

***REVISTA DE FUNDAMENTOS DE  
PSICOLOGÍA***

**Volumen 6, Número 1  
2014**



<b>Relación existente entre el tipo de turno laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de auxiliar de enfermería</b>	
<i>María Asunción Pérez Ferrández, Isabel Ros Pérez, José Antonio Sempere Orts y Desirée Zapata Fernández</i>	<b>5</b>
<b>Factores que aumentan la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador</b>	
<i>Helaina Louise Harvey, Sarai Guillén López, David Ivorra González e Ylenia Fernández Savall</i>	<b>13</b>
<b>Eficacia de la terapia con magos en niños hospitalizados de larga duración</b>	
<i>Bárbara Carretero Vera, Esther Martínez Navarro, Noelia Lucía Martínez Rives y Rosa Pellín Giner</i>	<b>21</b>
<b>Influencia del maltrato escolar entre iguales en el comportamiento escolar</b>	
<i>Laura Server Valera y Desirée Corral Serrano</i>	<b>31</b>
<b>¿Qué factores influyen sobre la violencia filio-parental?</b>	
<i>Carolina Llorca Grau y Patricia Anierte Santacruz</i>	<b>39</b>
<b>Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos</b>	
<i>Diana Diana Aracil, María Esperanza Esteso Signes, Manuel Girón Martínez y Miguel López Gualda</i>	<b>47</b>
<b>Relación de sufrir una experiencia traumática y padecer miedo a la oscuridad en niños</b>	
<i>M<sup>a</sup> Inmaculada García Sánchez, Carlos Manuel Rastoll Sánchez, Enrique García Pérez y Rocío García Ramírez</i>	<b>55</b>
<b>Relación entre haber sido maltratado en la infancia y maltratar a los hijos</b>	
<i>Virginia Alba Cabanes, Carolina Fayos Pérez, Saray Marcos De Lamo y María Teresa Molina Más</i>	<b>63</b>

**Estudio de la relación entre el TDAH y el tipo de apego**

*María Aparicio Ruiz y Verónica Carmona López*

**71**

**Influencia de los distintos patrones de apego en el rendimiento escolar y la autoestima de los niños**

*Miriam Serra Navarro, Pablo Serrano Serrano, Nerea Vieco Vergara y Marcial Villalobos Santos*

**77**

## **Relación existente entre el tipo de turno laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de auxiliar de enfermería**

---

**María Asunción Pérez Ferrández**

**Isabel Ros Pérez**

**José Antonio Sempere Orts**

**Desirée Zapata Fernández**

### **RESUMEN**

El presente estudio tiene como propósito determinar el modo en que está relacionado el tipo de turno del personal auxiliar de enfermería y el Síndrome de Burnout. Se selecciona una muestra no aleatoria de 120 sujetos de tres hospitales de Elche con edades comprendidas entre 21 y 50 años. Se evaluará el Síndrome de Burnout de la muestra mediante la realización del Maslach Burnout Inventory. La finalidad de este estudio es conocer qué tipo de turno sufre más el Síndrome de Burnout y así abrir nuevas vías de investigación para poder analizar las causas y de esta manera poder mejorar las condiciones de trabajo de los auxiliares de enfermería, así como la calidad de la atención recibida por los pacientes.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente es muy común el estrés en el ámbito laboral por eso ha aparecido el síndrome de burnout que es conocido por el síndrome del profesional quemado, que se da especialmente en personas que están en contacto interpersonal y que por unos factores o por otros su estado de ánimo se ve afectado.

Varios autores han definido este término. El primero en introducir este término en la literatura médica fue Freudengerg (1974) el cual trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, donde observó que la mayoría de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. A raíz de estos hallazgos explicó que el burnout, es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante.

Edelwich y Brodsky (1980), proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout: entusiasmo, estancamiento, frustración, apatía.

Más tarde, Maslach y Jackson (1986) definieron el Burnout como respuesta al estrés laboral crónico que afectaba a la vida del individuo ya que, se encuentra emocionalmente agotado, desarrolla actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y con los pacientes. Lo clasificaban como un síndrome tridimensional que abarcaba el agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal. El agotamiento emocional se refiere al sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes. La despersonalización supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios. La reducida realización personal conllevaría a la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas. Esta definición es la más aceptada hoy en día, -estos autores, además desarrollaron un instrumento para medir el síndrome de Burnout, el cuestionario de Maslach (1981), que desde su desarrollo es el instrumento más utilizado en todo el mundo.

Por otra parte, según el Modelo Procesual (Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986) el concepto de Burnout aparece como un proceso de desarrollo que surge como consecuencia de la existencia de estresores laborales. Esto inicia los sentimientos de agotamiento emocional. Dicho agotamiento da lugar a la despersonalización en el trabajo, es decir, a una falta de sensibilidad con el otro y, como consecuencia de ello, aparecen sentimientos de baja competencia personal.

Molina y Martínez (2007) definen el síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

En la literatura encontrada sobre el Síndrome de Burnout se podrá destacar los siguientes trabajos:

Ortega y López (2004) defienden que las variables más influyentes en el Síndrome de Burnout son las personales más que las organizacionales. Estas son el sexo, la edad, el estado civil, la antigüedad en el trabajo, las características de la personalidad y las psicopatologías, así como las estrategias de afrontamiento.

Por su parte, Amutio, Ayesteran y Smith (2008) relacionan el síndrome de burnout con variables como el número de pacientes en cupo y número de pacientes atendidos al día y las horas dedicadas a tareas burocráticas, las cuales están relacionadas con el nivel de sobrecarga y monotonía del personal médico. Por otro lado, bajos niveles de bienestar psicológico predicen altas puntuaciones en cansancio emocional y, en general, en Síndrome de Burnout.

Por otro lado, Pereda-Torales, Márquez, Hoyos y Yáñez (2009) infieren que entre los factores de riesgo para padecer Burnout en personal sanitario se pueden encontrar el estado civil, trabajar en turno vespertino y realizar consultas externas. Por otro lado, encontraron que los profesionales de mayor edad sufrían en mayor cantidad el Síndrome de Burnout.

Según el artículo 47 (LEMPESP 55/2003, de 16 de diciembre) del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud del Boletín Oficial del Estado se establece que la jornada ordinaria de trabajo en los centros sanitarios se determinará en las normas, pactos o acuerdos, según lo estipulado en cada centro sanitario. A través de la programación funcional del correspondiente centro se podrá establecer la distribución irregular de la jornada a lo largo del año.

Por esto, teniendo en cuenta las diferentes distribuciones de la jornada según sea un hospital público, hospital privado u hospital público de gestión privada agruparemos los turnos de la siguiente manera: turno fijo diurno, turno fijo nocturno y turno rotatorio.

Se realizará el siguiente estudio, ya que no existe ningún estudio reciente que relacione el Síndrome de Burnout con los tipos de turnos en el personal auxiliar de enfermería. Además, existen estudios que analizan el Burnout en profesionales sanitarios y se centran en personal médico y de enfermería, por eso este estudio toma como muestra de estudio personal auxiliar de enfermería, siendo esta la población sanitaria menos estudiada a este respecto.

## **OBJETIVOS**

### Pregunta problema

¿Qué relación existe entre el tipo de jornada laboral y el Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería?

### Objetivo general

-Analizar la relación que existe entre el tipo de jornada laboral y el Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería.

### Objetivos específicos

-Analizar la relación entre el turno fijo diurno y el Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería.

-Analizar la relación entre el turno rotatorio diurno y el Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería.

-Analizar la relación entre el turno fijo nocturno y el Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería.

-Analizar la relación entre el turno rotatorio nocturno y el Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería.

### Hipótesis

-Si el turno es fijo diurno, la probabilidad de que aparezca Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería será menor.

-Si el turno es rotatorio diurno, la probabilidad de que aparezca Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería será un poco más alta que la del personal del turno fijo diurno.



-Si el turno es fijo nocturno, la probabilidad de que aparezca Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería será mayor que la del personal del turno rotatorio diurno.

- Si el turno es rotatorio nocturno, la probabilidad de que aparezca Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería será la más alta.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra estará compuesta por 120 auxiliares de enfermería del Hospital General Universitario de Elche, Hospital del Vinalopó de Elche y Hospital IMED de Elche, escogida mediante un muestreo no aleatorio. De cada hospital seleccionaremos 10 auxiliares para cada tipo de turno. Los participantes serán de ambos sexos indistintamente, con edades comprendidas entre 21 y 50 años y con experiencia de más de tres años en un mismo puesto. No formarán parte de la muestra todas aquellas personas que trabajen en más de un hospital, presenten alguna patología diagnosticada de carácter psicológico y haber estado de excedencia en los tres últimos años.

### **Variables e Instrumentos**

-Turno fijo diurno: el personal realizará su jornada en horario de mañana y/o tarde de manera fija, el cual estará comprendido entre las cinco de la mañana hasta las doce de la noche.

-Turno fijo nocturno: tendrá una duración mínima de siete horas e incluirá necesariamente el período comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural. En ausencia de tal definición, se considerará período nocturno el comprendido entre las 23 horas y las seis horas del día siguiente.

-Turno rotatorio diurno: realizando un cómputo de las horas semanales trabajadas predominarán las del periodo diurno frente a las del nocturno.

-Turno rotatorio nocturno: realizando un cómputo de las horas semanales trabajadas predominarán las del periodo nocturno frente a las del diurno.

-Síndrome de Burnout: las personas que sufren este síndrome presentarán agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal en el ámbito de trabajo.

-Variables extrañas: son aquellos factores que no se podrán medir como son el sexo, la edad y los años trabajados como auxiliar de enfermería.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) consta de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Con respecto a las puntuaciones del MBI se considerarán bajos los resultados entre 1 y 33. Definirán el Síndrome puntuaciones altas en los dos primeros y bajas en el tercero.

Para la selección del personal auxiliar de enfermería, se utilizará un cuestionario con el cual se asegurará que los sujetos cumplan los criterios de inclusión y así podrán formar parte de la muestra (ver anexo 2).

### **Procedimiento**

Se visitarán los tres hospitales de donde esperamos obtener la muestra heterogénea mediante una selección no aleatoria, primero se pedirá permiso a los centros. Más tarde se buscarán voluntarios a los cuales se les entregará personalmente la hoja de consentimiento (Ver anexo 1) y los cuestionarios (de datos sociodemográficos y el MBI) en una sala del hospital donde se les informará de la protección de datos asegurándoles el anonimato, se les comunicará las fechas de las siguientes visitas y se les dejará el tiempo necesario para su realización.

Pasados 4 y 8 meses de la primera visita, se volverán a realizar los cuestionarios.

### **Tipo de diseño y estudio**

El tipo de estudio es descriptivo correlacional, ya que se pretenderá comparar las distintas variables con el síndrome de Burnout, por ello se determinará la influencia de estas variables y su fuerza y dirección. La dirección puede ser positiva, es decir, al aumentar una variable aumenta la otra o, por el otro lado, negativa si el aumento de una produce la disminución de la otra. Las hipótesis planteadas buscarán una correlación entre las variables y eso no implica causalidad, por eso, este estudio no es de tipo experimental.

En lo referente al lugar de la investigación es natural, ya que se realizará un estudio de campo en el que no se manipulará ninguna variable. Por último, se tomarán datos tres veces a lo largo de un año, de este modo se podrá clasificar este estudio como longitudinal.

### **Análisis de los datos**

Los datos recogidos, posteriormente se introducirán en el SPSS 20.0, que permite elaborar una base de datos y a partir del cual se realizará un análisis descriptivo de los datos, y a continuación se formarán comparaciones de medias en puntuación global de Burnout. Finalmente, se obtendrá un contraste de hipótesis utilizando el estadístico T-student y el coeficiente de correlación de Pearson con un nivel de confianza del 95%.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

En base a las hipótesis planteadas anteriormente, se podrá prever que la presencia del Síndrome de Burnout será diferente para cada tipo de turno.

Se esperará, que el personal de auxiliar de enfermería que trabaje turnos fijos nocturnos, presente puntuaciones mayores en Burnout que los que trabajan en el turno fijo y rotatorio diurno, ya que, trabajar por la noche puede causar modificaciones en su ciclo circadiano. Esto es debido a que tienen que acostumbrarse a un cambio en su ciclo del sueño, sus rutinas alimentarias y a sus relaciones sociales. Todo ello, causará una mayor irritabilidad en la persona, provocando un peor trato con sus pacientes y un desempeño de sus tareas más deficiente.

En relación a las puntuaciones de Burnout en el turno rotatorio nocturno se observará que serán las más elevadas con respecto al resto de turnos, ya que no se podrán tener unas rutinas establecidas.

En cuanto al turno fijo diurno, será más probable que las puntuaciones en Burnout de los sujetos sean menores con respecto a los trabajadores de los demás turnos. Se podrá clasificar como el ideal, ya que no presentará ningún cambio muy significativo en las rutinas cotidianas de los sujetos. También, aumentará la probabilidad de que las personas se encuentren con un mejor bienestar físico y psicológico y así, su trato con los pacientes será más agradable.

Los auxiliares de enfermería del turno rotatorio diurno mostrarán puntuaciones más altas de Burnout con respecto al turno fijo diurno y más bajas que los turnos nocturnos. Esto será debido a que al trabajar por el día se pueden seguir unas rutinas más estables aunque se podrá ocasionar un descontrol por no tener un horario fijo.

### **REFERENCIAS**

- Amutio, A., Ayesteran, S. y Smith, J. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24, 235-252.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). Burnout: stages of disillusionment in the helping profession. Nueva York: Human Sciences Press.
- España. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. *Boletín Oficial del Estado*, 17 de diciembre de 2003, núm. 301, pp 44742-44763.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *The Journal of Social Issues*, 30, 159-166.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Molina Linde, J. M. y Avalos Martínez, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*. Recuperado el 2 de enero de 2014, desde <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>
- Ortega, C. y López, F. (2004) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 137-160.
- Pereda-Torales, L., Márquez, F. G., Hoyos, M. T. y Yáñez, M. I. (2009). Síndrome del burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*, 32, 399-404.

## **Factores que aumentan la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador**

---

**Helaina Louise Harvey**

**Sarai Guillén López**

**David Ivorra González**

**Ylenia Fernández Savall**

### **RESUMEN**

En este estudio se analizó la influencia de factores que aumentarían la probabilidad de que una persona fuera un ciberacosador, concretamente la adicción a internet, el acoso escolar, el conocimiento informático, la cantidad de amigos virtuales y la conducta agresiva. Para ello, se utilizó una muestra homogénea de 300 sujetos de tres centros de enseñanza de la ciudad de Elche, con edades comprendidas entre 12-18 años. Los participantes fueron evaluados acerca de su implicación en las variables expuestas en una única sesión, utilizando una serie de cuestionarios. Los resultados mostraron que aquellas personas con una alta puntuación en el cuestionario de ser ciberacosador obtuvieron altas puntuaciones en todas las variables a excepción de la cantidad de amigos online. Como se ha mostrado en estudios previos, se encontró que las variables más significativas por su relación directa con el ciberacoso son el acoso escolar y la conducta agresiva.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, cada vez existe una mayor preocupación por el aumento de acoso escolar entre jóvenes y adolescentes, lo cual puede llegar a provocar graves trastornos o problemas en la vida del individuo. Sin embargo, en los últimos años, han crecido los casos de otro fenómeno de acoso, el acoso por tecnologías de la información y comunicación. Este tipo de acoso es cada vez más común en nuestra sociedad y puede tener unas consecuencias devastadoras en la vida de la víctima.

