (2002)-. Esta represión, desarrolla en la persona una necesidad de satisfacer su sexualidad de forma errónea y prohibida (David Filkenhor 1981) . La significación y la intencionalidad de la conducta constituyen un todo organizado (portador de un sentido) que se dirige a un fin. Diremos entonces que se trata de una conducta concreta del individuo, expresión de su relación con la víctima en un espacio y tiempo determinados.

Imponer el celibato de por vida a hombres y mujeres de menos de 30 años que viven bombardeados de manera constante por una infinitud de estímulos sexuales y que pueden razonablemente suponer que van a vivir más de 80, resulta cuanto menos temerario; como lo es encerrar en un seminario a adolescentes o jóvenes en la plenitud de su vida sexual –que cronológicamente no coincide con la madurez psicológica y afectiva–.

El escándalo, o mejor dicho, el drama de los casos de abusos sexuales de menores por parte de clérigos y religiosos católicos aconseja reflexionar madura y responsablemente acerca de las condiciones en que se desenvuelven la formación del clero y la vida sacerdotal, en particular en relación con instituciones como el celibato obligatorio y los seminarios. Cabe preguntarse si son adecuadas para quienes viven inmersos en un mundo muy diferente del que les dieron luz, la alta Edad Media en el caso del celibato y el siglo XVI en el de los seminarios. Por estas razones creemos necesario hacer una aproximación reflexiva al tema para que desde el conocimiento científico, la investigación y la responsabilidad asumamos con la mayor equidad posible

el controvertido y a veces espinoso problema de dilucidar desde el punto de vista científico las implicancias psicológicas que presentan estas prácticas.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Es un factor de riesgo en el desarrollo de abusos sexuales a menores la práctica de ciertos tipos de aislamiento social?

Objetivo general

Estudiar la relación existente entre los abusos sexuales a menores y la práctica de ciertos tipos de aislamiento social.

Objetivos específicos

- Estudiar la relación entre el desarrollo de abusos sexuales a menores y la represión sexual.
- Estudiar la relación entre el desarrollo de abusos sexuales a menores y la prohibición de establecer relaciones amorosas.
- Estudiar la relación entre el desarrollo de abusos sexuales a menores y la supresión de muestras de afecto.
- Estudiar la relación entre el desarrollo de abusos sexuales a menores y la concepción de la sexualidad como algo negativo.

Hipótesis

- La represión de los impulsos sexuales será un factor de riesgo en el desarrollo de abusos sexuales a menores.
- La prohibición de las relaciones amorosas será un factor de riesgo en el desarrollo de abusos sexuales a menores.
- La concepción de la sexualidad como algo negativo será un factor de riesgo en el desarrollo de abusos sexuales a menores.
- La supresión de muestras de afecto será un factor de riesgo en el desarrollo de abusos sexuales a menores.

MÉTODO

Participantes

En primer lugar, para el desarrollo de este estudio se escogerán dos muestras de 100 sujetos cada una que serán exclusivamente varones, de una edad comprendida entre 18 y 68 años con un nivel educativo básico (E.G.B, E.S.O o Estudios primarios) o medio (FP, B.U.P, C.O.U o Bachillerato). La primera muestra estará compuesta por practicantes del celibato y la segunda serán condenados por abusos sexuales a menores. El objetivo de la elección de dos muestras es la de establecer una comparación entre los resultados obtenidos de ellas.

Variabes e instrumentos

Las variables que se presentan son las siguientes: “represión sexual”, “prohibición de relaciones amorosas”, “eliminación de la afectividad”, “pederastia” y “celibato”.

Represión sexual: Entendemos como represión sexual a la referencia que establece un sujeto de haber recibido una instrucción basada en el rechazo racional y consciente de todo cuanto hace alusión a la sexualidad porque la considera mala, inmoral, pecaminosa o nociva.

Prohibición de relaciones amorosas: Como prohibición de relaciones amorosas nos referimos a la mención de un sujeto de haber recibido una instrucción basada en la prohibición del establecimiento de vínculos afectivos y sexuales con otra persona.

Supresión de la afectividad: Interpretamos supresión de la afectividad como referencia de que establece un sujeto de haber recibido una educación que elimina las muestras de afecto como contacto físico, besos....

Abuso sexual a menores: abuso sexual cometido por un adulto hacia los niños.

Celibato: Entendemos como celibato como al estado de los religiosos que han hecho voto de castidad.

Los instrumentos que se usarán para llevar a cabo la investigación serán una prueba objetiva construida por los investigadores. Se trata de un cuestionario autoaplicable, confidencial y anónimo compuesto por 10 preguntas con respuesta dicotómica (si o no) y una de respuesta libre, en el que se disponen las principales características descritas anteriormente (ver anexo).

Procedimiento

La primera muestra utilizada para el estudio será recogida del libro de ingresos del Seminario de Orihuela. Para llevarlo a cabo pasaremos los cuestionarios a los sujetos seleccionados a quienes previamente se les informará del objetivo de dicho estudio y se les comentará la importancia de su sinceridad para la obtención de unos resultados fiables asegurándoles que son totalmente anónimos.

Para obtener la segunda muestra en primer lugar contactaremos con el o los responsables de la penitenciaría de Alicante de modo que serán informados acerca del estudio que tenemos la intención de realizar y en qué se basan los métodos de evaluación pidiéndoles su colaboración para llevar a cabo el proceso de selección de los participantes del mismo. Una vez obtenida la autorización del director del centro y concretados el día y la hora para realizar la prueba, se procederá a pasar los instrumentos de nuestro estudio siempre informando 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.

Tipo de diseño y estudio.

El tipo de diseño del trabajo es correlacional, ya que se centra en la comparación entre dos variables. No muestra relaciones causa-efecto, sólo tendencias. A su vez, es transversal en el tiempo ya que no existirá ningún seguimiento finalizado del estudio y se realizará en un momento determinado.

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 p de Spearman. Por último se realizarán análisis de comparación con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Tras llevar a cabo el estudio y basándonos en las referencias de otras investigaciones e informaciones consultadas previamente, podríamos concluir que la supresión de una de las áreas tanto biológicas como psicológicas del ser humano como es la sexualidad, implica la interrupción de tareas centrales en el desarrollo individual como la creación de la identidad sexual, el aprendizaje de los roles y normas de género y la formación de relaciones íntimas que sirvan de contexto para una buena expresión sexual. Sabemos que la represión siempre va unida a la obsesión, a su vez que a la ansiedad y esto dependiendo como sea la persona puede determinar su vida, provocando graves desequilibrios emocionales. En conjunto unido a la práctica de un modelo de vida antisocial contribuye a sufrir desviaciones de comportamiento en el plano reprimido.

Así, una vez obtenidos nuestros datos a través de los cuestionarios administrados y tras haber digitalizado y examinado pertinentemente los mismos, serán más conocidos los factores que tienen en común las dos muestras elegidas, atreviéndonos a aventurar unas circunstancias de vida similares con un patrón de comportamiento y juicio acerca de la sexualidad convergente en varios vértices: por lo tanto los sujetos que tengan una concepción de la sexualidad como algo malo, prohibido, que se repriman sexualmente, sintiéndose culpables y a su vez obsesionado con ello, es decir, creando una tendencia tendrán más posibilidades de desarrollar trastornos en este área como abusos a menores en forma de descarga de energías sexuales contenidas, a su vez que los que se desarrollen en un ambiente basado en este tipo de principios.

Además podremos esperar un mayor porcentaje en experiencias de abusos de los agresores no célibes en su infancia como un posible determinante de su conducta sexual.

REFERENCIAS

Psicología criminal.(2007). Disponible en:

<http://psicologia.laguia2000.com/general/psicologia-criminal>

Barra Almagia, Enrique. (2002) Introducción.Barra Almagia E.(Ed) Psicología de la sexualidad (3-4). Chile: Univ. De Concepción

Romi, Juan Carlos. La pedofilia; reflexiones sexológicas y médico-legales. Disponible en: <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forence-16/tema-5.htm>

Muñoz Mora, Fernando. El método cualitativo en la investigación con sacerdotes que han abusado de personas menores de edad.(2006) .Disponible en:

<http://132.248.9.1:8991/hevila/HumanitasRevistadeinvestigacion/2006/vol2-3/no2/4.pdf>

Report of the John Jay School of Criminal Justice, (2004). (30-37).

Quinsey, V.L. y Lalumière, M. (2001). Assessment of sexual offenders against children. American Professional Society on the Abuse of Children. California: Sage Publications.