En este contexto, el ciberacoso, o cyberbullying en inglés, ha sido definido como una conducta violenta y agresiva que se repite durante un período de tiempo a través de medios de comunicación. Un ciberacosador es aquel individuo que inflige daño repetitivo y voluntario a través de ordenadores, teléfonos móviles u otros aparatos electrónicos hacia la víctima, quien no puede defenderse (Menesini et al; 2012; Smith et al; 2008). En la mayoría de los casos, el ciberacoso es llevado a cabo a través de un ordenador o teléfono móvil personal, expresando sentimientos maliciosos hacia otro individuo. También puede incluir la humillación mediante fórums o chats utilizando información personal de la víctima. No obstante, a pesar de que el ciberacoso no incluye contacto personal entre el acosador y el acosado, conlleva unos daños tanto psicológicos como emocionales.

En unos estudios recientes (Kraft y Wang, 2009; Smith, 2006), se ha observado que alrededor de una tercera parte de los casos registrados de víctimas de acoso cibernético, también han sufrido casos de acoso escolar anteriormente. Sin embargo, no siempre se cumple esta condición, ya que entre el ciberacoso y el acoso escolar no hay una relación directa, es decir, el ciberacoso se puede producir de manera independiente al acoso tradicional, aunque quizás aumente su probabilidad (Ybarra, Diener-Wext y Leaf, 2007).

Por otra parte, se han observado casos en determinados instantes únicamente en un 25% del alumnado, sin embargo, el ciberacoso continuado y prolongado oscila entre 4 y 6%. A esto se le añade que, en mayor medida, son las chicas quienes se encuentran siendo víctimas del ciberacoso, mientras que los chicos adoptan el papel del ciberacosador (Avilés, 2009; Ortega, Calmaestra y Mora Merchán, 2008).

En otro estudio importante acerca del ciberacoso (Raskauskas y Stoltz, 2007) se escogió a una muestra de 84 estudiantes de Estados Unidos, cuyas edades eran comprendidas entre los 13 y 18 años. Teniendo en cuenta que el cuestionario hacía

referencia a la ocurrencia de casos durante el curso académico, se observó que un 49% de los estudiantes habían sido víctimas de acoso cibernético al menos una o dos veces a lo largo de este período de tiempo. Además, una gran parte de aquellas víctimas de ciberacoso también eran víctimas de acoso escolar tradicional, y lo mismo ocurría con el ciberacosador, donde un 21,4% reconocieron haberlo sido. Este ciberacoso había sido llevado a cabo en mayor parte a través de programas de mensajería instantánea (32%), seguido por páginas web (15.5%) y, por último, por fotografías (9.5%). Finalmente, en otro estudio se intentó mostrar una relación entre aquellas víctimas de acoso tradicional y su desarrollo a ser ciberacosador, pero las conclusiones no fueron ratificadas (Ybarra y Mitchell, 2004).

A la vista de estos datos y considerando la importancia creciente que está adquiriendo en la sociedad de hoy en día el fenómeno del ciberacoso, resulta difícil de creer que apenas se hayan realizado estudios acerca del perfil del ciberacosador. Todavía son escasos los estudios llevados a cabo para intentar determinar el porqué una persona comienza a realizar ciberacoso. Por ello, es necesario llevar a cabo más estudios en relación con aquellos factores que puedan aumentar la probabilidad de que un individuo llegue a ser acosador cibernético.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Qué factores aumentan la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador?

### *Objetivo general*

Analizar los factores de riesgo de que una persona sea un ciberacosador.

### *Objetivos específicos*

- Analizar si la adicción a Internet es un factor de riesgo para que una persona sea un ciberacosador.

- Analizar si los conocimientos informáticos son un factor de riesgo para que una persona sea un ciberacosador.

- Analizar si el recibir acoso escolar en la actualidad es un factor de riesgo para que una persona sea un ciberacosador.

- Analizar si tener una mayor cantidad de amigos virtuales es un factor de riesgo para que una persona sea un ciberacosador.

- Analizar si tener una conducta agresiva en el hogar es un factor de riesgo para que una persona sea un ciberacosador.

#### *Hipótesis*

- La adicción a Internet aumentará la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador.

- Tener un alto conocimiento informático aumentará la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador.

- Recibir acoso escolar en la actualidad aumentará la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador.

- Tener una mayor cantidad de amigos virtuales no influirá en la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador.

- Tener una conducta agresiva aumentará la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra que se utilizará para la investigación estará compuesta de un total de 300 sujetos de centros de enseñanza secundaria pública de Elche. Dicha muestra contará tanto con hombres como mujeres, cuyas edades oscilarán entre los 12 y 18 años. Deberán cumplir el requisito de disponer de un ordenador personal con acceso a Internet y de utilizarlo.

### **Variables e instrumentos**

-Ciberacosador: persona que humilla, insulta y amenaza a través de chats, fórums, teléfono móvil y redes sociales. Se medirá esta variable con la CBQ, Cyberbullying Questionnaire (Esther Calvete, Izaskun Orue, Ana Estévez, Lourdes Villardón y Patricia Padilla, 2010). Consta de 16 ítems, los cuales expresan las distintas formas de ciberacoso donde el individuo ha de puntuar en una escala de 0 a 2, 0 siendo nunca, 1 algunas veces y 2 a menudo.

-Adicción a Internet: Obtención de entre 80 y 100 puntos en el IAT, debido a la necesidad de estar conectado a Internet para obtener satisfacción y realizar actividades como chatear o publicar fotos. Para medir la adicción a Internet se utilizará IAT (Kimberly Young, 2004) que consta de 20 ítems, con seis opciones de respuestas donde 0 significa no aplicable y 5 en casos de siempre. Realizando la suma de las respuestas



de los ítems, si se consigue una puntuación que oscila entre 0-30 el nivel será normal, 31-49 medio, 50-79 alto, y 80-100 se considerará un caso de adicción severa.

-Conocimiento informático: saber hackear, crear perfiles falsos y manipular redes sociales. Se presentará un cuestionario de 15 ítems de carácter dicotómico, es decir, de respuesta SI o NO. Se considerará un alto conocimiento informático si la suma de los SI oscila entre 12 y 15 (Ver anexo 1).

-Acoso escolar: humillación, agresión e insultos recibidos por un compañero en la escuela. Para medir el acoso escolar se utilizará un cuestionario de 30 ítems, con 4 opciones de respuesta, siendo 1 nunca, 2 algunas veces, 3 a menudo y 4 siempre (Ver anexo 2). Sumando los ítems se considera que el individuo con una puntuación superior a 80 recibe acoso escolar

-Amigos online: cantidad de amistades establecidos en chats, fórums, móvil y redes sociales. La medición de esta variable se realizará con un cuestionario de 10 ítems, de carácter dicotómico donde las respuestas son SI o NO. Contestar en más de 7 ítems con un sí supondría tener una gran cantidad de amigos online (Ver anexo 3).

-Conducta agresiva: chillar, golpear, insultar o agredir ante situaciones que le provocan disgusto en el hogar, cuando la persona no consigue aquello que quiere. Para medir esta variable se utilizará un cuestionario de 40 ítems, con una escala de respuestas entre 1-5, donde 1 es poco característico en la personalidad y 5 muy similar al mismo. Se medirá este variable utilizando el cuestionario de AFV (Caprara y Pastorelli, 1993) que consta de 20 ítems que evalúan la conducta agresiva verbal y física. Las respuestas consisten en 3 respuestas: nunca, algunas veces y a menudo, según las veces realizadas las conductas. Los análisis de fiabilidad muestran un alpha de Cronbach de 0.80.

-Para evitar el efecto de las variables extrañas de edad y sexo se utilizará una muestra lo más homogénea posible, recogida de manera aleatoria.

### **Procedimiento**

Con el objetivo de tomar una muestra representativa se acudirá a distintos institutos de Elche. Concretamente, se acudirá a los centros de enseñanza secundaria I.E.S. Nit de L'Alba, La Torreta y Victoria Kent.

En primer lugar, se pedirá permiso y autorización a los profesores de los distintos centros de enseñanza. Una vez obtenido el consentimiento, se informará a los estudiantes sobre el objetivo del estudio, el proceso y forma de realización, exponiendo la gran contribución que tendría dicha investigación en la sociedad para así atraer a una

gran cantidad de voluntarios. También habrá que informar a los interesados de que su participación será de forma anónima y se les hará firmar un consentimiento tanto a ellos como a los padres de los menores de edad para poder utilizar los datos que hayan aportado. Los adolescentes completarán los cuestionarios en sus aulas, con una duración de 40 minutos, informándoles con anterioridad de que todas sus respuestas serán utilizadas de manera confidencial. Los investigadores estarán presentes en todo momento para resolver cualquier duda que pueda surgir acerca de las preguntas de los cuestionarios.

### **Tipo de diseño y estudio**

Respecto al diseño de la investigación se trata de un método correlacional, puesto que el objetivo principal es la comparación, el estudio y la relación entre las variables definidas. No se mostrarán, por tanto, relaciones causa-efecto, sino las tendencias de las correlaciones entre las variables, tanto negativas como positivas.

Consiste en un estudio de campo, investigado en un ambiente natural, no artificial, en el cual no se modificarán las variables estudiadas. Además, se trata de un estudio transversal, debido a que se medirán una serie de variables en un momento concreto, es decir, sólo se medirán una única vez y no a lo largo de un período de tiempo.

### **Análisis de los datos**

Una vez terminados y recogidos todos los cuestionarios que se hayan repartido a los participantes de la muestra, se pasará a la introducción de los datos en el programa SPSS, el cual, se utilizará para la investigación. Tras esto, se llevará a cabo un análisis de los datos, obteniendo así los estadísticos descriptivos necesarios, como la media, la moda, la varianza, etc. Éstos se recogerán en las tablas de frecuencia correspondientes para facilitar la interpretación de los resultados, centrándose en la correlación de Pearson entre las distintas variables. Utilizando la T de Student se analizarán las diferencias entre ser un ciberacosador y no serlo, utilizando con ello un nivel de confianza de 95%.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Todas las variables influirán en la probabilidad de ser ciberacosador, excepto la variable de tener amigos virtuales. Esto es debido a que no existe una relación directa entre llevar a cabo ciberacoso y tener amigos virtuales. Se ha observado que en muchos casos se mantienen relaciones cibernéticas sólo por tener gustos similares y aficiones

comunes. Por lo tanto, con esto se confirma que tener gran cantidad de amigos online no influye directamente en el factor de ser un ciberacosador.

Por otra parte, la adicción a Internet aumentará la probabilidad de que una persona sea ciberacosador. Esto es debido a que el alcance de Internet hace que las agresiones se realicen de forma sencilla, apoyándose en el anonimato y la falta de percepción del daño causado a la víctima. Además, también el tener un alto conocimiento informático aumentará la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador, debido a que con ello la persona conoce un mayor número de técnicas a utilizar en las agresiones realizadas de forma cibernética.

De todas las variables, adquieren un mayor peso significativo el haber recibido anteriormente acoso escolar y tener una predisposición de una conducta agresiva ante determinadas situaciones en el hogar. Haber recibido acoso escolar en la actualidad aumentará la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador. Esto se debe a que éste utilizará el ciberacoso como medio de venganza, para sentirse superior y amenizar su sentimiento de inferioridad a través de vías de accesibilidad más fácil. Asimismo, tener una conducta agresiva aumentará la probabilidad de que una persona sea un ciberacosador, debido a que el ciberacoso permite a la persona agresiva realizar su agresión por un medio más fácil, rápido y sin tener que perjudicarse por prejuicios sociales siendo las consecuencias directas de carácter no observable.

Con los resultados de este estudio se espera poder obtener información acerca del perfil del ciberacosador y determinar aquellas variables que pueden influir en que una persona sea ciberacosador. No obstante, se debe recalcar que la muestra del estudio se ha reducido a un rango de edad y localidad específica, por lo que, no se puede realizar una generalización global sobre el perfil actual del ciberacosador. Para confirmar con mayor certeza los resultados obtenidos de este estudio, sería necesario en un futuro llevar a cabo más investigaciones en mayores magnitudes, tanto a nivel poblacional como geográfico, para poder establecer un perfil concreto y representativo. Además, de esta manera, se obtendría más información y datos sobre este fenómeno creciente en la sociedad actual.

## REFERENCIAS

Avilés, J.M. (2009). Cyberbullying. Diferencias entre el alumnado de secundaria.

*Boletín de Psicología*, 96, 79-96.

- Calvete, E., Orue, I., Estévez, A., Villardón, L. y Pardilla, P. (2010). Cyberbullying in adolescents: Modalities and aggressor's profile. *Science Direct*, 26, 1128-1135.
- Caprara, G.V y Pastorelli, C. (1993). Early emotional instability, prosocial behaviour and aggression: some methodological aspects. *European Journal of Personality*, 7, 19-36.
- Kraft y Wang (2009). Effectiveness of cyber bullying prevention strategies: A study on students' perspectives. *International Journal of Cyber Criminology*, Vol 3 (2): 513-535.
- Menesini, E., Nocentini, A., Palladino, B., Frisé, A., Berne, S., Ortega, R., Calmaestra, J., Scheithauer, H., Schultze-Krumbholz, A., Luik, P., Naruskov, K., Blaya, C., Berthaud, J., Smith, P. K. (2012). Cyberbullying definition among adolescents: A comparison across six European countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*.
- Ortega, R., Calmaestra, J. and Mora-Merchán, J.A. (2008) Cyberbullying: un estudio exploratorio en educación secundaria. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (2), 183-192.
- Raskauskas J y Stoltz AD (2007). Involvement in Traditional and Electronic Bullying among Adolescents. *Developmental Psychology*, 43, 564-575
- Smith PK (2006). Ciberacoso: naturaleza y extensión de un nuevo tipo de acoso dentro y fuera de la escuela. *Congreso Educación Palma de Mallorca*.
- Smith, P.K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 376-385.
- Ybarra, M. L., & Mitchell, K. J. (2004). Youth engaging in online harassment: associations with caregiver-child relationships, Internet use, and personal characteristics. *Journal of Adolescence* 27:319-336. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.03.007
- Ybarra, M., Diener-West, M., & Leaf, P. (2007). Examining the overlap in Internet harassment and school bullying: Implications for school intervention. *Journal of Adolescent Health*, 41, 42-50
- Young, K. S. (2004) Internet Addiction: The consequences of a new clinical phenomena. In: *Psychology and the New Media*. K. Doyle (Ed). pp. Thousand Oaks, CA: Am. Behavioral Scientist, pp. 1-14.

## **Eficacia de la terapia con magos en niños hospitalizados de larga duración**

---

**Bárbara Carretero Vera**  
**Esther Martínez Navarro**  
**Noelia Lucía Martínez Rives**  
**Rosa Pellín Giner**

### **RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo analizar la efectividad de una terapia con magos sobre el estado de ánimo, la ansiedad y el afrontamiento del dolor, en niños hospitalizados de larga duración. Para ello, se aplicarán diversos cuestionarios a dos grupos de niños: uno que recibirá terapia y otro sin ningún tratamiento psicológico. Para llevar a cabo el estudio se dispondrá de una muestra de 150 niños con edades comprendidas entre 5 y 11 años hospitalizados en la provincia de Alicante. A partir de lo observado en estudios anglosajones similares, se espera la mejoría de las tres variables mencionadas en los niños pertenecientes al grupo experimental. De confirmarse dichos resultados, la implantación de este programa en más hospitales tendría un efecto positivo en la recuperación de los niños y haría que su estancia en los hospitales fuera más amena.

## INTRODUCCIÓN

Cientos de niños y niñas ingresan anualmente en los hospitales permaneciendo ingresados en algunas ocasiones durante largos períodos de tiempo. Habitualmente son niños y niñas con enfermedades graves y de gran impacto emocional, siendo frecuentes las situaciones de miedo, ansiedad y angustia. Además, es usual la falta de colaboración por parte de los niños ante la medicación, tratos médicos e intervenciones quirúrgicas (Thayer, 1996).

Dependiendo de factores tales como los patrones de crianza, la edad o las condiciones socioculturales, los niños/as asimilarán mejor la enfermedad y su hospitalización (Serradas, Ortiz y Manueles, 2009), mostrando menores niveles de ansiedad y un mejor estado de ánimo. La ansiedad es la respuesta del individuo ante determinadas situaciones y circunstancias dentro de una amplia variedad de trastornos psico-fisiológicos (Fernández, 1995). El estado de ánimo es el aspecto experiencial de la emoción, alegría-tristeza, depresión-exaltación (Fernández, 1995). Por último, el afrontamiento al dolor es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados por el individuo para superar los problemas y aliviar los síntomas asociados a la enfermedad y evitar las consecuencias perjudiciales de ésta, tanto a corto como a largo plazo (Gallar, 2001).

Una intervención psicológica adecuada con niños y niñas hospitalizados incluye programas que disminuyan el malestar que conlleva la hospitalización infantil. Por todo esto, se han desarrollado programas de payasos en el ámbito hospitalario que desde hace unos años están empezando a instaurarse en España. Sin embargo, aún son muy escasos los estudios que se han dedicado a comprobar la eficacia de estos tratamientos. Existen diversos estudios que demuestran el malestar y la experiencia negativa de la hospitalización de pacientes pediátricos, así como la falta de desarrollar programas alternativos que sean eficaces para que este malestar disminuya (Meisel *et al.*, 2009). A su vez, existen estudios que muestran que la risa y la alegría presentan gran cantidad de efectos beneficiosos para la salud (Jaimes, Claro, Perea y Jaimes, 2010). Con estas intervenciones se pretende potenciar los aspectos sanos conservados por el paciente que según su cuadro clínico, podrá involucrarse en mayor o menor medida en estos programas de intervención (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

En España, la fundación Abracadabra (organización de acción social sin ánimo de lucro que trabaja en todo el territorio) lleva desde hace años aportando ilusión y asombrando a los niños y niñas hospitalizados logrando lo imposible al desarrollar

programas de intervención con magos profesionales, mejorando el estado anímico de los niños y niñas enfermos a quienes la hospitalización y sus dolencias dificultan la aceptación de las terapias y la mejora de su salud.

Por otro lado, un artículo en la revista estadounidense *Pediatric Nursing*, nos habla de unas innovadoras intervenciones terapéuticas con programas de magos realizadas en cinco hospitales del área metropolitana de Chicago en niños y adolescentes, las cuales dieron unas respuestas positivas tanto en pacientes como en sus familiares (Hart y Walton, 2010).

Los objetivos de nuestro estudio son evaluar el efecto de la intervención de programas con magos de hospital sobre el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de los niños y niñas que están ingresados, con el propósito de preparar al niño para minimizar los efectos negativos de la hospitalización. A su vez, comprobar su eficacia y evaluar el efecto de esta intervención con magos sobre la ansiedad, el estado de ánimo y el afrontamiento del dolor en niños/as ingresados de larga duración. Creemos que las variables estado de ánimo y afrontamiento del dolor aumentarán positivamente y la variable ansiedad disminuirá en comparación al grupo control. A consecuencia de todo esto, pensamos que los niños y niñas soportarán mejor la estancia hospitalaria al ofrecer momentos de distracción.

## **OBJETIVOS**

Pregunta problema:

¿La Terapia con magos es eficaz sobre variables psicológicas en niños hospitalizados de larga duración?

Objetivo general:

Evaluar si la terapia con magos es eficaz sobre variables psicológicas en niños hospitalizados de larga duración

Objetivos específicos:

-Analizar si existe influencia de la terapia con magos en el estado de ánimo de niños hospitalizados de larga duración.

-Analizar si existe influencia de la terapia con magos en la ansiedad de niños hospitalizados de larga duración.

-Analizar si existe influencia de la terapia con magos en el afrontamiento del dolor en niños hospitalizados de larga duración.

Hipótesis:

-El estado de ánimo de niños hospitalizados de larga duración mejorará si reciben terapia con magos.

-La ansiedad en niños hospitalizados de larga duración disminuirá si reciben terapia con magos.

-El afrontamiento del dolor en niños hospitalizados de larga duración mejorará si reciben terapia con magos.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Para este estudio se recogerá una muestra representativa de 150 niños/as con edades comprendidas entre 5-11 años que se encuentren hospitalizados como mínimo un mes en hospitales públicos de la provincia de Alicante.

Por un lado en el Hospital General Universitario de Alicante, el Hospital de Elche y el Hospital de Elda los niños recibirán terapia con magos, y por otro, en el Hospital de San Juan, el Hospital Vega Baja y el Hospital Villajoyosa no recibirán terapia con magos. Una vez recogida la muestra sabremos si el estudio de la terapia con magos es eficaz sobre las variables psicológicas que pretendemos medir.

Se excluirán de la muestra los niños/as con trastorno de atención o memoria, defectos visuales agudos, que estén en estado vegetativo o coma, así como los hospitalizados menos de un mes. Además, también se excluirán del estudio los niños/as que no estén ingresados en los hospitales anteriormente nombrados.

### **VARIABLES e INSTRUMENTOS**

La *variable independiente* en este estudio será la terapia con magos que se realizará en los tres hospitales seleccionados. Esta variable se utilizará con los valores presencia o ausencia de tratamiento. A su vez, las *variables dependientes* serán: estado de ánimo, ansiedad y afrontamiento del dolor.

Por *estado de ánimo* se entiende la frecuencia con la que el niño experimenta un determinado número de emociones positivas y negativas en los momentos cercanos a la evaluación. Para medir el *estado de ánimo* se aplicará el cuestionario PANASSN, que mide afectos positivos y negativos en el niño. Este cuestionario está indicado para niños entre 7 y 17 años, por lo que a los niños de 5 y 6 años de la muestra se les administrará con ayuda de los padres para garantizar la comprensión del mismo. El PANASSN es un cuestionario de autoinforme que consta de 20 elementos, en los que diez ítems evalúan afecto positivo y los otros diez afecto negativo (Sandín, 2003).



Por otro lado, se entenderá la *ansiedad* como dos constructos independientes: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Se entiende por ansiedad estado el grado en que el niño tiene sentimientos de ansiedad en un momento determinado. A su vez, se entiende ansiedad rasgo como el nivel de ansiedad que tiene el niño en general (Castrillón y Borrero, 2005). Para medir la *ansiedad* emplearemos el cuestionario STAI-C, *cuestionario de ansiedad estado/rasgo para niños* (Castrillón y Borrero, 2005; Spielberger y Edwards, 1990; Seisdedos, 1990). Este cuestionario está indicado para niños entre 6 y 12 años y consta de dos escalas de autoevaluación: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Tanto la escala de *ansiedad-estado* como la escala de *ansiedad-rasgo* constan de 20 ítems cuyas puntuaciones oscilan entre 20 y 60 en ambas escalas, correspondiendo a mayores puntuaciones un mayor nivel de ansiedad (Orgilés, Espada y Méndez, 2008; Spielberger y Edwards, 1990).

Para terminar, se entenderá el *afrontamiento del dolor* como ocho constructos independientes: *búsqueda de información, solución de problemas, búsqueda de apoyo social, auto-instrucciones, distracción comportamental, distracción cognitiva, externalización e internalización del dolor* (Quiles, Van-der Hofstadt y Quiles, 2004, p. 365). Para medir esta variable se utilizará el cuestionario de *afrontamiento al dolor para niños y adolescentes* que evalúa los constructos ya nombrados. Este cuestionario puede ser aplicado desde los seis años hasta la adolescencia. Estas ocho escalas nombradas anteriormente se agrupan a su vez en tres factores: *acercamiento, evitación focalizada en el problema y evitación centrada en la emoción*, en todas ellas una mayor puntuación se corresponde con un mayor nivel de los tres factores (Quiles *et al.*, 2004).

### **Procedimiento**

En primer lugar, se seleccionarán al azar seis hospitales de la provincia de Alicante, siempre que éstos cuenten con un ala de pediatría y no cuenten con espectáculos de magos de forma regular anteriormente a la aplicación del programa. Tras la selección, se contactará con la dirección de cada uno de los seis hospitales seleccionados. En este primer contacto se informará de la realización de un estudio de investigación sobre la influencia de la terapia con magos en niños hospitalizados. Una vez aceptado el estudio, también se informará del mismo a los padres de los niños/as que vayan a participar y a los cuales se les va a aplicar la terapia; así como a los médicos o pediatras, a los cuales se les pedirá la colaboración para la realización de éste. Paralelamente, se garantizará a los padres la confidencialidad tanto de los niños

como de ellos mismos y se les asegurará la posibilidad de la exclusión de su hijo/a de la terapia con magos si en algún momento lo consideran oportuno. A los padres de los niños/as del grupo control, se les ofrecerá un espectáculo de magia para sus hijos al final del estudio como compensación por su participación en el mismo.

Para la realización del estudio tendremos una muestra total de 150 niños, lo que equivale a 25 niños por hospital. Además, tanto el grupo control como el grupo experimental lo formarán niños que lleven ingresados en el hospital un mes como mínimo y tengan pronóstico de estar ingresados al menos tres meses. El establecimiento de cuáles van a ser los hospitales en los que se aplique el tratamiento y cuáles no, se realizará mediante un procedimiento aleatorio. Así, habrá tres hospitales en los que se aplique el programa y tres en los que no, ejerciendo estos últimos la función de grupo control.

Para el contacto con los magos que van a realizar la terapia, se contactará con dos ONGs de magia (*Llevamos magia* y *Fundación Abracadabra*). En la ONG de magos solidarios *Llevamos magia*, contactaríamos con los magos que están ahora mismo operativos en la provincia de Alicante para proponerles la cooperación con el estudio. Esta tarea no tiene que ser complicada ya que los magos de esta organización ya realizan visitas a niños que están ingresados en hospitales para hacerles más placentera su estancia en los mismos. Por otra parte, se contactará con la *Fundación Abracadabra*, la cual ya ha realizado magia para niños en hospitales españoles, y se les pediría su colaboración en el estudio. Por último, se escribirá un e-mail a la *Sociedad Española de Ilusionismo* pidiendo la difusión y colaboración entre los socios. Éste es el organismo regulador del ilusionismo en este país; también implicado en diversas actividades no lucrativas y de bienestar social.

A los magos que colaboren, como contrapartida al trabajo realizado, se les dará la posibilidad de que sus nombres salgan en el estudio como colaboradores del mismo, a fin de darles publicidad y también la posibilidad de participar en otros posibles estudios parecidos.

Tras lograr la colaboración de los magos en el estudio, se hará una reunión con los mismos para determinar los juegos de magia que se van a realizar para promover que sean los mismos en todos los centros en los que se va a aplicar la terapia. Se organizará un cronograma de los juegos a realizar y se les pedirá que realicen la terapia con magia en los tres hospitales donde estará el grupo experimental durante tres sesiones de una

hora a la semana, un mes completo. Por lo tanto, serán un total de 12 horas (sin contar el tiempo de evaluación).

Para la determinación de los juegos que se van a realizar, trabajaremos con los magos de forma conjunta para que dichos juegos promuevan la participación de los niños. Se seleccionarán principalmente trucos que estimulen áreas de la psicología como puede ser el afrontamiento a los problemas, así como trucos que promuevan la alegría de los niños y la adaptación al hospital. También se establecerán juegos en los que los niños aprendan a hacer magia. Por último, se determinará el vestuario, accesorios y aspectos de presentación que permitan unificar el máximo el número de elementos de las actuaciones. En las sesiones con los magos se les dará un pequeño curso sobre autoestima, emociones y comunicación a fin de que el trato con los niños sea lo más beneficioso para ellos. De la misma forma, se les explicará cómo aplicar los diferentes cuestionarios para que se familiaricen con ellos y puedan aplicarlos a los niños.

La terapia se aplicará en los 3 hospitales en los que estará el grupo experimental, donde cada mago hará los trucos pactados a los niños de forma individual. Así, cada mago pasará por las habitaciones de los niños haciendo el espectáculo niño por niño.

Una vez realizada la terapia, los mismos magos que la han realizado aplicarán los cuestionarios a los niños del grupo experimental con la ayuda de los padres en aquellos casos que sea necesario, especialmente en aquellos niños con menor edad que la especificada en los instrumentos empleados. A su vez, en el grupo control, quien se encargará de pasar dichos cuestionarios serán los responsables del estudio.

### **Tipo de diseño y estudio**

Se trata de un tipo de diseño experimental, ya que únicamente determinará el efecto de una variable sobre otras al contrastar hipótesis con experimento.

A su vez, es un estudio transversal, puesto que será realizado a corto plazo y no precisa de un seguimiento de los niños/as en el tiempo.

Finalmente dicho estudio se realizará en un contexto natural, siendo un experimento de campo ya que serán modificadas las variables.

### **Análisis de los datos**

Para el análisis de los datos utilizaremos como referencia el trabajo de Botella y Ximénez (2012). Por lo tanto, una vez que ya se hayan realizado los cuestionarios a los niños seleccionados para este estudio, se procederá a codificar y analizar los datos con el programa SPSS.

En primer lugar, se codificarán los datos, que en este caso son las respuestas de los cuestionarios. En segundo lugar, se realizarán análisis descriptivos utilizando medias, varianzas y desviaciones típicas, tomando en cuenta los factores psicológicos que influyen en el estado de ánimo, la ansiedad y el afrontamiento del dolor en los niños. Se podrá además fraccionar los datos para representarlos de manera percentil.

A continuación, se efectuarán comparaciones entre los dos grupos: entre el grupo control (los niños que no han recibido terapia con magos) y el grupo experimental (los que sí han recibido terapia con magos). Para esto se utilizará la distribución *t de Student* con un intervalo de confianza del 95%.

Para evaluar la eficacia de la terapia con magos en niños hospitalizados de larga duración, se calculará la media de niños en las variables que se han seleccionado para el estudio.

Por último, para una representación de los resultados más completa se utilizarán gráficas y tablas de frecuencias. Con ellas se podrá observar mejor si existe relación entre recibir terapia con magos y la mejora a nivel de estado de ánimo, ansiedad y afrontamiento del dolor en los niños.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

En base a lo planteado anteriormente, los resultados esperados son los siguientes:

Puesto que los niños hospitalizados seleccionados para recibir la terapia con magos se encuentran dentro de un rango de edad en el que el apoyo y el optimismo son fundamentales para su correcto desarrollo (Papalia y Feldman, 2012), es de gran importancia destacar la relación entre éstos, la familia y el personal sanitario, ya que éstos influirán de manera indirecta en las decisiones que el niño tome para eliminar dichos síntomas.

Con los resultados obtenidos en este estudio se espera la mejora del estado de ánimo en los niños hospitalizados de larga duración y, a su vez, de esta manera provocar que el nivel de ansiedad por la situación en la que se encuentran disminuya. También se espera que aquellos niños que hayan recibido terapia con magos sean capaces de afrontar de manera más optimista el dolor causado por los síntomas de la enfermedad.

Dado que lo esperable es encontrar, en general, una mejoría más rápida en niños que reciban terapia con magos que en niños que carezcan de ésta, se probaría que dicha terapia funciona por lo que sería interesante para los centros sanitarios implementar este

tipo de terapias ya que permitirían reducir los costes por la recuperación más temprana de los niños.

Para finalizar, en el caso en que se realicen estudios futuros sobre temas similares a este, sería de gran utilidad ampliar las variables ya expuestas o incluir otros factores que guarden relación con la ansiedad que siente el niño, el estado de ánimo de éste y su manera de afrontar el dolor. Estos factores podrían ser las normas sociales establecidas por la cultura a la que pertenezca el niño, su clase social, su situación tanto económica como educativa, si ha sufrido enfermedades similares previamente, etc.