Disminución de la percepción de riesgo ante un posible embarazo no deseado tras la reforma de la ley del aborto

**Nuria Belmonte Ponce
Chantelle Jean Doughty
Lorena Cutillas Muñoz.**

RESUMEN

Mediante nuestro estudio se intentará averiguar si ha habido un cambio en la percepción de riesgo ante un embarazo no deseado tras la reforma de la ley del aborto en España entre adolescentes de 16 a 18 años.

Para ello utilizaremos un procedimiento que consistirá en aplicar dos cuestionarios realizados expresamente para este estudio, a una muestra de 400 alumnas de tres institutos públicos de la provincia de Alicante de las clases de 4º E.S.O y de Bachillerato, mediante una única toma de datos.

Los resultados de la investigación intentarán demostrar que efectivamente, ha disminuido la percepción de riesgo ante un embarazo no deseado tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.

INTRODUCCIÓN

Muy recientemente se ha instaurado la reforma de la ley de salud sexual, reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, lo que comúnmente se reconoce como la ley del aborto (Boletín Oficial del Estado, 2010). Esta ley ha provocado una gran polémica en la sociedad actual por la gran cantidad de opiniones en contra que ha generado. Parte de esta controversia es debida a que algunos grupos apoyan el “derecho a la vida”, como la Iglesia Católica, mientras que otros consideran que cualquier mujer debería poder interrumpir su embarazo cuando lo creyese conveniente, como el colectivo feminista. Esta ley contempla el derecho de las mujeres a partir de 16 años al aborto libre hasta la semana 14 de gestación y por otro lado también garantiza el acceso a la píldora poscoital (píldora del día después) sin restricción alguna.

Según menciona el Doctor José Isabel Juan Pérez (2007), “la percepción de riesgo o de peligro de las personas es una variable en función de lo que ellos mismos conocen sobre el riesgo que puede presentarse en ese momento y lugar”. En este caso hablamos de la percepción de riesgo ante un embarazo no deseado, que hace referencia a la probabilidad que asumen las mujeres frente a la posibilidad de quedarse embarazadas.

Una de las causas que puede influir en el aumento de embarazos no deseados es el consumo de alcohol. Un equipo del Centro Internacional para la Investigación de la Mujer de Washington en Estados Unidos (2010), asegura que quienes abusan del alcohol tienen más probabilidades de comprometerse en conductas de riesgo como relaciones sexuales sin protección. Esto quiere decir que el consumo excesivo de alcohol provoca la desinhibición en los jóvenes y por tanto el aumento de las conductas sexuales de riesgo.

La ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, ha anunciado recientemente que el número de abortos ha bajado por primera vez en España desde 1999, y que en 2009 ha descendido en menores de 19 años. A pesar de estos datos, ha considerado que no podemos bajar la guardia y ha afirmado que la píldora del día después se seguirá dispensando sin receta porque se ha demostrado que es una medida plenamente eficaz.

Un artículo publicado en la conocida revista médica *British Medical Journal*, (DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A. y Griffith, L., 2002), hace referencia a que la

educación sexual no disminuye el embarazo en adolescentes. En la actualidad se están impartiendo en un 93% de las escuelas públicas cursos sobre sexualidad, pero el conocimiento por sí solo no es suficiente para cambiar la conducta. Por ejemplo, según el Center for Aids Prevention Studies, (Kirby DJ., 1994)., en Estados Unidos más de un millón de jóvenes quedan embarazadas cada año, los jóvenes tienen las más altas tasas de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) que cualquier otro grupo de otras edades y uno de cada cuatro contraen enfermedades de transmisión sexual antes de los 21.

Los distintos tipos de creencias religiosas tienen una gran repercusión sobre los jóvenes más practicantes. La religión cristiana es la más común entre los jóvenes españoles pero hay estadísticas que muestran que solamente 5% de los jóvenes españoles que son practicantes del catolicismo obedecen a las ideas sobre la sexualidad. Esta religión hace apología a la importancia de que las relaciones sexuales sólo se deben realizar por un motivo de procreación. Actualmente se ha pronunciado el representante de la Iglesia Católica, Benedicto XVI, con respecto al uso del preservativo, afirmando que sólo están a favor de su uso, si lo utilizan las prostitutas para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Nuestro estudio se va a basar en comprobar si todas las causas mencionadas anteriormente afectan de manera positiva o negativa en la percepción de riesgo ante un embarazo no deseado entre adolescentes de edades comprendidas entre 16 y 18 años actualmente, tras la reforma de la ley del aborto que se instauró el 3 de Marzo de 2010.

OBJETIVOS

Pregunta Problema

¿Ha disminuido la percepción de riesgo ante un posible embarazo no deseado, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años?

Objetivo General

Estudiar la percepción de riesgo ante un posible embarazo no deseado, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.

Objetivos Específicos

- Estudiar si una mayor facilidad para adquirir la píldora poscoital, influye en la percepción de riesgo un posible embarazo no deseado, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.
- Estudiar si la práctica y creencia religiosa influyen en la percepción de riesgo un posible embarazo no deseado, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.
- Estudiar si una mayor información sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS), influye en la percepción de riesgo un posible embarazo no deseado, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.
- Estudiar si consumir alcohol los fines de semana, influye en la percepción de riesgo un posible embarazo no deseado, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.

Hipótesis

- La percepción de riesgo ante un embarazo no deseado, disminuirá por la mayor facilidad de la adquisición de la píldora poscoital, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.
- Cuanto mayor sea la creencia y la práctica religiosa de un sujeto, mayor será su percepción de riesgo ante un embarazo no deseado, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.
- La percepción de riesgo ante un embarazo no deseado, disminuirá por la mayor información sobre enfermedades de transmisión sexual, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.
- Los sujetos tendrán una menor percepción de riesgo ante un embarazo no deseado, en relación a la cantidad de alcohol que consuman, tras la reforma de la ley del aborto entre adolescentes de 16 a 18 años.

MÉTODO

Participantes

Nuestra investigación se va a centrar en mujeres adolescentes de edades comprendidas entre 16 y 18 años. La muestra estará formada por 400 alumnas de tres institutos públicos de la provincia de Alicante de las clases de 4º E.S.O, 1º y 2º de Bachillerato. Se tendrá en cuenta que la muestra sea lo más homogénea posible mediante una selección aleatoria, para que no afecten variables extrañas como la edad y el nivel socioeconómico.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

Percepción de riesgo: Probabilidad que asumen las participantes de quedarse embarazadas.

Facilidad de adquirir la píldora poscoital: La disminución de impedimentos para obtener la píldora poscoital.

Religión: Creencias religiosas y si la practican los sujetos.

Información sobre enfermedades de transmisión sexual: Hace referencia a si el sujeto ha recibido o no información sobre las ETS.

Consumir alcohol: Determina si los participantes consumen o no alcohol.

El instrumento que vamos a utilizar está compuesto de dos cuestionarios realizados expresamente para la investigación que vamos a llevar a cabo. El primer cuestionario consta de tres preguntas relacionadas con la percepción de riesgo, en las cuales las jóvenes tienen que valorar en una escala de 1 a 5, siendo 1 el nivel de menor preocupación y el 5 el de la máxima, su nivel de preocupación ante las situaciones planteadas. El segundo cuestionario consta de cinco preguntas sobre sus hábitos personales relacionados con las variables que queremos estudiar, que deben contestar marcando una cruz en la casilla del sí o no. Con él vamos a medir el grado de percepción de riesgo ante un posible embarazo no deseado (ver anexo).

Procedimiento

Aplicaremos el cuestionario realizado a 400 alumnas de tres institutos públicos de la provincia de Alicante, en horario lectivo, en un aula que previamente habremos habilitado para que no puedan influir posibles variables externas. Antes de realizar las entrevistas, solicitaremos los permisos pertinentes tanto a los sujetos como a las entidades encargadas de la administración de los institutos. Por otro lado informaremos a los sujetos de que el cuestionario es estrictamente anónimo y confidencial, que su duración es de quince minutos y que necesitamos que sus respuestas sean lo más sinceras posible para la veracidad de la investigación.