### REFERENCIAS

- Botella, J., Suero M. y Ximénez, C. (2012). *Análisis de datos en Psicología I*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Castrillón, D. y Borrero, P. (2005). Valoración del inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de Psicología*, 13, 79-90.
- Fernández, E. G. (1995). *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Gallar, M. (2001). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Hart, R. y Walton, M. (2010). Magic as a Therapeutic Intervention To Promote Coping in Hospitalized Pediatric Patients. *Pediatric Nursing*, 36, 11-16.
- Jaimés, J., Claro, A., Perea, S. y Jaimés, E. (2010). La risa, un complemento esencial en la recuperación del paciente. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 24, 95-100.
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. y García-Banda, G. (2009). El efecto de los payasos de hospital en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema*, 21, 604-609.
- Orgilés, M., Espada, J. P. y Méndez, X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20, 383-388.
- Papalia, D. y Feldman, R. (2012). *Desarrollo humano*. Interamericana de México: Mc Graw Hill.

- Quiles, M. J., Van-der Hofstadt, C. J. y Quiles, Y. (2004). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión. (2ª parte). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 360-369.
- Remor, E., Arranz P. y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sandín, B. (2003). Escalas Panas de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASSN). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8, 173-182.
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Spielberger, C. D. y Edwards, C. D. (1990). *STAIC: cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños: manual*. Madrid: Tea Ediciones S. A.
- Serradas, M., Ortiz, M. C. y Manueles, J. (2009). *Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Thayer, R. E. (1996). *The origin of everyday moods: Managing energy, tension and stress*. NY: Oxford University Press. Recuperado el 11 de Diciembre de 2013 desde <http://www.Mentesabiertas.Org>. Trastornos del estado de ánimo.

## **Influencia del maltrato escolar entre iguales en el comportamiento escolar**

---

**Laura Server Valera**  
**Desirée Corral Serrano**

### **RESUMEN**

La siguiente investigación tiene como objetivo general el efecto del maltrato escolar entre iguales en el comportamiento escolar. Para ello hemos seleccionado a niños en edades comprendidas entre 12 y 16 años de institutos situados en Elche y Alicante. Durante esta investigación se medirá la motivación, la autoeficacia, el tipo de actividad que se realiza y el comportamiento escolar. Finalmente acompañaremos estas mediciones con cuestionarios que reafirmen nuestros resultados esperables

## INTRODUCCIÓN

*“El maltrato entre iguales es una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el estudiante contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes”* (Olweus, 1983, p.23).

Otros autores como Rigby (1996) han diferenciado entre maltrato maligno, el cual busca hacer daño; y maltrato no deliberado, que puede darse con fines pedagógicos, aunque la víctima se siente igualmente sometida.

Algunas teorías contextuales afirman que el abuso de poder entre iguales es el resultado de la interacción compleja entre estos y otros factores que surgen de los distintos contextos en el que el individuo vive.

Sin embargo, el concepto de maltrato o abusos entre iguales tiene distintos significados según el país referente. Así, en el norte de Europa se comenzó llamando “mobbing” (“acosar”). Después se pasó al término anglosajón “bully”, y finalmente “bullying” (“intimidación”). Lo que en español, se refiere al “maltrato” o “abuso”. Durante 1997 y 1998 se realizó el Proyecto Andalucía Anti-Violencia Escolar (ANDAVE), donde se examinaron estudiantes de entre 12 y 16 años mediante el Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales, diseñado por Ortega, Mora y Mora-Merchán (1995). En dicho cuestionario aparecían preguntas sobre la autopercepción de la convivencia escolar, donde sólo entre el 1-5% se sentían insatisfechos con respecto a la convivencia del centro y donde se comprobó que la autopercepción de aislamiento decrecía según se iba aumentando la edad; sobre la autopercepción como víctima de otros, donde el 20% afirmaba haber sido alguna vez víctima y que entre un 14-21% no lo había contado a nadie; sobre la autopercepción del abuso hacia compañeros, donde alrededor del 25% afirmaba haber intimidado a algún compañero. Los motivos que daban eran que se sentían provocados, tenían la necesidad de gastar bromas o molestar a otros, y los percibían distintos a sí mismos. También se preguntó sobre el tipo de abusos, ocupando el primer lugar el maltrato psicológico, los lugares en que se producen, siendo más habitual la calle y el aula; y características de abusadores y de las víctimas, los cuales solían ser varones.

Según la Enquesta Joventut i Seguretat hecha en Cataluña (2000-2001), los maltratos más desagradables son las burlas, los insultos y los motes. Un 40% de



estudiantes dicen haber sido víctimas de estos maltratos, y un 3,5% ha recibido amenazas.

Díaz-Aguado (2004) encontró que un 3% de los estudiantes recibe violencia psicológica, el 3,5% de estudiantes son víctimas y, a su vez, intimidadores. En cuanto a los maltratadores, un 16% ha participado en exclusiones a compañeros o agresiones psicológicas, siendo estas las más frecuentes.

Estos estudios demuestran que el maltrato psicológico es un tema universal ya que se han encontrado muchos estudios en diversos países. Gracias a estos estudios se observa que el maltrato psicológico escolar se hace cada vez más visible y los índices aumentan, por lo que es un tema muy actual. Además, existe una clara diferencia entre sexos, mientras los chicos participan más en los maltratos directos mediante insultos, las chicas suelen utilizar agresiones indirectas como hablar mal de los demás a otras personas o la exclusión de estudiantes.

A la vista de los resultados de las investigaciones anteriores, se tratará de analizar la relación entre el maltrato escolar entre iguales y el comportamiento escolar. Con el fin de comprobar que influye la motivación, la autoeficacia y el tipo de actividad en el comportamiento escolar.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿En qué medida afecta el maltrato psicológico entre iguales al comportamiento escolar?

### *Objetivo general*

Estudiar el efecto del maltrato psicológico entre iguales sobre el comportamiento escolar.

### *Objetivos específicos*

- Analizar la relación entre el maltrato psicológico entre iguales y la motivación escolar.
- Analizar la relación entre maltrato psicológico entre iguales y la autoeficacia.
- Analizar la relación entre el maltrato psicológico entre iguales y el rendimiento en las distintas actividades.
- Analizar la relación entre el maltrato psicológico entre iguales y el rendimiento escolar.

### *Hipótesis*

- Los estudiantes que son maltratados por sus iguales tenderán a estar menos motivados en clase.
- Los estudiantes que son maltratados por sus iguales tenderán a disminuir su autoeficacia.
- Los estudiantes que son maltratados por sus iguales tenderán a tener un menor rendimiento en actividades deportivas/prácticas.
- Los estudiantes que son maltratados por sus iguales tenderán a disminuir su rendimiento escolar.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

El estudio que se va a realizar se centrará en adolescentes con una edad comprendida entre 12 y 16 años. Dichos estudiantes pertenecerán a 2 institutos distintos, uno de ellos será el San José Hijas de la Caridad ubicado en Alicante y otro el Pedro Ibarra, ubicado en Elche. Los cursos a los que corresponde la muestra serán desde 1º a 4º de la ESO. Esta muestra constará de 100 sujetos, de los cuales serán 50 niñas y 50 niños para que la muestra sea lo más homogénea posible.

El criterio de exclusión de participantes será en casos de:

Niños/as que padecen enfermedades crónicas, por ejemplo asmáticos, sordos, con problemas de tiroides o genéticos, niños en silla de ruedas o muletas, etc.

### **Variables e instrumentos**

- *Maltrato psicológico*: el sujeto refiere sentir que le insultan, le hacen sentir inferior e inseguro mediante maltrato verbal, como poner mote, hablar mal de alguien, ignorarlo o no dejarlo participar en las actividades.

Para medir esta variable, se utilizan preguntas como por ejemplo: “Me he sentido maltratado por mis compañeros en el instituto”. Para que respondan los 18 ítems de este cuestionario autoaplicado, se utilizará la escala de Likert que se encuentra en el Anexo 2, en el que las respuestas tienen un valor del 1 al 5, siendo: 1 nada de acuerdo; 2 poco de acuerdo; 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 de acuerdo; y 5 completamente de acuerdo. Este cuestionario va dirigido a dos patrones de conducta distintos, por lo que se podrá desglosar en: sujetos que son maltratados (11 ítems: 1, 2, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 15, 17, 18); y sujetos que maltratan (7 ítems: 3, 6, 7, 9, 13, 14, 16).

- *Autoeficacia*: el sujeto refiere determinadas expectativas sobre el éxito en las

diferentes asignaturas. Para medir esta variable, se utilizará el cuestionario Self-efficacy Scale, SES; (Sherer et al., 1982). Dicho cuestionario autoaplicado está compuesto por 23 ítems de los cuales 8 son elementos de control. El sujeto tendrá que escoger del 1 al 14, dependiendo de lo mucho o poco que estén de acuerdo. El rango de puntuación de este cuestionario es de 14 a 322, donde la mínima puntuación indica un menor grado de autoeficacia.

-*Motivación*: actitud de un sujeto a la hora de atender, de participar en clase, de estudiar, etc. Para medir la motivación, se utilizará el cuestionario autoaplicado de **Valoración de una escala de motivación de logro (Manassero Más, M<sup>a</sup> A. y Vázquez Alonso, A., 1998)**, compuesto por 22 ítems, valorados del 1 al 9, siendo 1 la mínima puntuación y el 9 la máxima. Gracias a estos ítems se sabrá cual es la motivación que tienen los sujetos maltratados y los que maltratan en cualquier actividad de clase, ya sea en grupo o individual.

- *Rendimiento en la actividad*: se dan dos tipos de actividad, las actividades teóricas/académicas que son las que suelen realizarse en espacios cerrados y consisten en el estudio del temario correspondiente a la asignatura; y las actividades prácticas que pueden realizarse en espacios abiertos o cerrados y pueden ser deportivas o creativas. Para medir esta variable se utilizará el cuestionario del Anexo 3, que consta de 11 ítems donde aparecen tanto las asignaturas prácticas (3 ítems: 8, 9, 10) como las teóricas (8 ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11) y se medirá el número de aprobados y suspensos.

-*Rendimiento escolar*: número de aprobados y suspensos que tienen los alumnos a lo largo del curso, que indicarán si un alumno tiene un mayor o menor rendimiento. Para esta variable se utilizará el cuestionario del Anexo 3, que consta de 11 ítems donde aparecen tanto las asignaturas prácticas (3 ítems: 8, 9, 10) como las teóricas (8 ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11) y se medirá el número de aprobados y suspensos.

-*Variables extrañas*: debido a que la muestra tiene que ser lo más homogénea posible, evitaremos variables como el sexo y la edad. Para ello se utilizará un cuestionario donde se recogerán los datos demográficos sobre los sujetos en 6 ítems, para así formar la futura muestra requerida (Anexo 1).

### **Procedimiento**

En primer lugar, se solicitará el permiso de los centros educativos elegidos aleatoriamente, en este caso el del San José Hijas de la Caridad ubicado en Alicante y el de Pedro Ibarra ubicado en Elche. Seguidamente se solicitará el consentimiento de los

padres de los estudiantes de 1º a 4º de la ESO. Una vez obtenidos los consentimientos de ambas partes se llevará a cabo la selección de la muestra mediante un primer cuestionario que recogerá los aspectos sociodemográficos y que podrán rellenar los padres, siempre de forma anónima, descartando así a los sujetos que no cumplan los criterios de inclusión, es decir, que padezcan una enfermedad crónica. El estudio se realizará un día lectivo en dos aulas del centro en la que se encuentren únicamente los sujetos que someteremos a dicho cuestionario y los investigadores. Los cuestionarios serán repartidos y se explicará a los estudiantes el procedimiento para realizar el cuestionario, destacando que dicho cuestionario es voluntario, no repercutirá en las notas escolares y que se responderá de forma anónima, para así conseguir la mayor veracidad en las respuestas. Posteriormente se informará de que el tiempo para contestar los cuestionarios será de 45 minutos.

#### **Tipo de diseño y estudio**

Corresponde a un diseño correlacional pues el objetivo principal es la recogida de información entre dos variables que se comparan mutuamente, debido a que no persigue establecer una relación de causa-efecto. Tales variables que se relacionan y describen son el maltrato escolar y el comportamiento escolar. Además es un estudio transversal, pues cada variable se mide una sola vez, es decir, dentro del mismo momento temporal. Se trata de un estudio de campo, pues no se simula ninguna situación.

#### **Análisis de los datos**

Finalizado el estudio, se procederá a analizar y codificar los datos con el SPSS. Se realizarán análisis descriptivos utilizando medias, varianzas y desviaciones típicas, además de fraccionar los datos de manera percentil. Se compararán los análisis descriptivos de los dos grupos (estudiantes maltratados y no maltratados) para saber que comportamiento escolar es mejor. Además, se realizarán comparaciones aplicando un Chi cuadrado y la t de Student con un nivel de confianza del 95%.

#### **RESULTADOS ESPERABLES**

Respecto a las hipótesis anteriormente planteadas, sobre la relación entre el maltrato entre iguales y diversas variables, si se llevase a cabo el estudio se darían los siguientes resultados:

- *Los estudiantes que son maltratados por los iguales tenderán a estar menos motivados en clase:* se espera que aquellos sujetos que sean maltratados no sean capaces de realizar aquellos objetivos que se propongan, debido a su inseguridad por sentirse

inferiores a los sujetos maltratadores, los cuales se aprovechan de su situación.

- *Los estudiantes que son maltratados por los iguales tenderán a disminuir su autoeficacia*: se espera que los sujetos que son maltratados tengan una menor atención en clase y una menor motivación a la hora de realizar trabajos y exámenes, haciendo que su comportamiento escolar disminuya.

- *Los estudiantes que son maltratados por los iguales tenderán a tener un menor rendimiento en actividades deportivas/prácticas*: se espera que aquellos sujetos que son maltratados obtengan un menor rendimiento en actividades deportivas/prácticas que en el resto de asignaturas académicas/teóricas. Esto se debe a que las actividades deportivas requieren mayor socialización a la hora de hacer grupos. Por tanto, los sujetos maltratados serán más introvertidos debido a su baja seguridad en comparación con los sujetos maltratadores, y por ello podrán ser excluidos. A su vez, en las asignaturas académicas/teóricas se obtendrá mayor rendimiento, ya que no es necesaria en muchos casos la socialización, y aunque estén presentes los sujetos maltratadores, encuentran el apoyo presencial del profesor, el cual representa una figura de autoridad.

- *Los estudiantes que son maltratados por los iguales tenderán a disminuir su rendimiento escolar*: se espera que aquellos niños que son maltratados tengan un menor rendimiento escolar, ya que al sentirse discriminados por sus compañeros su actitud en las clases no será positiva y su atención disminuirá, haciendo que el número de asignaturas suspensas sea mayor.

## REFERENCIAS

- Defensor del Pueblo (2007). *Violencia escolar el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria 1999-2006*. Madrid: Publicaciones.
- Díaz-Aguado, M.J. (2004). *Prevención y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. La violencia entre iguales en la escuela y el ocio*. INJUVE.
- Elzo, J. (2000-2001). *Enquesta Joventut i Seguretat a Catalunya. Encuesta hecha a los jóvenes escolarizados de 12 a 18 años*. Departament d'Ensenyament y Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya.
- Manassero Más, M<sup>a</sup> A. y Vázquez Alonso, A. (1998). *Valoración de una escala de motivación de logro*. Universidad de las Islas Baleares. Recuperado el 29 de noviembre del 2013 desde <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7469/7333>.