Tipo de diseño y estudio

El diseño de la investigación será de tipo correlacional, puesto que el propósito del estudio no es el de establecer causalidad entre las variables, sino observar si existe relación entre las mismas. Se tratará de un estudio transversal, al obtener los datos mediante una sola medida. Para ello se utilizarán los cuestionarios que hemos elaborado específicamente para tal fin, los cuales son 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

En primer lugar tenemos que puntualizar que no se ha encontrado ningún estudio realizado acerca de este tema en España, por lo que nuestras hipótesis no están basadas en datos contrastados. Sin embargo nos atrevemos a decir que, tras el análisis y la contrastación de nuestras hipótesis y de los datos recogidos mediante los cuestionarios, el resultado de nuestro estudio corroborará las hipótesis planteadas, como por ejemplo, que una mayor facilidad a la hora de obtener la píldora del día después no aumenta la percepción de riesgo ante un embarazo no deseado, ya que si éste llegara a producirse, la mujer afectada podría ponerle fin rápidamente tras una breve visita a la farmacia.

Serán más susceptibles a esta percepción de riesgo aquellas personas creyentes y practicantes que aquellas otras que no lo son, pues estas personas son más influenciadas por las normas religiosas que exigen un mayor recato e incluso abstinencia. Encontraremos, además, que tampoco se adquiere una mayor percepción de riesgo ante un embarazo no deseado debido a la mayor información en cuanto a las ETS, puesto que además de conocer los problemas que éstas causan, también se conocen algunos remedios, influye también el conocimiento de la tasa de incidencia de estas enfermedades, que a pesar de no ser demasiado bajo, no asusta a los más jóvenes.

Finalmente, aquellas personas que habitualmente consumen alcohol se sienten más desinhibidas y, por tanto, son más proclives a mantener conductas sexuales de riesgo, por lo que deducimos que la disminución de la percepción de riesgo ante un embarazo no deseado será directamente proporcional a la cantidad de alcohol consumida. A partir de todos estos datos, se deducirá que la percepción de riesgo ante un embarazo no deseado ha disminuido tras la reforma de la ley del aborto en mujeres adolescentes de 16 a 18 años, ya que, tras esta reforma, las farmacias les distribuyen libremente la píldora poscoital, las normas religiosas exigen ciertas restricciones u obligaciones respecto al comportamiento sexual, además, el conocimiento respecto a las enfermedades de transmisión sexual no causa el efecto esperado en los jóvenes, pero también el consumo de alcohol propicia la disminución de la percepción de riesgo ante un embarazo no deseado.

REFERENCIAS

- Juan Pérez, J.I. (2007) *Manejo del ambiente y riesgos ambientales en la región fresera del Estado de México*. Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/libros/2007a/235/
- Boletín Oficial del Estado (2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Recuperado el 4 de Marzo de 2010 desde: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
- Centro Internacional para la Investigación de la Mujer de Washington (2010). *Aumenta las relaciones sexuales de riesgo. Alcohol: factor de riesgo en la propagación*

del sida. Recuperado el 22 de julio de 2010 desde:

<http://www.ops.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=20352&S22=b>

Ministerio de Sanidad del Gobierno Español (2010). Ministra Leire Pajín. “*El número de abortos ha bajado por primera vez en España desde 1999 y que en 2009 ha descendido en menores de 19 años*”. Recuperado el 13 de diciembre de 2010 desde: <http://www.deia.com/2010/12/13/sociedad/estado/el-numero-de-abortos-baja-por-primera-vez-en-espana-desde-1999->

DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A. y Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 324, 1426.

Kirby DJ. (1994). Sex Education in the Schools. *Center for aids prevention studies*.

Recuperado el 6 de enero de 1995 desde:

<http://www.caps.ucsf.edu/espanol/hojas/spsexttext.php>

Cocar, C. (2004, 18 Marzo) El declinar del Cristianismo. La Verdad.es. Recuperado el 18 de marzo de 2004 desde: <http://servicios.laverdad.es/panorama/reportaje180304-2.htm>

Relación entre la religión católica y la aparición de parafilias

Aida Martínez Mollá

Adara Navalón Muñoz

Patricia Mejias Romero

Paula Peinado Sanchís

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar si existe relación entre la religión católica y el desarrollo de determinadas parafilias, en este caso, nos hemos centrado en cuatro de ellas: pedofilia; sadomasoquismo y voyeurismo/exhibicionismo. Para ello hemos elaborado varios tipos de sondeos. En primer lugar encontramos una serie de cuestionarios de imágenes para detectar las parafilias anteriormente mencionadas entre los encuestados. Con el mismo objetivo, hemos elaborado una batería de preguntas tipo test, con 4 opciones de respuesta. Por otro lado, contamos con otra serie de cuestionarios respecto a las creencias y prácticas religiosas de los encuestados. Con esto se pretende demostrar que las prácticas religiosas católicas pueden influir en el desarrollo de determinadas parafilias entre sus fieles.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata de dilucidar la relación existente entre la confesión católica y los problemas psicológicos de las personas que profesan esta religión.

La característica principal de estos tipos de problemas, se basa en la elevada influencia que posee la Iglesia sobre sus fieles, puesto que es la encargada de provocar numerosos trastornos psicológicos que desarrollaremos a lo largo de la investigación. Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas. Una de ellas son los principios en los que se basa esta religión, generalmente retrógrados y excluyentes, que contribuyen a originar problemas cognitivos, y conductas cuyas metas están siempre relacionadas con esta confesión.

En primer lugar, debemos de decir que, generalmente, las personas creyentes lo son debido a una serie de influencias culturales muy arraigadas en el Estado español, puesto que proceden de bastantes años atrás y debido a cuestiones políticas de épocas pasadas que favorecieron en su momento su expansión. Actualmente, la influencia del catolicismo es menor, como bien explica en la versión digital del Diario Sur, Gema Martínez, en el artículo titulado “La Iglesia, más lejos” (2010).

Históricamente las relaciones de la Iglesia con el Estado pertenecen por su propia naturaleza a una orden de realidades permanentes que trascienden los límites del espacio y el tiempo, como argumenta Ana María Bidegain, en su artículo titulado “Sexualidad, Estado, Sociedad y Religión” (2008).

En segundo lugar, existen parafilias que podrían estar relacionadas con esta variable. La pedofilia es un rasgo multifactorial en la personalidad del que la padece, y se compone de aspectos mentales, institucionales, de actividad, de educación sexual, de violencia, de control de las pulsiones, etc. El origen del desarrollo de la pedofilia puede estar relacionado con el aprendizaje de actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o con el abuso sexual sufrido en la infancia, así como sentimientos de inferioridad o con la incapacidad para establecer relaciones sociales y heterosexuales normales. El exhibicionismo se trata del placer de un individuo obtenido por mostrar sus órganos sexuales de forma esporádica. Las causas se basan en un desarrollo psicosexual que no ha evolucionado, que se ha detenido en una etapa inmadura porque el individuo sufre sentimientos de inferioridad y de trastornos de relación. El sadomasoquismo es la obtención de satisfacción sexual mediante la realización o recibimiento de actos de

crueledad o dominio. Es la síntesis entre sadismo y masoquismo. El sadismo es la obtención de placer realizando los actos dominantes que puede ser de naturaleza sexual y consensuada, aunque en caso contrario, se puede considerar un indicativo de trastorno mental o el resultado de emociones como el odio, la venganza o incluso ciertas concepciones de justicia. El masoquismo por su parte, es la obtención del placer al ser la víctima. La información acerca de las parafilias se ha extraído de DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico diferencial (2002).

Este trabajo está elaborado con el fin de informar sobre estas cuestiones tan presentes en la sociedad actual, y que son ignoradas por completo puesto que están integradas dentro de la población. Se analizarán numerosas conductas ejercidas por los devotos, costumbres que se han transmitido de generación en generación y que han sido asimiladas en la sociedad hasta tal punto de no cuestionarse. En este estudio se presentarán varios anexos en los que se expondrán las diversas encuestas realizadas a profesantes de esta religión. En ellas habrá preguntas implícitas, al igual que imágenes, con el fin de poder concluir nuestro trabajo habiendo conocido de primera mano los principios y valores personales de los encuestados sobre esta materia.

Las parafilias son variables a tener en cuenta en este estudio, debido a que es un tema vigente en la actualidad. Han salido a la luz numerosos casos de eclesiásticos relacionados con la pedofilia en seminarios, esto se relaciona con lo citado anteriormente, ya que estas personas presentan actitudes extremas negativas hacia la sexualidad. Algunos ejemplos, relacionados con lo expuesto en la investigación respecto a las parafilias, son el artículo publicado por Trinity titulado “En los 70, la pedofilia se consideraba normal” (2010); el artículo publicado por Miguel Mora y Laura Lucchini, titulado “La Iglesia amparó en Múnich a un pedófilo cuando el Papa era obispo” (2010); y otros más recientes como por ejemplo, el artículo publicado por Rodolfo Chang Peña titulado “Depredadores sexuales en El Salvador” (2011).

Hemos considerado interesante realizar esta investigación, ya que, a pesar de ser un tema presente en la actualidad y causante de diversos conflictos, no existen distintas investigaciones que traten sobre la religión católica cristiana y la sexualidad, hecho que ha dificultado la obtención de la información a la hora de elaborar dicha investigación.

OBJETIVOS

Pregunta problema

-¿Existe relación entre las creencias y prácticas religiosas católicas y la aparición de parafilias?

Objetivo general

Estudiar si existe relación entre las creencias y prácticas religiosas católicas y la aparición de parafilias.

Objetivos específicos

-Analizar si existe relación entre las prácticas religiosas católicas y el desarrollo de una pedofilia.

-Estudiar si existe relación entre las prácticas religiosas católicas y la aparición del sadomasoquismo.

-Analizar si existe relación entre las prácticas religiosas católicas y el desarrollo del exhibicionismo/voyerismo.

-Estudiar si influyen las creencias religiosas católicas con el desarrollo de la pedofilia.

-Analizar si tiene relación las creencias religiosas católicas y la aparición del sadomasoquismo.

-Estudiar si existe relación entre las creencias religiosas católicas y el desarrollo del exhibicionismo/voyerismo.

Hipótesis

-Las prácticas religiosas católicas influyen en la probabilidad de desarrollar una pedofilia.

-Las prácticas religiosas católicas influyen en la probabilidad de aparición del sadomasoquismo.

-Las prácticas religiosas católicas influyen en la probabilidad de aparición del exhibicionismo/voyerismo.

-Las creencias religiosas católicas influyen en la probabilidad de desarrollar una pedofilia.

-Las creencias religiosas católicas influyen en la probabilidad de desarrollar el sadomasoquismo.

-Las creencias religiosas católicas influyen en la probabilidad de desarrollar el exhibicionismo/voyerismo.

MÉTODO

Participantes

El estudio va dirigido a 200 personas entre hombres y mujeres a partir de treinta años de nacionalidad española de la provincia de Alicante. Además el estudio va enfocado a las personas que se dedican profesionalmente, en exclusiva o a tiempo compartido, a realizar labores en la Iglesia, entre ellos curas, párrocos, obispos, canónigos, seminaristas etc.

Variables e instrumentos

Creencias religiosas: que los participantes refieran tener ciertas creencias relacionadas con el ámbito de la sexualidad, por ejemplo, creer que nos deben realizar actos impuros, creer en abolir conductas sexuales. En relación con el intento de abolir ciertas conductas sexuales entre los jóvenes, los creyentes intentar modificar conductualmente a la juventud a través de afirmaciones tales como: “la masturbación provoca ceguera”, “durante el ciclo menstrual no puedes tocar el agua” etc.

Prácticas religiosas: este concepto engloba los diferentes actos referidos a la sexualidad, difundidos por la iglesia, presentes en el estilo de los fieles:

- Solo realizan el acto sexual cuando la mujer se encuentra fuera del periodo de menstruación.
 - No se divorcian de la persona con la que contraen matrimonio.
 - Mantienen relaciones sexuales con la misma persona durante toda la vida.
 - Permanecen vírgenes hasta el matrimonio.
 - Únicamente mantienen relaciones sexuales con el fin de procrear.
 - Realizan el acto sexual a oscuras para no verse desnudos.
 - Puesto que realizan el acto sexual con el fin de procrear, se ciñen únicamente al coito.
 - No utilizan ningún método anticonceptivo.
 - El aborto está prohibido.
 - No realizan prácticas sexuales orales y anales.
 - No se sirven de utensilios para producirse placer.
- Y a su vez, también engloba los diferentes actos presentes en el estilo de vida de los curas, párrocos, obispos, canónigos, seminaristas...tales como:
- El celibato.
 - Dedicar su vida a la piedad y al servicio de los demás.

- Promulgar la palabra de Dios.
- No pueden contraer matrimonio.

Pedofilia: que el sujeto refiera la excitación o placer sexual a través de actividades o fantasías sexuales con niños de, generalmente, entre 8 y 12 años.

Voyerismo/exhibicionismo: que el sujeto refiera la excitación o placer sexual gracias a la contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de actividad sexual con el objetivo de conseguir una excitación sexual (delectación voyerista). La actividad del voyerista no implica ninguna actividad sexual posterior.

El exhibicionismo se trata de que el sujeto refiere excitación sexual al desnudarse y mostrar los órganos genitales de forma impulsiva y gratuita.

Sadomasoquismo: que el sujeto obtenga placer al realizar actos de crueldad o dominio a otras personas, y por el contrario, que el sujeto obtenga placer al ser víctima de actos de crueldad o dominio.

Empleamos para nuestra investigación los siguientes instrumentos (ver anexos), formulados por nosotras mismas, para evaluar si los sujetos escogidos convencionalmente, padecen las parafilias anteriormente explicadas:

Cuestionario de imágenes sobre la pedofilia: En este cuestionario encontramos una serie de imágenes, sobre las cuales se realizan unas preguntas. Se procede a la comparación de dos fotografías, en las que observamos, una de mujer o mujeres mayores de edad, y otra de un niño o niña menores de edad de diversas características, para descubrir los gustos y preferencias de los individuos de forma indirecta.

Cuestionario de imágenes sobre el voyerismo/exhibicionismo: En este cuestionario encontramos varias fotografías sobre las que se realizan unas preguntas. Las primeras son una comparación para conocer la preferencia de los sujetos, y la última trata sobre su moralidad o indiferencia ante el exhibicionismo.

Cuestionario de imágenes sobre el sadomasoquismo: En este cuestionario encontramos cuatro fotografías, dos de ellas de parejas besándose y acariciándose y, las otras dos restantes, de mujeres vestidas en trajes de cuero, con látigos, etc. Comparamos las imágenes de las parejas con las imágenes de las mujeres para conocer los principios personales y los gustos de los encuestados de forma indirecta.

Cuestionario sobre la pedofilia: Este cuestionario consta de 15 preguntas, las cuales se evalúan mediante una cruz en la casilla de la columna que al individuo le parece adecuada, escogiendo entre Sí, No, Depende, Siempre y Nunca. Estas preguntas están relacionadas con diversos aspectos como, por ejemplo, el abuso de menores, pensamiento con respecto a la pedofilia, muestras de afecto hacia los adolescentes, valores morales, impulsos y relaciones sexuales, etc.

Cuestionario sobre el voyerismo/exhibicionismo: Este cuestionario consta de 15 preguntas en las que los sujetos deben escoger entre Sí, No, Depende, Siempre y Nunca. En este cuestionario se evalúa las preferencias de la persona, lo que consideran obsceno, reacciones ante personas desnudas, etc.

Cuestionario sobre el sadomasoquismo: Este cuestionario está compuesto por 15 preguntas en las que los encuestados deben elegir entre Sí, No, Depende, Siempre y Nunca. En dicho cuestionario evaluamos cuestiones tales como, la seguridad en uno mismo, la autoestima, preferencias sexuales, pensamiento sobre el respeto, la moralidad, etc.

Cuestionario sobre las creencias religiosas: Este cuestionario está compuesto por 15 preguntas en las que los encuestados deben elegir entre Sí, No. En dicho cuestionario se evaluará si la persona comparte las creencias religiosas citadas anteriormente en el apartado de las variables.

Cuestionario sobre las prácticas religiosas: Este cuestionario está compuesto por 15 preguntas en las que los encuestados deben elegir entre Sí, No. En dicho cuestionario se analizará si la persona lleva a cabo las prácticas religiosas citadas anteriormente en el apartado de variables.

Procedimiento

Para localizar la muestra necesaria para la evaluación de nuestra investigación, nos situamos en zonas en las que frecuentan los practicantes cristianos católicos, como por ejemplo, en la puerta de una iglesia, en seminarios, escuelas católicas, universidades católicas, comedores sociales católicos, etc. Procedemos a preguntar a los individuos sus creencias para asegurar que son practicantes de la religión católica cristiana. Además se les informa de la confidencialidad de los cuestionarios y del mantenimiento de su anonimato, pidiendo que se conteste a las preguntas lo más sinceramente posible, ya sea de forma oral o escrita, dependiendo del sujeto y del lugar. El estudio es llevado

a cabo por nosotras mismas, dirigiéndonos a los diferentes lugares donde queremos extraer la información. No consideramos relevante cuando se realizan los cuestionarios aunque para realizarlo a la entrada de una Iglesia es aconsejable que se haga un Domingo.