- Olweus, D. (1983). Low School achievement and aggressive behaviour in adolescent boys. En: D. Magnusson, y V. Allen (eds.). *Human development. An interational perspective*. Nueva York: Academic Press, pp. 353-365.
- Ortega, R. y Mora- Merchán, J. A. (1995). Víctimas y agresores. La autorrecepción del maltrato entre compañeros escolares en el paso de la enseñanza primaria a la secundaria. Comunicación presentada en el II Congreso internacional de Psicología y Educación: Intervención psicopedagógica. Madrid, pág. 143 del libro de actas.
- Ortega, R. y Del Rey, R. (1997-1998). *El proyecto Andalucía Anti-Violencia Escolar: ANDAVE*.
- Rigby, K. (1996). *Bullying in schools. And what to do about it*. Londres: Jessica Kingsley.
- Sherer, M., Maduux, J. E., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. y Rogers, R. W. (1982). *The Self-efficacy Scale: Construction and validation*. Psychological Reports, 51, 663-671. Recuperado el 29 de noviembre del 2013 desde <http://www.slideshare.net/MarceloArayaGonzlez/autoeficacia-13069036>.

## **¿Qué factores influyen sobre la violencia filio-parental?**

---

**Carolina Llorca Grau**

**Patricia Aniorte Santacruz**

### **RESUMEN**

En el presente estudio analizaremos qué factores de riesgo influyen sobre la violencia filio-parental, centrándonos en el conflicto marital, estilo educativo, consumo de sustancias adictivas y haber sido víctima de maltrato infantil en el ámbito familiar. Para ello se escogerá una muestra de 200 niños de ambos sexos de un instituto de la provincia de Alicante, se les facilitará un cuestionario y tras su realización mediante la observación pasiva, se unirán a padres e hijos para debatir sobre un tema específico, anotando las conductas de ambas partes mediante una hoja de registro, tras su finalización se procederá al análisis de las respuestas, obteniendo como resultado que los menores que muestran conductas violentas hacia sus progenitores, previamente ha podido influir en ellos cualquiera de los factores de riesgo analizados, destacando el conflicto marital y el consumo de sustancias adictivas.

## INTRODUCCIÓN

La violencia filio-parental a partir de ahora (VFP), se presenta en la actualidad como una nueva problemática dentro de la violencia intrafamiliar y ofrece un gran impacto la violencia que se ejerce de hijos a padres en la sociedad actual.

En diversos artículos, la VFP ha sido definida como cualquier acto por parte de los hijos que provoque miedo en los padres, para obtener poder y control y cuyo objetivo fundamental sea causar daño físico, psicológico o financiero a sus progenitores (Cottrell, 2001).

Garrido (2011) define la VFP como un trastorno que reúne un conjunto de conductas agresivas, físicas y psicológicas, tales como golpes, amenazas y extorsión económica, destacando la falta de empatía por parte de los hijos que como consecuencia provoca la ausencia de culpa.

Los datos avalan que la prevalencia sobre VFP en muestras comunitarias españolas, hablan sobre un 46% de los menores que ejercen violencia emocional, mientras que un 21% actúan tanto a nivel físico como psicológico respectivamente (Ibabe y Jaureguizar, 2011).

Las conductas agresivas que ejercen los menores son diversas, la mayoría utiliza insultos y amenazas creando en los padres una gran confusión, que deriva en el cumplimiento de normas que imponen los hijos sobre sus progenitores. Además utilizan esa violencia para satisfacer sus exigencias de forma rápida, desarrollando un comportamiento autoritario, debido a que creen encontrarse en una posición superior respecto a sus progenitores (Pérez y Pereira, 2006).

Diversos estudios abordan la VFP como un fenómeno multicausal. Un estudio realizado sobre menores que ya habían ejercido algún tipo de violencia, sugiere la existencia de tres tipos de menores maltratadores en el ámbito familiar, los cuales un 39,2% maltrata física y psicológicamente y la violencia suelen ejercerla en un 26,3% únicamente sobre la madre, además un 30,4% de los menores no piensa que sus conductas violentas sean un problema y cabe destacar que el 19,9% presenta absentismo escolar (Rechea, Fernández y Cuervo, 2008).

Por otra parte, en un estudio retrospectivo realizado sobre estudiantes universitarios de ambos sexos, se analizó la posible relación entre la exposición de los sujetos durante su infancia a violencia intrafamiliar y su vinculación con la VFP, concluyendo que ambos tipos de violencia estarían directamente relacionadas, destacando que la VFP se puede originar tras la exposición directa del menor ante



violencia intrafamiliar, viéndose ésta como violencia entre los progenitores y/o violencia de padres a hijos, no hallándose diferencia de género entre las diferentes variables (Gámez-Guadix y Calvete, 2012).

Este fenómeno ha puesto de manifiesto, la impotencia de los padres al no saber dar solución a un grave problema que surge desde el mismo ámbito familiar. A nivel nacional, se han llevado a cabo pocos estudios que aborden en profundidad el inicio de la violencia de los menores hacia sus progenitores, por lo que se ha considerado adecuado realizar este estudio para una mejor comprensión de esta problemática actual.

## **OBJETIVOS**

### *Objetivo general*

-Analizar qué factores de riesgo influyen sobre la violencia filio-parental.

### *Objetivos específicos*

-Estudiar la relación entre conflicto marital y violencia filio-parental.

-Determinar la relación entre el estilo educativo y la violencia filio-parental.

-Analizar la relación entre el consumo de sustancias adictivas y la violencia filio-parental.

-Estudiar la relación entre haber sido víctima de maltrato infantil en el ámbito familiar y la violencia filio-parental.

### *Hipótesis*

-El conflicto marital aumentará la probabilidad de que se produzca violencia filio-parental.

- Un estilo educativo democrático disminuirá la probabilidad de que se produzca violencia filio-parental.

-El consumo de sustancias adictivas aumentará la probabilidad de que se produzca violencia filio-parental.

- Haber sido víctima de maltrato infantil en el ámbito familiar aumentará la probabilidad de que se produzca violencia filio-parental.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Los participantes serán menores de entre 14 y 17 años de edad, se seleccionará una muestra aleatoria de 200 alumnos de un instituto de la provincia de Alicante, con

independencia del sexo. No diferenciaremos el género porque en mayor o menor medida, la violencia filio-parental se experimenta en ambos sexos.

### **Variables e instrumentos**

Para el desarrollo del estudio, se utilizará un cuestionario autoaplicado compuesto por 41 ítems elaborado por los investigadores (Anexo 1), donde los ítems seleccionados medirán las actitudes empleadas por el menor y sus progenitores dentro del ámbito familiar, en relación a las variables planteadas en el estudio. Cada ítem se medirá en una escala de frecuencia con cuatro categorías de respuesta siendo 1 Nunca, 2 Algunas Veces, 3 Casi siempre y 4 Siempre en las que el menor deberá elegir únicamente una de ellas.

- Violencia filio-parental: empleo de conductas violentas reiteradas por parte de los hijos hacia uno o ambos progenitores empleando maltrato físico por ejemplo golpear, morder, empujar, lanzar objetos y/o maltrato psicológico como culpabilizar, amenazar, manipular. En el cuestionario propuesto, la violencia filio-parental se evaluará en los ítems 1, 3, 5, 7, 10, donde se realizarán preguntas sobre las conductas agresivas que el menor podría ejercer contra sus progenitores, por ejemplo “¿Amenazas a tus padres con pegarles, aunque no llegues hacerlo?”, también será evaluada mediante una hoja de registro elaborada y cumplimentada por los investigadores, en la cual se registrarán las conductas observables realizadas por el menor y sus padres en un debate propuesto sobre un tema específico.

- Conflicto marital: se entiende por conflicto marital el empleo de agresiones físicas como empujar, golpear y/o agresiones psicológicas como insultar, amenazar, que ejerce cada uno de los progenitores sobre el otro.

La variable será evaluada en 16 ítems mediante dos escalas: agresión física y agresión verbal sobre ambos padres dentro del ámbito familiar. En el cuestionario los ítems 2, 4, 6, 8, evaluarán la agresión física ejercida sobre el padre, respecto a la agresión física ejercida sobre la madre quedará evaluada en los ítems 9, 11, 13, 15, como por ejemplo “Cuando mis padres discuten, mi padre pega a mi madre”. En relación a la agresión psicológica ejercida sobre el padre, quedará evaluada en los ítems 12, 14, 16, 18, y respecto a la agresión psicológica ejercida sobre la madre se evaluará en los ítems 17, 19, 21, 23, como por ejemplo “Mi padre insulta a mi madre cuando discuten en casa”.

- Estilo educativo: percepción que tiene el menor sobre el control que ejercen sus padres sobre él pudiendo ser autoritario, permisivo, democrático y negligente. La

variable se evaluará en 8 ítems en base al estilo educativo de los progenitores por medio de dos escalas: estilo educativo de la madre y estilo educativo del padre.

En el cuestionario los ítems 20, 22, 24, 26, evaluarán el estilo educativo de la madre, por ejemplo “Mi madre me castiga si saco malas notas”, respecto al estilo educativo del padre, quedará evaluado en los ítems 25, 27, 29, 31, por ejemplo “Tu padre impone una hora para volver a casa cuando sales con tus amigos”.

- Consumo de sustancias adictivas: que el sujeto refiera consumo de sustancias como cannabis, anfetaminas, alcohol y/o tabaco. En el cuestionario los ítems 28, 30, 32, 34, evaluarán el consumo por parte de los menores de tabaco, cannabis y alcohol, por ejemplo “Bebo alcohol cuando salgo con los amigos”.

- Maltrato infantil: ser víctima de maltrato infantil como sufrir golpes, empujones, carencia de afecto, amenazas, durante la infancia del menor por parte de sus progenitores. La variable será evaluada en 8 ítems sobre dos escalas: maltrato infantil ejercido por el padre y maltrato infantil ejercido por la madre, en base al grado de afecto o rechazo que el menor ha sufrido en su infancia. Los ítems que evaluarán el maltrato infantil ejercido por el padre son 33, 36, 38, 39, por ejemplo “Mi padre me ha pegado cuando se ha enfadado conmigo”, por otro lado, el maltrato infantil ejercido por la madre, se evaluará en los ítems 35, 37, 40, 41, por ejemplo “Mi madre me ha insultado si he hecho algo mal”.

Con el objetivo de reducir la posible influencia de variables extrañas, como edad o género, se seleccionará una muestra lo más homogénea posible.

### **Procedimiento**

Se informará sobre los objetivos del estudio de investigación y se pedirán los permisos necesarios al instituto donde se llevará a cabo, a los padres de los participantes, así como a los propios participantes para la recogida de datos y posteriores observaciones que se realizarán, informándoles previamente que los datos recogidos son de carácter anónimo y confidencial. El estudio se llevará a cabo tras la jornada escolar pertinente, sin que los alumnos tengan que faltar a ninguna clase. Se utilizará un cuestionario autoaplicado de 41 ítems elaborado por los investigadores (Anexo 1), que versará sobre cinco contextos: violencia filio-parental, conflicto marital, estilo educativo, consumo de sustancias adictivas y haber sufrido maltrato infantil dentro del ámbito familiar, los menores dispondrán de 20 minutos para la realización del cuestionario.

A continuación mediante el método observacional, se unirán a padres e hijos en un aula del instituto dándoles un tema de actualidad para debatir, concretamente sobre la práctica del “botellón”, se analizarán las diferentes conductas realizadas por ambas partes por medio de la observación pasiva, quedando reflejadas mediante una hoja de registro elaborada y cumplimentada por los investigadores (Anexo 2). Las observaciones se llevarán a cabo en un total de cuatro sesiones de cincuenta familias cada una, con una hora de duración y durante el plazo de un mes.

### **Tipo de diseño**

El estudio se enmarca en el contexto de un diseño correlacional, debido a que el propósito es obtener la relación entre las distintas variables y no su causalidad, además se trataría de un estudio transversal, ya que mediremos las variables una única vez y no se realizará un seguimiento de los participantes y por último se enmarcaría en un estudio de campo.

### **Análisis de datos**

Finalizado el estudio, se procederá al análisis y codificación de los datos obtenidos con el programa IBM SPSS Statistics 19, basándonos en las tablas y gráficas se realizará un análisis descriptivo de las variables utilizando medias, varianzas y desviaciones típicas. Además se efectuará un análisis de comparación utilizando la distribución t de Student con un intervalo de confianza del 95%.

## **RESULTADOS ESPERABLES**

Tras el estudio realizado sobre los posibles factores de riesgo que influyen en la VFP planteados en la investigación, se podría afirmar que todas las variables implicadas en este estudio podrían desencadenar este tipo de violencia intrafamiliar.

En relación a la variable conflicto marital, se confirmaría que en un ámbito familiar en el cual no se desarrolla un buen clima entre los progenitores, donde no existe unión y respeto entre ambos, hace que el menor observe conductas violentas que después podría utilizar hacia sus padres para su propio beneficio, incrementándose lo problemas familiares, así como repercutiendo en el desarrollo del menor llegando a ratificarse la hipótesis propuesta.

Sobre la variable estilo educativo, en una familia donde está implantado un estilo educativo democrático, en el cual existen unas normas claras y un control firme, se promueve el diálogo, los progenitores demuestran afecto e interés por las necesidades de sus hijos, conllevaría en el menor a una mayor capacidad de autocontrol, haciéndole

más independiente y fomentando su socialización, lo que corroboraría la hipótesis planteada. Cabe destacar la suma importancia de fomentar un adecuado vínculo familiar y el poder compartir tiempo de ocio con los hijos por parte de los progenitores, lo que propiciará un mejor desarrollo del menor en el aspecto emocional, psicológico y social.

Por otro lado, el consumo de sustancias adictivas por parte del menor podría llevarle a la distorsión de la realidad, alteración de la conducta y un menor rendimiento, que hace que el menor adopte actitudes que no son propias de él, empleándolas directamente contra sus progenitores, como una mayor agresividad, comportamientos rebeldes y amenazantes, imponiendo sus normas y generando miedo en sus familiares. Utilizando todas esas actitudes nombradas anteriormente, le llevaría a conseguir sus objetivos, uno de los más importantes podría ser a nivel económico, conseguir dinero para así poder seguir consumiendo ese tipo de sustancias y/o poder gastarlo en caprichos innecesarios, generando con ello relaciones más difíciles con sus progenitores.

Por último, el haber sido víctima de maltrato infantil por parte de los progenitores dentro del ámbito familiar, repercutirá negativamente en el menor provocando trastornos emocionales, sociales y conductuales que le supondría problemas en su desarrollo personal. La relación paterno-filial es fundamental para el desarrollo del maltrato infantil por parte de los progenitores, ya que la carencia afectiva, falta de comunicación y agresividad que ejercen sobre el hijo, provocaría con el paso de los años que el menor pudiera rebelarse contra sus progenitores, debido a que iría adquiriendo un mayor conocimiento sobre los hechos y podría ser capaz de realizar la misma conducta de maltrato sufrida, pero esta vez ejercida hacia sus padres.

Para finalizar sería necesario destacar que la violencia filio-parental puede originarse por diversas causas, la finalidad del presente estudio sería obtener datos sobre una problemática intrafamiliar, que deja clara la idea de que es fundamental la interacción e implicación de la familia, para no desarrollar posiblemente este tipo de violencia. Sería oportuno realizar un estudio más exhaustivo y de tipo longitudinal, hemos escogido variables que podrían influir sobre este tipo de violencia, pero se pueden estudiar otros tipos de variables que también puedan influir, con lo que se lograría un estudio más completo, que además facilitaría las posibles respuestas sobre cómo afrontar y resolver esta problemática actual. Destacamos finalmente, que los resultados obtenidos en esta investigación son similares a investigaciones llevadas a cabo en nuestro país.