Tipo de diseño y estudio

El diseño de la investigación es de tipo correlacional, pues el propósito del estudio no es el de establecer causalidad entre las variables, sino simples relaciones entre las mismas. Se trata de un estudio transversal porque únicamente medimos una serie de variables en un momento dado y obtenemos los datos mediante una sola medida. Para ello se utilizan los cuestionarios de imágenes y preguntas, elaborados específicamente para tal fin, ambos autoaplicados. El lugar de la investigación es natural, no se manipula ninguna variable.

Análisis de datos

Después de llevar a cabo la investigación, se evalúan y codifican los resultados obtenidos con el programa SPSS, para analizar la relación existente entre las variables, con un nivel de confianza del 95%, y se obtienen los resultados de análisis descriptivo, tales como, las frecuencias y porcentajes de cada variable, la desviación típica media, la media, la mediana y la moda, empleando la correlación de Pearson.

RESULTADOS ESPERABLES

Para comenzar a analizar los resultados esperables, cabe destacar que nos encontraremos en un país católico, y en consecuencia de ello, la religión ejercerá una gran influencia en la población. Las creencias y prácticas religiosas harán que los fieles y eclesiásticos inhibirán sus deseos y emociones sexuales. Como consecuencia se desarrollarán conductas parafilicas.

La parafilia más común dentro de los que profesarán la religión católica será la pedofilia, puesto que, la mayoría de casos que se darán de pedofilia estarán directamente vinculados con la Iglesia católica. Por otro lado, la parafilia menos frecuente será el sadomasoquismo.

La aparición de parafilias será más habitual en hombres que en mujeres, y el rango de edad en el que se desarrollará la aparición será avanzada (40-60 años).

Cabe destacar que el desarrollo de parafilias no será algo frecuente, se darán casos generalmente aislados.

Los sitios donde encontraremos un mayor número de parafilicos (pedófilos, sadomasoquistas, exhibicionistas y voyeurs) , será en las escuelas católicas y en la propia Iglesia.

En relación a la actitud de las personas a las que se les pasará el cuestionario, cabe destacar que los practicantes y la gente relacionada directamente con la iglesia (sacerdotes, obispos etc.) serán más reacios a contestar las preguntas.

Por otro lado, los docentes de los colegios, universidades católicas, y los trabajadores de comedores sociales católicos, serán menos remisos a contestar.

Por lo que respecta a la influencia de las prácticas, y creencias católicas en las conductas sexuales, cabe destacar que la religión sí influirá en la aparición de parafilias.

Hallaremos mayor número de tabúes sexuales en personas católicas de edad avanzada (35-60años). Al igual que también encontraremos relación entre el desarrollo de las parafilias y el haber recibido una educación católica estricta (padres católicos autoritarios). De la misma forma, observaremos por un lado que actualmente, entre la gente joven de 20-30 años serán menos comunes las prácticas religiosas citadas en el punto de las variables e instrumentos, y los fieles de 40-60 años sí llevarán a cabo las prácticas religiosas pero no en su totalidad. Por otro lado, apreciaremos que generación tras generación, disminuirá el número de fieles en la iglesia católica.

Concluiremos este punto, afirmando que la religión católica estará asociada, en determinados casos, al desarrollo de un autonecepto con connotaciones negativas y un trastorno de dependencia, hechos que podrán desencadenar la aparición de parafilias.

REFERENCIAS

- Trinity. Benedicto XVI: En los 70, la pedofilia se consideraba normal. 2010 Disponible en: <http://www.kaosenlared.net/noticia/148610/benedicto-xvi-70-pedofilia-consideraba-normal>
- Rodolfo Chang Peña. Depredadores sexuales en El Salvador. 2011. Disponible en: http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_opinion.asp?idCat=6342&idArt=5443947

Gema Martínez. La Iglesia, más lejos. 2010 Disponible en:

<http://www.diariosur.es/v/20101219/malaga/iglesia-lejos-20101219.html>

Miguel Mora/Laura Lucchini. La Iglesia amparó en Múnich a un pedófilo cuando el

Papa era obispo. 2010. Disponible en:

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Iglesia/amparo/Munich/pedofilo/Papa/era/obispo/elpepusoc/20100313elpepusoc_4/Tes

Ana María Bidegain. Sexualidad, Estado, Sociedad y Religión. 2008. Disponible en:

<http://www.webislam.com/?idt=11606>

RD. La Iglesia se queda sin jóvenes. 2006. Disponible en:

<http://blogs.periodistadigital.com/religion/object.php?o=494519>

Frances, A. y Michael, B. y Pincus, H. (2002). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico diferencial. Barcelona: Masson

Efectividad y eficiencia de la inclusión de psicólogos en centros de atención primaria

Sara Arteseros Bañón

RESUMEN

La psicología científica es una disciplina moderna en relación a otras ciencias, aunque ha sabido hacerse un hueco mediante sus investigaciones y aportaciones en el competitivo mundo científico. A pesar de estos importantes logros, aún queda un largo camino por recorrer en lo que a nuestra disciplina se refiere, entre ellos lograr que la Psicología de la Salud sea algo más que teoría y papel y que estos profesionales entren en los Centros de Atención Primaria para brindar un cuidado integral y óptimo a los usuarios del sistema de Salud. En este estudio se pretende demostrar la eficacia, efectividad y eficiencia de la instauración de los psicólogos en el primer nivel de salud; los centros de atención primaria en enfermos crónicos de hipertensión arterial.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende mostrar la necesidad de incluir a los psicólogos dentro del Sistema Nacional de Salud en los centros de Atención primaria y cómo esta inclusión puede mejorar la calidad de vida y bienestar biopsicosocial en pacientes con hipertensión arterial crónica, así como mejorar la efectividad y eficiencia del propio sistema. Entendemos por pacientes con hipertensión arterial (HTA) aquellos pacientes con diagnóstico médico de la enfermedad en un periodo no superior a 6 meses, entendemos por efectividad, la mejora de la calidad de vida y bienestar de los pacientes con HTA en relación a la terapia psicológica y entendemos por eficacia la disminución de costes económicos del sistema Nacional de Salud debido a las terapias psicológicas aplicadas en los sujetos.

El cambio epidemiológico experimentado en tan solo unas décadas en los países en desarrollo pone de manifiesto la rapidez en que la sociedad cambia y moldea los recursos a sus necesidades y demandas. En concepto de salud el dato más relevante es la prevalencia de la mortalidad debido a enfermedades crónicas en lugar de enfermedades infecto-contagiosas como ocurría en el siglo XIX. Estos cambios suponen enfocar el cuidado y asistencia de la población desde otro punto de vista para no quedar estancos en el pasado y amoldar los recursos a las necesidades de la población. Fruto de estos cambios hemos pasado de un modelo de asistencia biomédico (siglo XIX) a un modelo biopsicosocial (siglo XXI). Ya en 1946 la OMS definió la salud desde un enfoque bio-psico-social.

Si unimos la concepción biopsicosocial propuesta por la OMS y los padecimientos crónicos, la psicología y atención primaria deben estar presentes en la atención integral a estos pacientes. La teoría es clara, es evidente que el psicólogo es un elemento clave y necesario en los servicios de salud, aunque a efectos prácticos no se disponen de los recursos necesarios para llevar a cabo esta concepción holística e integral del sujeto. Desde la Ley General de Sanidad Española en 1986 el atributo “biopsicosocial” para definir la atención que se pretendía prestar al ciudadano, ha sido un definición con mero carácter político-decorativo (Lemos, 2008) puesto que actualmente nos encontramos en una situación de precariedad e insuficiencia de recursos psicológicos además de falta de disponibilidad y acceso a servicios de asistencia. La ausencia de atención psicosocial eficaz en asistencia primaria así como en la hospitalaria se ha plasmado en el establecimientos de servicios comunitarios mínimos

que no cubren las necesidades reales de la población (Saalvador-Carulla et al, 2003). Además de estos problemas de gestión de recursos también nos encontramos ante un vacío en cuanto a la formación de profesionales, dotación de recursos y asistencia psicológica en atención primaria, motivo por el cual hace tan solo unos meses psicólogos de toda España se manifestaron para reclamar sus derechos contemplados por la legislación exigiendo un Máster de la Psicología de la Salud.

Integrar servicios de atención psicológica en la asistencia sanitaria primaria es un tema relativamente reciente en nuestro país. A nivel internacional, existe un reconocimiento claro por parte de numerosos expertos y sociedades científicas acerca de la necesidad de incorporar profesionales de la psicología de la salud a los equipos de atención primaria (Institute of Medicine, 2005; Kahn, 2004). Los costes del sistema público de salud en España actualmente se sitúan en torno al 6% del producto interior bruto. De este gasto sanitario la factura farmacéutica se encuentra en torno al 22%. La evidencia de que se dispone en el momento actual sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos es sustancial por su cantidad, rigor metodológico de los estudios en que se basa y el rango de trastornos clínicos en que se ha aplicado con claros beneficios para el paciente (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Existe un amplio cuerpo de investigación que ha mostrado que los tratamientos psicológicos, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006), son de eficacia y efectividad igual o superior a los tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos más prevalentes, y con efectividad superior a largo plazo (Hollon, Stewart, y Strunk, 2006). La evaluación económica de los tratamientos psicológicos resulta crucial para la toma de decisiones de gestión y asignación de recursos, si tenemos en cuenta el constante incremento del gasto en servicios de salud y la disparidad entre las necesidades de la población y la escasez de recursos disponibles. Si bien se dispone de datos significativos que apuntan hacia la rentabilidad asistencial y reducción de costes sanitarios de la provisión de tratamientos cognitivo-conductuales (Myhr y Payne, 2006, Hunsley, 2003), parece incomprensible el por qué no se pone en marcha un recurso que además de dar respuesta a numerosos padecimientos, también ahorraría costes al sistema.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Es eficiente y efectiva la terapia psicológica en pacientes con hipertensión arterial esencial en centros de atención primaria para lograr adhesión al tratamiento y conseguir mejorar la calidad de vida?

Objetivo general

-Estudiar la eficiencia y la efectividad de la terapia psicológica en pacientes con hipertensión arterial esencial en centros de atención primaria respecto su adhesión al tratamiento farmacológico y la calidad de vida.

Objetivo específico

-Estudiar la relación entre la efectividad de la terapia psicológica en pacientes con hipertensión arterial esencial en centros de atención primaria respecto su adhesión al tratamiento farmacológico y la calidad de vida.

-Estudiar la relación entre la eficiencia de la terapia psicológica en pacientes con hipertensión arterial esencial en centros de atención primaria respecto su adhesión al tratamiento farmacológico y la calidad de vida.

Hipótesis

-Si los pacientes con hipertensión arterial esencial reciben terapia psicológica en centros de atención primaria su calidad de vida y adhesión al tratamiento mejorará de forma significativa.

-Si los pacientes con hipertensión arterial esencial reciben terapia psicológica en centros de atención primaria la efectividad y eficiencia mejorará de forma significativa.

MÉTODO

Participantes

Los sujetos que seleccionamos para realizar el estudio serán varones que cumplirán los siguientes criterios:

Edad comprendida entre 30 y 45 años.

Que hayan sido diagnosticados en hipertensión arterial (H.T.A) en un periodo no superior a los 6 meses en centros de atención primaria.

Cualquier nivel educativo, laboral o estado civil.

Los criterios de exclusión de participantes son los siguientes:

Padecer otra enfermedad crónica que implique tratamiento farmacológico diario.
Haber sido hospitalizado en relación a su enfermedad de hipertensión arterial esencial una vez diagnosticada ésta.

Variables e instrumentos

Entendemos por adherencia al tratamiento al cumplimiento por parte del paciente en la toma de fármacos necesarios para el control de la hipertensión arterial esencial prescritos por su médico de atención primaria en los centros de salud de forma regular y sin olvidos de tomas durante un periodo de seis meses desde el momento en que es diagnosticado de hipertensión arterial esencial.

Entendemos por intervención psicológica a la terapia llevada a cabo por un profesional de la psicología sobre el paciente a estudio que se realizará, desde un enfoque psicoterapéutico destacando la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales, mediante un encuadre estructurado dentro de un método cognitivo-conductual. Las consultas e intervenciones se llevarán a cabo de manera individual, con una periodicidad semanal de aproximadamente una hora de duración por cada sesión durante un periodo de 6 meses. El número de sesiones será aproximadamente de 24 sesiones, periodo de tiempo que se llevará a cabo el estudio.

Entendemos por calidad de vida al conjunto de sensaciones y emociones expresadas por el paciente acerca de su grado de autosatisfacción personal, bienestar físico, psicológico y social, así como la capacidad de hacer frente a las tareas, actividades y roles personales que ejercía en la sociedad previo diagnóstico de la enfermedad.

Entendemos como hipertensión arterial esencial el diagnóstico de la enfermedad por parte del médico de atención primaria.

Variables extrañas

Se realizará previo inicio del estudio una o dos reuniones informativas y formativas con los médicos de atención primaria colaboradores donde se expondrán de manera clara y concisa el perfil que buscamos para controlar las siguientes variables:

Sexo exclusivamente varón con edad comprendida entre 30 y 45 años.

Diagnóstico de la enfermedad en un periodo no superior a 6 meses de duración.

No haber requerido de ingreso hospitalario en relación a su enfermedad crónica de hipertensión arterial esencial.

La captación de la muestra (control y experimental) se llevará a cabo por parte del equipo médico de atención primaria de los dos centros de salud colaboradores tras haberse realizado las reuniones informativas por parte de los investigadores en este colectivo.

Una vez elegida la muestra de la población objeto de estudio el médico de atención primaria (MAP) llevará a cabo en su consulta un cuestionario de selección heteroaplicado a cada sujeto que enviará al psicólogo responsable de la terapia y derivará a cada individuo a la consulta psicológica, que se llevará a cabo en las instalaciones del mismo centro sanitario. En este cuestionario aparecerán ítems relacionados con los datos sociodemográficos de nuestra muestra para una vez llevada a cabo la investigación podamos estudiar las características de la muestra a estudio para poder extrapolar los datos al conjunto de la población, así como conocer el perfil del sujeto previa consulta afianzando la relación terapeuta-paciente.

Instrumentos

Como cuestionario de calidad de vida utilizaremos el Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros, Sánchez-Sosa y Groves, 2004),.

Para medir la adhesión al tratamiento utilizaremos el Autorregistro diario de adherencia terapéutica y bienestar (Cortazar- Palapa, Riveros y Sánchez-Sosa, 2004)

Para medir la eficiencia y eficacia de la intervención psicológica en los pacientes seleccionados utilizaremos los datos aportados por el Departamento de Salud correspondiente al área de salud que pertenezcan ambos centros sanitarios en relación a los costes económicos, informes médicos y asistencia hospitalaria en el periodo de 6 meses que durará nuestro estudio y los 6 meses posteriores a nuestra intervención como seguimiento de la muestra.

Procedimiento

Se informará de la realización del estudio al Comité de Ética del departamento de salud correspondiente a los centros de atención primaria objeto de estudio y se pedirá su colaboración y participación para obtener los datos necesarios que puedan ser requeridos para el estudio.

Informaremos al coordinador médico de cada centro de salud de nuestro estudio, así como la importancia de la colaboración del equipo médico. Tras estas solicitudes previas se realizará una reunión informativa/formativa a los médicos de atención primaria que serán los encargados del cribaje de nuestra muestra. En esta reunión informativa previa y de carácter obligatoria para ser colaborador en el estudio se informará del objeto de estudio, perfil adecuado que deben cumplir los sujetos seleccionados y del cuestionario heteroaplicado que los sujetos deben de rellenar previa consulta psicológica en la consulta del MAP. Mediante este cuestionario podremos elaborar un perfil previo a la entrevista con el sujeto y conducir de manera personalizada las necesidades básicas de cada sujeto, además de afianzar una mejor relación terapéutica.

Una vez establecido el cribado por parte de MAP elaboraremos dos grupos diferentes; el grupo control que pertenecerá a un centro de salud y el grupo experimental que pertenecerá al otro centro de salud colaborador.

El grupo control no se someterá a terapia psicológica ni sesiones individuales con el terapeuta. En una primera consulta con MAP realizará el cuestionario heteroaplicado y el cuestionario de calidad de vida y salud. Pasados 6 meses se volverá a pasar el cuestionario de calidad de vida y salud, y se revisarán los datos aportados por el departamento de salud correspondiente de sus informes médicos y posibles ingresos hospitalarios.