### REFERENCIAS

- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children*. The Family Violence Prevention Unit of Health Ottawa Canada. Obtenido el 22 de Diciembre de 2013 desde la dirección <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H72-21-180-2000E.pdf>
- Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2012). Violencia filio-parental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos. *Psicothema*, 24(2), 277-283.
- Garrido, V. (2011). *Los hijos tiranos. El síndrome del Emperador*. Madrid: Ariel.
- Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de psicología*, 27(2), 265-267.
- Pérez, T. y Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental: revisión de la bibliografía. *Mosaico*, 36, 10-17.
- Rechea, C., Fernández, E. y Cuervo A.L. (2008). *Menores agresores en el ámbito familiar*. Centro de Investigación en Criminología. Informe nº15, 1-91. Obtenido el 27 de diciembre de 2013 desde la dirección <http://www.uclm.es/criminologia/pdf/15-2008.pdf>

## **Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos**

---

**Diana Diana Aracil**

**María Esperanza Esteso Signes**

**Manuel Girón Martínez**

**Miguel López Gualda**

### **RESUMEN**

En este estudio se realizará un cuestionario individual a 150 personas mayores de 67 años divididas en tres grupos: aquellas personas que residen en una residencia las 24 horas, las que sean de nuevo ingreso en una residencia y, por último, las que únicamente acudan a centros de día, para comprobar si los factores de riesgo de la aparición de la depresión influyen de la misma manera a los tres grupos. Los resultados mostraron que las variables inactividad física, pérdida de seres queridos, enfermedades crónicas, deterioro de la capacidades cognitivas, miedo a la muerte e ingreso en una residencia influyen en la aparición de la depresión en la tercera edad.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos psicológicos que más afecta a la población de la tercera edad. La razón por la que se diagnostica más en ancianos que en cualquier otra etapa de la vida puede ser debido a las influencias de diversos factores de riesgo, de los cuales se hará constancia en este estudio.

Asimismo, la depresión puede derivar a la pseudodemencia depresiva o pseudodemencia tipo 1, esto es, el trastorno cognoscitivo producido por trastornos psiquiátricos “funcionales” como la depresión, en este caso, en la que el trastorno es frecuentemente parcial o totalmente reversible al ser resuelto su trastorno de base. Así pues, la depresión puede estar encubierta por otras enfermedades como las físicas o por la Enfermedad de Alzheimer, pues en esta última un 10%-20% de los pacientes presentan simultáneamente depresión y al menos un 50% presentan síntomas de ella.

Poniendo por caso que un factor de riesgo que influya en la depresión es la enfermedad en los ancianos, se realizó un estudio a 433 pacientes de mayor o igual a 65 años ingresados en el hospital desde enero de 2000 hasta junio de 2001 y que sufrían de insuficiencia cardíaca. Teniendo en cuenta que utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica que constaba de 10 ítems, se consideraba que los pacientes con al menos tres síntomas de dicha escala padecerían depresión (Guallar-Castillón et al., 2006)

En consecuencia, de 433 pacientes estudiados, 210 presentaron depresión. También se consideró que era más frecuente en las mujeres, pues son 139 las que la padecían en comparación con los varones que resultaron ser 71.

Por otra parte, se analizó, mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, la depresión en 72 personas mayores de 60 años en una población del distrito de Barranca, y los resultados fueron que, una vez más, la depresión se presentaba más en mujeres que varones y, en este caso, la diferencia es aún mayor, un 56% en las mujeres y un 24,3% en varones (Lisigurski-Teitelman, Varela-Pinedo, y Ortiz-Saavedra).

Sin embargo, no llegó a ser una diferencia significativa la depresión entre mujeres y varones en una investigación en Perú durante el mes de junio del 2010, evaluada mediante la Escala de Yesavage de 15 ítems. En este estudio, se entrevistó a 68 personas mayores de 60 años, de los cuales el 51,67% fue diagnosticado de depresión (Juárez, León, y Alata Linares, 2010)

Al observar estos datos, se puede pensar que la depresión está presente en la vida de muchos ancianos, sobretodo en mujeres. No obstante, no se han realizado suficientes investigaciones para evaluar la depresión en ancianos como para poder aplicar los



resultados de estas investigaciones a cualquier ámbito de la psicología. La falta de estudios realizados ha hecho denotar un gran interés por el objetivo de este estudio, que consiste en analizar los factores de riesgo que influyen en la depresión en ancianos

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Qué factores de riesgo son determinantes en la aparición de depresión en ancianos?

### *Objetivo general*

Analizar los factores de riesgo que influyen en la depresión en personas mayores de 65 años.

### *Objetivos específicos*

-Analizar si la inactividad provocada por la jubilación influye en la aparición de la depresión.

-Analizar si la pérdida de seres queridos influye en la aparición de la depresión.

-Analizar si el hecho de sufrir enfermedades crónicas influye en la aparición de la depresión.

-Analizar si el deterioro de las capacidades cognitivas influye en la aparición de la depresión.

-Analizar el miedo a la muerte como un hecho próximo influye en la aparición de la depresión.

-Analizar si el ingreso en una residencia de ancianos influye en la aparición de la depresión.

### *Hipótesis*

-La inactividad física provocada por la jubilación aumentará la probabilidad de desarrollar la depresión en ancianos.

-La pérdida de seres queridos aumentará la probabilidad de desarrollar la depresión en ancianos.

-La aparición de enfermedades crónicas aumentará la probabilidad de desarrollar la depresión en ancianos.

-El deterioro de las capacidades cognitivas aumentará la probabilidad de desarrollar la depresión en ancianos.

-El miedo a la muerte como un hecho próximo aumentará la probabilidad de desarrollar la depresión en ancianos.

-El ingreso en una residencia aumentará la probabilidad de desarrollar depresión en ancianos.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

El estudio se realizará en personas que superen la edad de 65 años y concretamente en la provincia de Alicante. Los sujetos además no tendrán que presentar ningún tipo de enfermedad mental o demencia. Por otro lado, también se tendrá en cuenta en la selección de los sujetos si son de nuevo ingreso o no en la residencia, si residen las 24 horas en la residencia o si por el contrario, sólo acuden a centros de día. La muestra del estudio será un total de 150 sujetos divididos en tres grupos: 50 de nuevo ingreso, 50 que no son de nuevo ingreso y 50 que sólo acuden a centros de día.

### **Variables e instrumentos**

*-Depresión:* Se manifiesta cuando los sujetos presentan signos tales como apatía, tristeza, desgana, etc. Para medir esta variable, se utilizará la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Consta de 15 ítems y la forma de evaluar este test se basa en la asignación de un punto por cada respuesta en la que el individuo haya coincidido con las respuesta asignadas por el corrector del test, y la suma total se valorará: 0-10, normal; 11-14, depresión; superior a 14, depresión.

*-Inactividad física:* este término se refiere a la falta de actividad física (ejercicio, deporte, trabajo, movimiento en general. Esta variable se medirá mediante un cuestionario (ítems de 1 a 5, ver anexo 1) que se le proporcionará a cada sujeto. La forma de puntuar será con: SÍ/NO.

*-Pérdida de seres queridos:* se refiere a la pérdida de seres estimados por motivo de su fallecimiento (familiares, amigos, mascotas, conocidos, etc.). Se medirá con el ítem 6 del cuestionario (ver anexo 1). La forma de puntuar será con: SÍ/NO.

*-Enfermedad crónica:* patología sufrida por los sujetos en cuestión con un plazo de duración indefinida y sin cura aparentemente inmediata (cáncer, alzheimer, artritis, osteoporosis, reuma, migraña, etc.) y que necesitan de un tratamiento médico continuado. Esta variable se medirá con los ítems 7 a 9 del cuestionario (ver anexo 1). La forma de puntuar será con: SÍ/NO.

*-Deterioro de capacidades cognitivas:* es el detrimento de ciertas capacidades implícitas en la cognición, tales como: pérdida de percepción, atención, habla, memoria, etc. Se medirá esta variable con el test Mini Mental (lobo et al, 1079). Este test evalúa la

orientación, el registro de información, la atención, el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Tiene un máximo de 30 puntos, una puntuación de 24 sugiere demencia; entre 23-21 una demencia leve; entre 20-11; una demencia moderada; y menor de 10, una demencia severa. La forma de puntuar será con: SÍ/NO.

*-Miedo a la muerte:* Los sujetos presentan, cuando se centran en este pensamiento, estados de ansiedad, perturbación, angustia o pérdida del sueño, entre otros. Se les proporcionará un cuestionario a los sujetos, en el que constará el grado de ansiedad, miedo o temor y diversas alteraciones, como la del sueño, que suscita en los ancianos la inminencia de la muerte. Esta variable se medirá mediante los ítems 10 a 12 del cuestionario (ver anexo 1). La forma de puntuar será con: SÍ/NO.

*-Ingreso en una residencia:* es el internamiento en un establecimiento, en este caso, donde residen y conviven en régimen de pensión personas de la tercera edad que dependen de ciertos cuidados para su subsistencia. Esta variable se medirá con los ítems 13 a 15 del cuestionario (ver anexo 1). La forma de puntuar será con: SÍ/NO.

*Variables extrañas:* Tales como la edad, el sexo y la situación sentimental. Recogido en nuestro cuestionario, será de libre respuesta. No se puntuará, pero se tomará en consideración.

### **Procedimiento**

En primer lugar, que se pedirá permiso previamente tanto a las residencias y centros de día en cuestión como a los respectivos sujetos.

Para la realización de este estudio se tomará una muestra de 150 sujetos que se dividirán en tres grupos de 50 personas independientes de distintas zonas. El primer grupo a estudiar serán 50 ancianos que acudan diariamente al centro de día de la tercera edad del barrio La Florida; el segundo grupo en cuestión serán 25 residentes de nuevo ingreso del centro geriátrico Balesol y 25 residentes de nuevo ingreso del centro geriátrico Orpea; y el tercer grupo de la investigación serán 50 residentes de régimen interno completo en la Residencia de Pensionistas Ferroviarios de Alicante. Además los sujetos seleccionados serán escogidos de forma aleatoria, tanto hombres como mujeres que tengan una edad de 67 años en adelante. El procedimiento del estudio se basará en proporcionar un cuestionario común, a responder individualmente por cada sujeto. El tiempo de realización será el necesario para cada individuo. Se les proporcionará ayuda si les surge cualquier tipo de duda durante la realización del cuestionario. El lugar

donde se efectuarán será en las mismas residencias, siempre bajo la supervisión atenta de los investigadores.

### **Tipo de diseño y estudio**

El tipo de ediseño será correlacional ya que se estudiará la relación entre variables. Se trata de un estudio descriptivo porque los datos no están enfocados a una relación causa-efecto.

Por otro lado, el tipo de estudio será transversal dado que se hace en un momento determinado del tiempo. Servirá para conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado. Se elegirá este tipo de estudio porque permite estudiar varias variables, se puede ejecutar en poco tiempo puesto que no hay seguimiento de los individuos y generalmente tiene un bajo coste económico.

Además, será un estudio de campo debido a que se recogerán todos los datos sin alterar el ambiente natural de los sujetos.

### **Análisis de datos**

Finalizado el estudio se realizará la obtención de los datos estadísticos mediante el programa “IBM SPSS 21” el cual ayudará a la clasificación de estos resultados de un modo detallado.

Se dividirá la muestra en dos grupos: los que presentan depresión y los que no la presentan.

Seguidamente, se hará un análisis descriptivo de la muestra centrándose en la correlación de las variables. Las comparaciones de las variables se harán mediante el estadístico t de Student con un nivel de confianza al 95%.

## **RESULTADOS ESPERABLES**

Los resultados esperables que se obtendrán si se realizara el estudio serían los siguientes:

-La inactividad física influirá en la probabilidad de desarrollar depresión en las personas de la tercera edad, ya que la incapacidad de no poder gozar de la libertad de movimiento les hará afrontar una situación en la que se considerarán personas impotentes, incapaces de hacer nada, observando a su vez que la ayuda de otras personas pese a sus problemas de movilidad influirá de una forma negativa en ellos.

-La pérdida de seres queridos (familiares o amigos) influirá en la probabilidad de desarrollar una depresión en personas de la tercera edad, ya que supondrá un duro

golpe a nivel psicológico, debido, principalmente, al sentimiento de soledad que padecerán dichos ancianos.

-La aparición de enfermedades aumentará las probabilidades de desarrollar una depresión en personas de la tercera edad debido a que el hecho de convivir, en la mayoría de casos, con enfermedades crónicas o de considerable gravedad puede suponer una dura carga para la mayoría, dado que las probabilidades de mejora y de recuperación merman mucho en sujetos con una edad más avanzada.

-El deterioro de las capacidades cognitivas aumentará las probabilidades de desarrollar una depresión en personas de la tercera edad. La pérdida de la propia autonomía en la realización de tareas más complejas, limitando las propias capacidades a tareas cada vez más simples, puede afectar en mayor grado a los sujetos dependiendo de si éstos se han dedicado en sus tiempos de juventud a tocar algún instrumento musical, a manejar maquinaria de precisión o cualquier otra tarea que exija una sensibilidad cognitiva desarrollada.

-El miedo a la muerte aumentará las probabilidades de desarrollar una depresión en personas de la tercera edad. El hecho de contar con una edad tan avanzada como la de la muestra implica que los propios sujetos tengan una conciencia, más que justificada, de la casi inminente posibilidad de morir en un breve periodo de tiempo. No obstante, el grado de aceptación puede variar dependiendo del valor o la Fe que profese cada individuo.

-El ingreso en una residencia aumentará las probabilidades de desarrollar una depresión en personas de la tercera edad. La salida del hogar para ingresar en un centro geriátrico puede suponer una experiencia traumática y triste para la mayoría de sujetos. El hecho de sentirse una carga o de suponer un lastre del que deshacerse para los propios familiares es una visión muy amarga de uno mismo, por lo que el ingreso en este tipo de centros, por lo general, se afronta con gran tristeza por parte de los ingresados.

## REFERENCIAS

Kurlowicz, L., y Greenberg, S.A. (2007). *La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés)*. Disponible en:

[http://consultgerirn.org/uploads/File/try\\_this\\_4\\_rev\\_span2.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf)

- Lisigurski-Teitelman, M., Varela-Pinedo, L., y Ortiz-Saavedra, P.J. (s.f.). *Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores*. Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v15n1/valor\\_geria.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v15n1/valor_geria.htm)
- Pérez Trullén, J.M. (s.f.). *Pseudodemencias depresivas*. Disponible en:  
[http://www.janssen-cilag.es/bgdisplay.jhtml?itemname=enciclopedia\\_online\\_23](http://www.janssen-cilag.es/bgdisplay.jhtml?itemname=enciclopedia_online_23)
- Guallar-Castillón, P., Magariños-Losada, M.M., Montoto-Otero, C., Tabuenca, A.I., Rodríguez-Pascual, C., Olcoz-Chiva, M., Conde-Herrera, M., Carreño, C., Conthe, P., Martínez-Morentín, E., Banegas, J.R., y Rodríguez-Artalejo, F. (2006). *Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardíaca en España*. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-depresion-factores-biomedicos-psicosociales/articulo/13091880/>
- Lobo et al. (s.f.). *Mini-examen cognoscitivo*. Disponible en:  
[http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini\\_mental.pdf](http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf)
- Servicio Andaluz de Salud. (s.f.). *Escala de depresión geriátrica-Test de Yesavage*. Disponible en: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test\\_de\\_yesavage.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_yesavage.pdf)

## **Relación de sufrir una experiencia traumática y padecer miedo a la oscuridad en niños**

---

**M<sup>a</sup> Inmaculada García Sánchez**

**Carlos Manuel Rastoll Sánchez**

**Enrique García Pérez**

**Rocío García Ramírez**

### **RESUMEN**

El fin de este estudio es ver que experiencias traumáticas son las que más puedan influenciar a los niños a tener miedo a la oscuridad.