El grupo experimental comenzará las sesiones psicológicas tras haber sido informado por MAP y haber realizado en esta consulta el cuestionario heteroaplicado. El sujeto podrá elegir un día de la semana en horario laboral (Lunes a Viernes de 9 a 12 horas y de 16 a 20 horas) para llevar a cabo las sesiones que se realizarán en el propio centro de salud al mando de un psicólogo. Se llevarán a cabo unas 24 sesiones; una sesión semanal durante un periodo de seis meses de aproximadamente 1 hora de duración cada una.

Las sesiones estarán estructuradas en tres bloques con diferentes objetivos en cada una. El primer bloque lo compondrán las cuatro primeras sesiones. En ellas se les informará de manera exhaustiva del objeto del estudio y se pasará el Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros, Sánchez-Sosa y Groves, 2004), aportaremos la documentación necesaria y explicación de la tarea para realizar de forma correcta el Autorregistro diario de adherencia terapéutica y bienestar (Cortazar- Palapa, Riveros y Sánchez-Sosa, 2004). El objetivo principal será crear un vínculo paciente-terapeuta adecuado y que éste lleve a cabo las tareas requeridas de forma correcta para la investigación. Crear un clima de confianza y seguridad será elemental para lograr nuestros objetivos posteriores.

En el siguiente bloque lo conformarán las 10-15 sesiones posteriores. En ellas se identificarán y se analizarán los problemas específicos de cada sujeto. Se comenzará la terapia cognitivo-conductual con diferentes técnicas terapéuticas como la Terapia Racional Cognitivo Conductual (TREC), el Reforzamiento positivo y negativo, la Reestructuración cognitiva...etc. siempre en relación con las necesidades del propio paciente; serán consultas dinámicas y a expensas de las necesidades del sujeto.

En los dos últimos bloques de la terapia; de la sesión 15 a la sesión 24 se plantean actividades y consultas en función de los resultados obtenidos anteriormente. Se contemplarán sesiones grupales entre los participantes, técnicas de modelado, sesiones de relajación...etc. Por tanto, reservamos un amplio número de sesiones para guiar la investigación en función de lo que la muestra nos demande. Creamos con este método y modelo de intervención un enfoque basado en los sujetos, dejando que éstos sean los que guíen la investigación y no viceversa.

Tipo de diseño y estudio

Corresponde a un diseño experimental longitudinal prospectivo, puesto que el objetivo es buscar relación entre las variables que modificamos y ver las consecuencias que se producen al intervenir sobre ellas para aumentar la validez interna de nuestro estudio disponemos de un grupo control y un grupo experimental.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos se codificarán y analizarán con el programa estadístico SPSS®.

Realizaremos análisis descriptivos utilizando medias, varianzas y desviaciones típicas.

Se realizarán análisis de comparación entre los distintos momentos de evaluación, utilizando para ello el Chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Si la intervención psicológica proporcionada a los pacientes con hipertensión arterial crónica es adecuada y aplicada de forma individual a los sujetos seleccionados semanalmente, la calidad de vida y adhesión al tratamiento aumentarán. Así los servicios públicos de salud aumentarán su eficiencia, efectividad y eficacia en el tratamiento de esta enfermedad crónica, pudiendo extrapolar los resultados a cualquier enfermedad crónica que requiera de una adhesión al tratamiento de forma permanente.

Mediante los datos de este estudio se comprobará la efectividad que los equipos psicológicos puede aportar a los servicios públicos de salud en su primer escalón de asistencia, como lo son los centros de atención primaria. Mediante esta intervención se optimizarán los costes al sistema sanitario y se aumentará la satisfacción personal ante los servicios de salud mejorando la calidad de asistencia a la par que la calidad de vida de cada individuo.

Con los resultados de este estudio y si las hipótesis propuestas fueran concluyentes se demuestra de forma empírica y científica mediante la aplicación del método científico la necesidad vital y urgente de la necesidad de equipos psicológicos preparados para afrontar un problema cada vez más patente en nuestra sociedad; las enfermedades crónicas a tres escalas diferentes: paciente (mejora de la calidad de vida y bienestar biopsicosocial), Sistema Nacional de Salud (ahorro de costes farmacológicos y hospitalarios) y sociedad (satisfacción del SNS).

REFERENCIAS

- Moioli, B., Merayo, L.A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en el dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. N°12 pp. 475-484
- Pastor Sirena, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo. Sección Monográfica*. Vol.29 (3) pp. 271-290.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J. Alcazar, F., Sánchez Sosa, J.J., (2005) Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 5 N°3 pp.445-462
- Scharager Goldenberg J, Molina Aguayo ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panam Salud Publica*. 2007; 22(3):149–59.
- Sandín, B. (2005).El síndrome de fatiga crónica: Características Psicológicas y Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología..* Vol. 10 n°1 pp.85-94
- Van-Der Hofstadt, C. J., Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista sociedad española del dolor*. N°8 pp. 503-510
- Werner Sebastian, R., Cecilia F.M., Heloisa B.C. Chiattonne. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. . *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 2 N°1, pp. 153-172.

Los psicoestimulantes y su relación con el rendimiento académico

Susana Cuesta Ortín

Patricia Antón López

RESUMEN

Actualmente son muchos los estudiantes universitarios que durante la etapa de exámenes, para poder rendir más horas y mejor, consumen a menudo sustancias estimulantes del Sistema Nervioso Central; sobre todo aquellas que contienen cafeína y taurina como el café y el Red Bull, respectivamente, y otras muchas bebidas energéticas. Con ello pretenden perfeccionar su estudio y así lograr mejores notas finales. Por tanto, nuestra investigación se basará en encontrar las posibles relaciones entre el consumo de psicoestimulantes y el rendimiento académico, para así poder aconsejar a los estudiantes para que consigan sus metas de la manera menos perjudicial para su salud pero más óptima y beneficiosa.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de estudiantes a la hora de centrarse en estudiar en época de exámenes, para poder aguantar más horas activos suelen consumir sustancias psicoestimulantes. Piensan que con estas sustancias mejorarán su rendimiento y sus resultados académicos pero ignoran los efectos secundarios que éstos pueden producir sobre su sistema nervioso, si sobrepasan las dosis y frecuencia recomendadas.

Un psicoestimulante se puede definir como aquél que actúa sobre el SNC alterando funciones psíquicas. Tradicionalmente estos componentes son utilizados para combatir la fatiga, el hambre y el desánimo, y provocan una mayor resistencia física transitoria gracias a la activación directa del SNC. Su estructura química es similar a ciertos neurotransmisores, por tanto actúan simulando su función. Existen varias categorías pero normalmente se clasifican por su naturaleza, ya sean naturales como la cafeína, taurina, cocaína (ilegal) y la efedrina; o sintéticos como la anfetamina (ilegal), derivados de anfetamina (ilegales) y metilfenidato.

Entre los más consumidos por los estudiantes destacan la cafeína y la taurina ya que son los principales componentes del café y bebidas energéticas. Por un lado la cafeína es un compuesto químico alcaloide que se encuentra en las semillas de cafeto, de cacao, de cola, en las hojas de té y en la guaraná. En dosis leves, como 150 mg en una taza de café aproximadamente, aumenta el nivel de atención y favorece el estado de alerta. Pero, también acelera el ritmo cardíaco y respiratorio, y estimula la producción de orina. En dosis más elevadas, provoca nerviosismo y ansiedad, y a partir de los 10 gramos puede llegar a ser letal.

Una vez ingerida, la cafeína permanece en el organismo durante horas y tarda unas 6 horas en desechar la mitad de la cantidad consumida. En estudios recientes se ha comprobado que el café mejora la memoria, pues según los investigadores del Trinity College de Dublín “la cafeína cierra algunas conexiones cerebrales, mejorando la atención, pues las conexiones que quedan abiertas están totalmente concentradas a un objetivo, y no a varios como sucede normalmente”. Otros estudios, de la Universidad Médica de Innsbrucki encontraron que 100 Mg de cafeína aumentaba la actividad en la parte del cerebro que es responsable de la memoria a corto plazo, lo cual mejora el rendimiento.

Por otro lado la taurina es un ácido orgánico disperso en bebidas energéticas como el Red Bull. Uno de sus principales componentes es la vitamina B12, utilizada en

medicina para recuperar a pacientes que se encuentran en coma etílico y es recomendada para deportistas antes de su actividad; de aquí la hipertensión y el estado de excitación en el que se encuentra el sujeto después de su ingesta. El consumo regular de Red Bull desencadena la aparición de una serie de enfermedades nerviosas y neuronales irreversibles. Sin embargo, para afrontar la recta final de los exámenes, la mayoría de estudiantes toman psicoestimulantes a pesar de sus riesgos, ya que no conocen o ignoran las consecuencias que puede tener su consumo sobre el organismo.

Hay que advertir que ambos psicoestimulantes recrean un proceso de memorización falso, pues aumentan la memoria de fijación o memoria fotográfica, pero no la de relación, además ha sido demostrado que es más efectivo un buen descanso nocturno que un consumo alto de psicoactivos y mantenerse en estado de vigilia (Bartolomé Cañuelo, 2010).

En definitiva, en nuestra investigación el objeto de estudio consistirá en analizar y evaluar posibles relaciones entre nuestras variables, el rendimiento académico y los psicoestimulantes, con el objetivo de poder ayudar en un futuro a los estudiantes a que sus estudios prosperen positivamente con el apoyo de sustancias y bebidas energéticas o, en su defecto, sin éstas por las distintas consecuencias que pueden provocar sobre el organismo. Nos parece interesante saber optimizar el cumplimiento de las metas y logros establecidos en el programa de la titulación de la manera más sana y efectiva.

OBJETIVOS

Pregunta problema:

¿Afectan los psicoestimulantes al rendimiento académico de los universitarios de la UMH en época de exámenes?

Objetivo general:

Estudiar si afectan los psicoestimulantes al rendimiento académico de los universitarios de la UMH en época de exámenes.

Objetivos específicos:

- Analizar si la frecuencia de consumo de psicoestimulantes afecta al rendimiento académico de los universitarios de la UMH en época de exámenes.

- Comprobar si afecta la cantidad de consumo de psicoestimulantes al rendimiento académico de los universitarios de la UMH en época de exámenes.
- Estudiar si el tipo de psicoestimulante que se consuma afecta al rendimiento académico de los universitarios de la UMH en época de exámenes.

Hipótesis:

- La frecuencia de consumo de psicoestimulantes afectará al rendimiento académico de los universitarios de la UMH en época de exámenes.
- La cantidad de consumo de psicoestimulantes afectará al rendimiento académico de los universitarios de la UMH en época de exámenes.
- El tipo de psicoestimulante que se consuma afectará al rendimiento académico de los universitarios de la UMH en época de exámenes.

MÉTODO

Participantes

La población a la que nuestra investigación va dirigida es a 50 estudiantes de ambos sexos matriculados en la titulación de Psicología de la UMH.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

- Psicoestimulantes: Sustancias psicoactivas que alteran el sistema nervioso. Dentro de esta variable plantearemos varias categorías.
- Tipos de psicoestimulantes: Café, Red Bull, bebidas energéticas como Coca Cola y semejantes.
- Frecuencia de consumo: Cada cuánto se consume, a diario, semanal...
- Cantidad de consumo: Dosis administradas en época de exámenes
- Rendimiento académico: Notas en los exámenes.
- Variables extrañas: Aquéllas que serán controladas como la edad y el género con el objetivo de conseguir una muestra lo más homogénea posible.

El instrumento de valoración que utilizaremos será un cuestionario (ver anexo) y en él, por apartados, incluiremos las variables descritas previamente. Nuestro cuestionario, constará de 10 ítems con tres posibilidades de respuesta: “Nunca”, “A veces” y “Siempre”; con el objetivo de conseguir información para calcular el nivel de frecuencia, cantidad y tipo de consumo de psicoestimulantes; además de otro apartado que incluirá 6 ítems destinados a conocer información sobre la otra variable de nuestro estudio, es decir, el resultado académico.

Procedimiento

En primer lugar realizaremos el cuestionario. A continuación seleccionaremos una muestra de la forma más aleatoria posible: elegiremos 50 estudiantes de la UMH que se encuentren en salas de estudio y lugares de recreo, escogidos previamente lanzando un dado que diga a quién seleccionar (el número que salga será el estudiante escogido). Dicho cuestionario pasará a ser repartido durante la época de exámenes, en nuestro caso la evaluación de enero/febrero. Antes de la realización de éste, explicaremos a los participantes en qué consiste nuestro estudio y de qué forma tendrán que contestar a las preguntas. Será anónimo, confidencial y la duración coincidirá con el tiempo que tarden en realizarlo.

Tipo de diseño y estudio

Para este estudio vamos a llevar a cabo un método correlacional en el cual recogeremos información y compararemos dos variables generales. Este tipo de método no muestra relaciones causa-efecto, solo tendencias. Se limita a describir y a predecir. También se utiliza para hacer inferencias más precisas en términos de probabilidad.

En esta investigación el lugar del tiempo de medida es transversal, ya que analizamos mediante una sola medición en un momento concreto a un grupo de estudiantes.

Las ventajas en este estudio es que nos permite evaluar distintas variables, y también tener un control correcto de la selección de los participantes en un periodo corto de tiempo ya que no hay un seguimiento de los sujetos, además del poco coste económico que conlleva.

Análisis de los datos

Los datos serán codificados y analizados mediante el programa informático IBM SPSS. En primer lugar se realizará un análisis descriptivo de la muestra que será lo más homogénea y representativa posible, teniendo en cuenta que las variables que hemos escogido son cuantitativas. En segundo lugar, tras el análisis, conoceremos su tendencia central (la más representativa será la media pero si se presentan valores extremos usaremos la mediana), variabilidad, varianza y desviación típica, asimetría, curtosis, máximos y mínimos, distribución de probabilidad, error típico, y por último usaremos el coeficiente de correlación de Pearson, con un nivel de confianza del 95%, para conocer el grado de relación entre las variables.

RESULTADOS ESPERABLES

A partir de las hipótesis planteadas y posteriormente el procedimiento para el estudio de la posible relación entre las dos variables, los resultados que nos podríamos encontrar tras analizar los datos obtenidos en los cuestionarios, que habrían sido pasados y realizados por los estudiantes de la UMH, son dos y antagónicos.

Por un lado, el consumo de sustancias psicoestimulantes como el café, Red Bull y/u otras bebidas energéticas afectan negativamente cuando son consumidos en elevadas dosis y frecuencia reiterada ya que desencadenan una disminución de la calidad de sueño y concentración, a causa de la estimulación que provocan en el SNC, y por tanto una reducción del nivel académico puesto que está demostrado que existe un mínimo de horas de sueño necesarias para un buen rendimiento.

Sin embargo, y por otro lado, en los resultados de los sujetos que consumen estos psicoestimulantes de modo más cauteloso y discreto, se ha comprobado que no muestran un empeoramiento del rendimiento académico sino todo lo contrario, es decir, una mejora considerable en sus hábitos de estudio reflejada en las horas que invierten en ello, y por ende un progreso en sus notas, ya que esta sustancias llegan a estimular partes de la corteza cerebral encargadas de la memoria, manteniendo así un estado de vigilia, atención y retención de la información de manera extraordinaria pero sin dañar la calidad de sueño, la concentración y la salud del organismo por sus bajas dosis y moderada frecuencia.

En conclusión, se ha expuesto que existe una clara relación entre el consumo de psicoestimulantes y el rendimiento académico, explicada esa correspondencia en base a la frecuencia y a la cantidad de consumo de estas sustancias.

REFERENCIAS

- Anónimo (-). *Efectos de la cafeína sobre el rendimiento académico*. Recuperado el 29 de octubre de 2010 desde http://70.87.136.130/~cabeza/Docs/ef_cafe.pdf
- Ariza, U. (2005). *Psicoestimulantes del Sistema Nervioso Central*. Recuperado el 28 de Octubre de 2010 desde <http://www.suite101.net/content/los-psicoestimulantes-del-sistema-nervioso-central-a25600>
- Carballo, J.L. (2009). *La recuperación natural de la adicción al alcohol y otras drogas*. Universidad de Oviedo. Recuperado el 28 de Octubre de 2010 desde http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UOV/AVAILABLE/TDR-0413109-095147//UOV0056TJLCC.pdf
- Fernández (2006, 22, 05). Neurobiología a la adicción de psicoestimulantes. *Revista De Neurología*, 43, 147-154.
- Luna, A (s.f). Aproximación toxicológica a los psicoestimulantes utilizados con fines recreativos. *Revista de sociodrogralcohol*, 15 97-109
- Vélez, A. y Roa, C.N. (2005). *Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina*. Recuperado el 29 de Octubre de 2010 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v8n2/original1.pdf>
- Zafra, J. (2010). Los estudiantes también se dopan. Ayuntamiento de Córdoba. Recuperado el 29 de octubre de 2010 desde <http://www.lacalledecordoba.com/noticia.asp?id=16814>