La muestra que vamos a seleccionar son 100 niños comprendidos entre edades de 4 y 11 años ya que son los más propensos a padecer o no haber superado el miedo ya que están aún en desarrollo cognitivo, y por lo general a partir de los 11 años ya comienzan a superar sus miedos, además porque los niños menores de 4 años es muy difícil que sufran acoso escolar, puesto que a un no van al colegio. Se repartirán unos cuestionarios a los niños preguntando los sucesos traumáticos que han presenciado y que tendrán que rellenar de los cuales sacaremos nuestras conclusiones.

También se les repartirán unos cuestionarios a los padres preguntándoles si sus hijos padecen miedo a la oscuridad o no.

## INTRODUCCIÓN

Los miedos en los niños son recurrentes y normales, son esenciales para que los niños puedan enfrentarse a situaciones de la vida de manera más solvente. Dentro de los tipos de miedo en los niños se encuentra el temor a la oscuridad. El temor a la oscuridad es un miedo en los niños cuyas edades se comprenden entre los 2 y los 10 años como explica Méndez Carrillo, Orgilés Amorós, y Rosa Alcazar (2005). Estos miedos pueden desarrollar otros tipos de miedos, como a seres imaginarios, fantasmas, ladrones o animales. Teniendo como consecuencia una dificultad para dormir y descansar, y una repercusión social, por la falta de descanso y la baja autoestima del sujeto. El miedo puede verse reforzado por la actitud de la madre, que al encender la luz, refuerza una asociación entre la luz, ella y la seguridad del sujeto, y también refuerza la asociación oscuridad, pesadillas y terror, cuando la madre se marcha. La aparición de la fobia a la oscuridad, denominada nictofobia, puede deberse a la aparición de sucesos traumáticos ocurridos repetitivamente en la oscuridad, como ruidos o movimientos bruscos como bien explica Vallés Arángida (1991).

Hay que puntualizar que llorar antes de ir a dormir no siempre es síntoma de que el niño tenga miedo a la oscuridad o a dormir sólo, los padres, o tutores, deberían aprender a diferenciar el tipo de llanto, ya que un llanto antes de dormir puede ser beneficioso para que el niño libere tensiones acumuladas durante el día y así dormir plácidamente. Durante la primera infancia, el niño necesita de una presencia física para dormirse, por eso reclama al progenitor que acuda mediante el llanto. La edad a la que el niño puede acostarse y dormirse sin necesitar la presencia del progenitor varía. Y los padres deben atender estas necesidades sin preocupaciones excesivas bien explicado por Solter (1998).

El estudio complementará a otro de modo en que se estudiaran las causas externas, concretamente en las experiencias traumáticas, que influyen de manera directa en el niño para crearle un miedo a la oscuridad que no estaría dentro de la normalidad de su etapa. Como puede ser presenciar una pelea tanto familiar como ajena a su entorno, ver películas de terror, acoso escolar y presencia de antecedentes en la familia, expresiones referidas a ello, de miedo a la oscuridad de otros miembros. El estudio buscará relaciones directas entre estos hechos y el miedo, si se presenta. Esto complementa y añade información que otros estudios no aportan. Muchos se quedan en la fase en la que es normal sufrir un terror a la oscuridad, y no sus orígenes, como se hará aquí. Otros estudios añaden terapias válidas para superar los miedos.



## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Qué relación existe entre las experiencias traumáticas y el miedo a la oscuridad?

### *Objetivo general*

-Analizar la relación que existe entre haber sufrido una experiencia traumática y el miedo a la oscuridad en los niños.

### *Objetivos Específicos*

-Analizar la relación de haber presenciado una pelea de los padres entre los 3 y los 6 años y padecer miedo a la oscuridad.

-Analizar la relación de haber sufrido acoso escolar entre los 3 y los 6 años y padecer miedo a la oscuridad.

-Analizar la relación de haber visualizado una película de terror entre los 3 y los 6 años y padecer miedo a la oscuridad.

-Analizar la relación tras la visualización de un ataque de pánico en un sitio oscuro sufrido por los parientes cercanos al niño entre los 3 y los 6 años y padecer miedo a la oscuridad.

### *Hipótesis*

-Si visualiza un acto violento entre los 3 y los 6 años, aumentará la probabilidad de padecer miedo a la oscuridad.

-Si ha sido víctima de acoso escolar entre los 3 y los 6 años, aumentará la probabilidad de tener miedo a la oscuridad.

-Si visualiza una película de terror entre los 3 y los 6 años, aumentará la probabilidad de padecer miedo a la oscuridad.

-Si visualiza ataques de pánico por parte de los familiares entre los 3 y los 6 años, aumentará la probabilidad de padecer miedo a la oscuridad.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Para la realización de este estudio, se escogerá una muestra constituida por 100 niños y niñas con un rango de edad entre los 6 y los 12 años, excluyendo entre ellos niños con problemas mentales, niños cuyos padres estén separados. Procedentes de diversos colegios de Elche. También se les pasará el mismo cuestionario a los padres para poder corroborar los datos.

### **Variables e instrumentos**

**Pelea entre los progenitores:** el sujeto refiera haber presenciado antes de los seis años, una pelea, insultos o un momento con mucha agresividad entre sus progenitores antes de los seis años.

**Acoso escolar:** el sujeto haya sido víctima de insultos, violencia, dominación y molestia por los compañeros en un ambiente estudiantil-escolar de forma continua antes de los seis años.

**Películas de miedo:** visualización de escenas de terror, fantasmas o actos paranormales que le hayan hecho tener miedo antes de los seis años.

**Ataque de pánico en un sitio oscuro:** se trata del hecho de que la madre, padre, abuelos, hermanos, tíos, etc. Hayan mostrado ante un hecho un sentimiento de pavor anormal, angustia, tensión, gritos, etc.

**Miedo a la oscuridad:** el sujeto presenta temor ante la idea de dormir solo, estar en un sitio oscuro, demanda la presencia de alguno de los padres, provocándole un estado de ansiedad.

**Variables extrañas:** el estudio partirá de variables extrañas, para poder determinar unas características básicas que debe cumplir la muestra. En este caso, vamos a utilizar unos cuestionarios sociodemográficos, teniendo en cuenta el estado civil, edad y género. Haciendo de este modo que la muestra sea lo más homogénea posible.

Para este estudio se utilizarán dos cuestionarios; el primero se tratará de un cuestionario, formado por 18 ítems dirigido hacia los niños que participen en la investigación, y el segundo, un cuestionario de 18 ítems, similar al anterior, más dirigido hacia los padres. El primer cuestionario habrá de ser permitido por los padres de los niños para que así sean conscientes y puedan autorizar, o no a sus hijos de hacerlo.

Se han escogido estos ítems porque se han considerado necesarios para realizar una comprobación válida, y porque, se han considerado útiles a la hora de comprobar el miedo a la oscuridad en los niños. El cuestionario inicial se basará en los sucesos traumáticos desarrollados por los niños, en este cuestionario las posibles respuestas serán si/no, con la posibilidad de que al ser niños nos mientan y por lo tanto, para poder contrastar estos hechos el segundo cuestionario será con los padres de los sujetos, para así intentar corroborar la información dada por los niños.

### **Procedimiento**

En primer lugar, se irá a los colegios de la zona. Una vez allí se le comunicará al director y/o jefe de estudios en función, que se está llevando a cabo un estudio en niños, para conocer la relación existente entre una experiencia traumática y el desarrollo del miedo a la oscuridad en niños. Se les informará que es totalmente gratuito y que si acceden se les recompensará con una actuación de los investigadores en cuestión a los niños demostrándoles que el miedo a la oscuridad no es tanto como piensan, así como los resultados de esta investigación una vez finalizada. También se les informará de que el estudio consta de dos partes, la primera únicamente realizable por los niños, individualmente y la segunda, con intervención de los padres.

Se adjuntará toda la información necesaria sobre los pasos y con anterioridad se les mostrarán cada uno de los ítems, pudiendo de este modo comprobar que ninguno de ellos puede causar nerviosismo entre los niños ni se pueden quedar sin contestación.

Una vez en los colegios determinados, los cuestionarios a los niños son aplicados individualmente por los investigadores. En un tiempo máximo de 30 minutos por niño, asegurándose de este modo que no son influidos por ninguno de los compañeros, ni temen que sus contestaciones sean motivo de burla.

Los cuestionarios para los padres, se pasarán por correo, por lo que llegarían directamente a la casa de los padres de los alumnos que accedieran, y serían devueltos en mano a los profesores, los cuales se lo darían a los investigadores en cuanto todos los cuestionarios estuvieran dispuestos.

### **Tipo de diseño y estudio**

Se trata de un diseño correlacional puesto que nuestro estudio intenta determinar la relación que existe entre los sucesos traumáticos sufridos entre los 3 y los 6 años y el miedo a la oscuridad en niños con edades comprendidas entre los 6 y 12 años, y no relaciones de causa-efecto entre las variables. Además se trata de un estudio de tipo transversal ya que únicamente se realizará una sola medición.

Por último mencionar que se trataría de un estudio de campo ya que el cuestionario se realizaría en sus propias aulas y en el caso de los padres sería en sus propios hogares. Alterando así lo menos posible el ambiente y las variables

### **Análisis de datos**

Una vez realizado el estudio se procedería al análisis de todos los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS. Esto servirá para codificar los datos y para clasificar de un modo más detallado e informatizado las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios.

Tras obtener, el análisis descriptivo de la muestra, teniendo en cuenta los índices de tendencia central tales como la varianza, la media y la desviación típica, además de un análisis correlacional, mediante los coeficientes de correlación de Pearson con un 95% de nivel de confianza.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Tras finalizar el estudio y analizar las hipótesis, si este proyecto se llevara a cabo todas nuestras hipótesis se cumplirían, es decir, si un niño de entre 4 y 11 años visualizara un acto violento será traumático para él y desarrollará miedo a la oscuridad porque supone una violencia desconocida para él y si además es un lugar oscuro se potenciará el que tenga miedo a la oscuridad, al igual que si un niño de esta edad sufre acoso escolar en el colegio, puede desarrollar un trauma debido al acoso de sus compañeros y tener pesadillas con ese acoso que sufre en la escuela y tenerle miedo a irse a la cama y por lo tanto sufrir miedo a la oscuridad.

El hecho de que visualice una película para mayores de 18 años también será causa de sufrir miedo a la oscuridad, ya que ese tipo de películas no están indicadas para su edad y es posible que desarrolle el miedo porque al ver al visualizar un hecho traumático en una película pensará que le va a pasar lo mismo a él y además si el lugar es oscuro no podrá ver el peligro.

Además si este niño visualiza un ataque de pánico por parte de sus familiares, es muy probable que sea una experiencia traumática para él y por lo tanto sufra miedo a la oscuridad, ya que los niños aprenden por condicionamiento vicario, es decir, aprenden por imitación.

### **REFERENCIAS**

Solter, A.J. en *Llantos y rabietas: Cómo afrontar el lloro persistente en bebés y niños pequeños*, 168-170 (1998).

Vallés Arángida A. en *El niño con miedos. Cómo ayudarle. Serie Pedagógica , Temas Básicos*, 15, 18-19 (1991).

Xavier Méndez Carrillo, Mireia Orgilés Amorós y Ana Isabel Rosa Alcazar. *Anales de Psicología*, Vol.(21,1), 73-82 (2005).

## **Relación entre haber sido maltratado en la infancia y maltratar a los hijos**

---

**Virginia Alba Cabanes**  
**Carolina Fayos Pérez**  
**Saray Marcos De Lamo**  
**María Teresa Molina Más**

### **RESUMEN**

La presente investigación tiene como objetivo principal estudiar si existe relación entre haber sido maltratado en la infancia con maltratar a los hijos. Se trata de un estudio correlacional y transversal que cuenta con participantes de dos generaciones, por un lado los hijos (200 alumnos de entre 6 y 8 años), y por otro lado los padres/madres (200 padres/madres cuyas edades oscilan entre 27 y 47 años). Se evaluó, a partir de un cuestionario único, la relación entre haber sido maltratado en la infancia y maltratar a los hijos, teniendo en cuenta cuatro tipos de maltrato: físico, psicológico, abuso sexual y negligencia. Los resultados obtenidos apoyan las hipótesis y se observa que haber sido maltratado en la infancia puede influir en un futuro maltrato hacia los hijos, aunque no es determinante.

## INTRODUCCIÓN

García (2006) encontró algunas dificultades a la hora de definir el concepto de maltrato infantil al intentar establecer los límites entre lo que se considera maltrato y lo que no, teniendo en cuenta aspectos sociales y contextuales del momento y lugar en que se dan los acontecimientos. Hay que prestar especial importancia a la intensidad, frecuencia e intencionalidad en la que se dan las situaciones de maltrato.

Desde las concepciones de la transmisión intergeneracional del maltrato se ha destacado la importancia del historial familiar con antecedentes de maltrato o de la presencia de un ambiente familiar conflictivo y agresivo en los padres/cuidadores, enfatizando el proceso de aprendizaje de conductas de maltrato y la escasez de recursos para enfrentarse a las situaciones problemáticas en el seno familiar. Al parecer las diferencias que existen entre las personas que han sido maltratadas en su infancia y que no se convierten en maltratadoras de quienes, habiendo sido también maltratadas, sí se convierten en maltratadoras, pueden estar relacionadas principalmente con la existencia de variables que logran actuar como elementos protectores: la presencia de una figura de apoyo en la niñez, el recibir algún tipo de psicoterapia y el contar con una pareja estable y que ofrece apoyo emocional (Antequera, 2006).

Gómez y De Paúl (2003) concluyeron que no siempre hay una relación causal entre haber sido maltratado en la infancia y maltratar en la edad adulta.

Las investigaciones realizadas en los últimos años con diferentes planteamientos metodológicos obtienen resultados que no siempre apoyan la existencia de este ciclo. Mientras que algunos de los estudios longitudinales de la década de los 90 señalan con cierta claridad que una experiencia de maltrato en la infancia constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un comportamiento maltratante como adulto, en otros casos, la historia de maltrato infantil de los sujetos no parece incrementar en los sujetos este riesgo (p. 453).

Según García (2006) algunas de las consecuencias que pueden presentarse a raíz de haber experimentado maltrato en la infancia pueden variar de un sujeto a otro. Los posibles y más frecuentes trastornos que pueden surgir estarían relacionados con problemas de salud física, como las enfermedades de transmisión sexual o el temor a ellas, embarazos no deseados, lesiones o cicatrices permanentes, encopresis y enuresis y quejas somáticas. Asimismo se pueden dar problemas en el desarrollo psicológico, como un mal apego, una falta o ausencia de dominio y control sobre el entorno y ausencia o falta de control de impulsos. Del mismo modo se pueden encontrar

problemas personales, como la identificación con el agresor, la traición y la intimidación o ensimismamiento. Además de problemas emocionales como el miedo, el Trastorno por Estrés Postraumático, la ansiedad, la depresión, la ausencia de expresión de sentimientos, la culpabilidad, el sentimiento de responsabilidad, la baja autoestima y eficacia personal y la indefensión aprendida. Finalmente, problemas comportamentales referentes a conductas de evitación, de dependencia, conductas agresivas y conducta hipersexualizada.

A través de las indagaciones realizadas en estudios anteriores, se ha visto que existen pocos datos relativos al tema que se pretende tratar, y por ello se ha creído necesario ampliar la información ya existente. En la presente investigación se abordará el maltrato en la infancia de una manera intergeneracional, donde se estudiará si aquellas personas que hayan sido víctimas de maltrato o abusos en la infancia muestran más predisposición a maltratar a sus hijos. Se tratarán principalmente el maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato psicológico.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Existe relación entre haber sido maltratado en la infancia con maltratar a los hijos?

### *Objetivo General*

Analizar la relación entre haber sido maltratado en la infancia y maltratar a los hijos en la actualidad.

### *Objetivos Específicos*

- Analizar la relación entre haber sido maltratado físicamente en la infancia y maltratar a los hijos.
- Analizar la relación entre haber sido maltratado psicológicamente en la infancia y maltratar a los hijos.
- Analizar la relación entre haber sufrido abuso sexual en la infancia y maltratar a los hijos.
- Analizar la relación entre haber sufrido negligencia en la infancia y maltratar a los hijos.

### *Hipótesis*

- Si un padre ha sido maltratado físicamente en la infancia aumentará la probabilidad de maltratar a los hijos.

- Si un padre ha sido maltratado psicológicamente en la infancia aumentará la probabilidad de maltratar a los hijos.
- Si un padre ha sufrido abuso sexual en la infancia aumentará la probabilidad de maltratar a los hijos.
- Si un padre ha sufrido negligencia en la infancia aumentará la probabilidad de maltratar a los hijos.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Se trata de una muestra compuesta por un total de 400 sujetos, 200 padres y madres cuyas edades oscilen entre 27 y 47 años de la provincia de Alicante (de ellos 100 serán mujeres y 100 hombres) y un hijo perteneciente a cada familia con una edad comprendida entre 6 y 8 años; en total formarán parte de la muestra 200 hijos. De estos 200, 100 corresponden a padres y madres que maltratan a sus hijos, cuyos datos han sido obtenidos en el registro del Juzgado de lo Penal de Alicante y 100 a padres y madres que se desconoce si maltratan a sus hijos, elegidos aleatoriamente del Colegio Concertado San Agustín de Alicante.

### **Variables e instrumentos**

Las variables del estudio realizado son la negligencia, el abuso sexual, el maltrato psicológico y como último el maltrato físico. Dentro de estas variables se puede observar una diferencia a la hora de considerar el maltrato; maltrato pasado y maltrato futuro. El primero se refiere al maltrato que recibieron los padres en su infancia, y el segundo hace referencia al maltrato propiciado a sus hijos.

La primera de las variables, la negligencia por parte del padre o la madre, hace referencia a aspectos tales como que el hijo se quede muchas horas sólo/a en casa, descuidar la higiene y alimentación de sus hijos, ignorar las muestras o peticiones de cariño por parte de éste, no mostrar interés ni preocupación por el rendimiento escolar, etc.

Otra de las variables es el haber recibido algún tipo de abuso sexual por parte de la madre o el padre, como dar besos en los labios a sus padres de forma obligatoria, posar muchas veces desnudo para hacerle fotos, recibir caricias o tocamientos en alguna parte del cuerpo especialmente en los genitales, etc.

El haber experimentado maltrato psicológico por parte del padre o la madre, se observa en insultos y menosprecio hacia los hijos, amenazas de abandono, conductas de



burla, etc.

Y por último, el maltratado físico por la madre o el padre, se observa en recibir castigos físicamente, guantazos, palizas, etc. Por tanto, se considera negligencia a los sujetos que han respondido positivamente a las preguntas (1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10), abuso sexual a las preguntas (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), maltrato psicológico a las preguntas (21, 22, 23, 24, 25, 28, 29 y 30) y maltrato físico a las preguntas (31, 33, 34, 35, 36, 38 y 39), ya que el resto de preguntas no mencionadas son de ítems inversos, los cuales no pueden tener una puntuación positiva para ser considerados de maltrato.

Como instrumentos se han utilizado dos cuestionarios, uno para padres y otro para hijos, que han sido adaptados de la Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz y Amador, 2006). Algunos de los ítems han sido extraídos de este cuestionario, mientras que otros son de invención propia, ya que el cuestionario completo no cumplía con los requisitos necesarios para utilizarse en este estudio.

Los cuestionarios están estructurados según la escala Likert, con cinco alternativas de respuesta, siendo éstas Nunca, Rara vez, Algunas veces, Casi siempre y Siempre. Están compuestos por 40 ítems, 10 de los cuales corresponden al maltrato físico, 10 al psicológico, 10 a la negligencia y los 10 restantes al abuso sexual. El primer cuestionario va dirigido a los niños, en el que responderán a cuestiones familiares del presente para delimitar la posibilidad de maltrato futuro de los padres. El segundo se dirige a los padres y se refiere al maltrato pasado recibido por éstos en su infancia.

Dentro de ambos cuestionarios se encuentran algunos ítems inversos, que hablan de situaciones de no maltrato para evitar que los sujetos contesten a todo lo mismo y puedan sentirse confundidos llegando a dar respuestas erróneas sobre su situación. Estos ítems son los 3, 4, 5, 20, 26, 27, 32, 37 y 40.

### **Procedimiento**

Para realizar el estudio se contactará con los centros varios meses antes del comienzo de la recogida de datos y se informará a los responsables de las características y finalidad del estudio para que puedan proporcionar la muestra de sujetos que se necesitará para el desarrollo de este. A través del director y de los maestros del Colegio Concertado San Agustín de Alicante se pondrán en contacto para solicitar la colaboración de padres y el consentimiento de éstos para contar con la participación tanto de ellos como de sus hijos. Tanto los escolares como sus respectivos padres, se sentarán individualmente para asegurar que no se vean las respuestas y que no puedan

comentarlas, para proceder a aplicarles el cuestionario en las mismas instalaciones del colegio. El cuestionario será aplicado por un psicólogo y los sujetos dispondrán de 50 minutos para contestar a las preguntas.

Por otro lado, se accederá con antelación al registro del Juzgado de lo Penal de Alicante para acceder a los datos de aquellos padres maltratadores. Se seguirá el mismo procedimiento que en el caso anterior, pero con la diferencia de que a estos padres se les aplicará el cuestionario en una habitación habilitada por el propio Juzgado. Se localizará a los hijos de éstos y aplicaremos el cuestionario en una sala facilitada por el personal de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Los sujetos dispondrán de 50 minutos para contestar todas las preguntas y será un psicólogo el que se encargue de aplicar los cuestionarios, tanto a los padres como a los hijos.

A estos 400 participantes (200 padres/madres y 200 hijos) que formarán parte de la muestra se les pedirá una autorización para la utilización de sus datos, asegurándoles la confidencialidad y anonimato de sus respuestas, y se les animará a preguntar cualquier duda que les surja.

#### **Tipo de diseño y estudio**

Se trata de un diseño de investigación correlacional que se centrará principalmente en la recogida de información y análisis de factores, pero sin la manipulación de variables. El objetivo es realizar una comparación entre variables centradas en la influencia de si aumenta o disminuye la tendencia a maltratar a los hijos habiendo sufrido algún tipo de maltrato en la infancia.

Se trata de un estudio de tipo transversal, ya que solo se efectuará una sola recogida de datos en un momento concreto, y por lo que respecta al lugar de la investigación es un estudio de campo natural, puesto que no se representa ninguna situación ni se modifica ninguna variable.

#### **Análisis de los datos**

Una vez aplicado el cuestionario y finalizado el estudio, se analizarán los datos obtenidos y para ello se utilizará el programa SPSS.

En primer lugar, se introducirán y codificarán los datos, a continuación se clasificarán de un modo detallado e informatizado todos los ítems. Para sacar conclusiones sobre las hipótesis establecidas se analizarán las medias de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto y las diferencias existentes entre estas.

Para finalizar se realizarán análisis descriptivos haciendo uso de medias, varianzas y desviaciones típicas. Además se realizarán análisis de comparación utilizando

coeficientes de correlación, con un índice al 95%.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Una vez se analicen los resultados, se procederá a determinar si las hipótesis establecidas para la presente investigación se confirman o se refutan. Según estos resultados, se encuentra que si un padre ha sido maltratado físicamente en la infancia aumentará la probabilidad de maltratar a los hijos, ya que se da una percepción normativa de la conducta a través de modelado adquirida en la niñez, así como el haberlo experimentado. Por otro lado, si un padre ha sido maltratado psicológicamente en la infancia aumentará la probabilidad de maltratar a los hijos ya que tiene una concepción diferente de lo que es comunicarse y dirigirse adecuadamente a los hijos. Esto puede deberse a que al padre le han inculcado un modelo educativo poco apropiado, en el cual se basa a la hora de educar a su hijo. Respecto a si un padre ha sufrido abuso sexual en la infancia aumentará la probabilidad de maltratar a los hijos, se encuentra que la hipótesis se confirma, puesto que sufrir abusos puede producir efectos a largo plazo que incluyen ciertas anomalías relacionadas con el sexo y sintomatología depresiva, consecuencias que pueden llevar a tener comportamientos de abuso y maltrato con los hijos. Por último, si un padre ha sufrido negligencia en la infancia aumentará la probabilidad de maltratar a los hijos, puesto que puede surgir una tendencia a anteponer las necesidades propias a las del niño y menor capacidad de empatía.

En conclusión, hay mayor probabilidad de que se den casos de maltrato en la infancia si el padre ha sufrido algún tipo de maltrato durante su niñez, aunque los datos no determinan que sea así en todos los casos, habiendo otras variables que pueden influenciar. Habría que seguir realizando investigaciones que aporten más información sobre el tema, para ayudar a que en un futuro se puedan prevenir las conductas de maltrato.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Antequera, R. (2006). Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. *Cuad Med Forense*, 12, 129-148.
- García, M.E. (2006). Consecuencias del maltrato físico infantil sobre los problemas de conducta: Mediadores y moderadores. *Intelligo*, 1, 49-61.
- Gómez, E., y de Paúl, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico *Revista de Fundamentos de Psicología Vol 6, n° 1, 2014*

infantil: Estudio en dos generaciones. *Psicothema*, 15, 452-457.

Villatoro, J.; Quiroz, N.; Gutiérrez ML., Díaz, M. y Amador, N. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. F.

## **Estudio de la relación entre el TDAH y el tipo de apego**

---

**María Aparicio Ruiz**  
**Verónica Carmona López**

### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es determinar la forma en que está relacionado el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) con el tipo de apego durante la infancia. Para ello, se realizará, a niños diagnosticados de TDAH, una prueba que determinará el tipo de vínculo con sus madres. Y paralelamente se realizará la misma prueba a niños sin trastornos diagnosticados. Los resultados obtenidos serán que un gran porcentaje de los niños con este trastorno tienen apego inseguro-ambivalente y apego desorganizado, por lo que se podría decir que el tipo de apego es un factor importante a la hora del desarrollo de un trastorno como el TDAH.

## INTRODUCCIÓN

“El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del comportamiento que se caracteriza por una dificultad de mantener la atención en actividades del día a día. Suelen tener problemas para organizarse, mantener la concentración, hacer planes realistas y pensar antes de actuar.” (American Psychiatric Association [APA], 2002). Respecto a las causas del TDAH, todavía no están bien definidas, pero se considera un trastorno multicausal, ya que se debe a una interrelación entre factores genéticos y ambientales. Este trastorno comienza en la infancia, y los síntomas se identifican antes de aproximadamente los 7 años, que es la edad en la que se comienza la etapa de primaria, por lo que hay un aumento de los requisitos académicos, cosa que provoca mayores dificultades, cosa que facilita un diagnóstico más claro. Pero antes de esa edad ya se ven rasgos característicos como una excesiva actividad motriz, respuestas con ansiedad, poca exactitud, y lo hacen de la forma más rápida posible. Todas estas cosas llevan al niño o niña a una situación de fracaso y frustración, que pueden manifestar mediante la agresividad, provocando una baja autoestima.

Respecto al concepto del apego, se define como "un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen por objetivo mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna o de su cuidador" (Bowlby, 1989). Y marca la calidad de la relación entre los padres y el niño. Su importancia radica en que es un predictor del futuro desarrollo emocional, influyendo en las relaciones con amigos, compañeros, parejas, etc. Pero aunque es muy influyente, no determina el futuro de la persona, porque cambios en el en el estilo de vida pueden provocar el desarrollo de otro tipo de apego.

Ainsworth (1967) realizó un experimento denominado “la situación extraña” que consistió en que en una habitación llena de juguetes entraba una madre y su hijo de unos 14 meses. Al principio jugaban los dos juntos, pero llega un momento en el que la madre sale de la habitación y entra una persona que el niño no conoce, el extraño, y tras unos minutos entra la madre y sale el extraño. Dependiendo de las diferentes reacciones que tuvieron los niños, se diferenciaron cuatro tipos de apego:

Apego seguro: confían en sus padres, lo que les da seguridad para explorar. En el momento de separación muestran su desagrado mediante el llanto, pero al reencontrarse se calma rápidamente y vuelve a jugar y explorar.

Apego inseguro-evitativo: cuando busquen el cuidado no confían en que haya una respuesta servicial de sus padres, por lo que se centra principalmente en la exploración, olvidándose de sus padres, sin mostrar disgusto en el momento de separación y evitándolos en el reencuentro.

Apego Inseguro-Ambivalente o Ansioso: están inseguros respecto a si su progenitor estará ahí cuando lo necesite o si será accesible, pero a la vez se centra mucho en él, por lo que no explora demasiado. Por esta desconfianza, el niño siempre tiene la tendencia a la separación ansiosa y al aferramiento a los padres.

Apego Inseguro Desorganizado: se vio que ciertos niños no se podían clasificar en los anteriores tipos de apego pero tenían características en común con las tres, ya que tenían comportamientos incoherentes y confusos, como la paralización o un temor extremo.

En uno de los pocos estudios que hay sobre la relación entre niños con TDAH y el vínculo, realizado por Stiefel (1997), se vio que las respuestas de los niños en las pruebas reflejaban que la relación con sus padres era insegura, ya que les veían como “inaccesibles y poco responsables con sus necesidades”. El estudio también se centró en las madres, que afirmó que se sentían estresadas por no estar seguras de si la forma en que asumían el rol de madre era la correcta.

A pesar de que el TDAH es el trastorno más frecuente en la infancia (Soutullo y Diez, 2007), no se han realizado la cantidad de estudios necesarios relacionando el TDAH y los trastornos de vínculo, por lo que se hace imprescindible más investigación sobre esta relación.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Se puede relacionar el tipo de apego con el TDAH?

### *Objetivo general*

Estudiar la relación entre el TDAH y el apego.

### *Objetivos específicos*

- Estudiar la relación entre el apego seguro y el TDAH
- Estudiar la relación entre el apego inseguro-ambivalente y el TDAH
- Estudiar la relación entre el apego inseguro-evitativo y el TDAH
- Estudiar la relación entre el apego desorganizado y el TDAH

### *Hipótesis*

- Si el apego es seguro no incrementará las posibilidades del desarrollo de TDAH
- Si el apego es inseguro-ambivalente incrementará las posibilidades del desarrollo de TDAH
- Si el apego es inseguro-evitativo no incrementará las posibilidades del desarrollo de TDAH
- Si el apego es desorganizado incrementará las posibilidades del desarrollo de TDAH

## **MÉTODO**

### **Participantes.**

Los criterios de selección de los participantes para este estudio, serán niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de la Unidad de Salud Mental Infantil de Alicante, entre los 6 y 8 años. La muestra estará formada por 20 niños y 20 niñas para que sea lo más homogénea posible.

Adicionalmente habrá otro grupo de 40 niños (20 niños y 20 niñas) entre los 6 y 8 años sin trastornos psicológicos diagnosticados, a los cuales se les someterá a la misma prueba. Estos niños serán voluntarios del colegio público Joaquín Sorolla de Alicante.

### **Variables e instrumentos.**

-*TDAH*: tener diagnosticado o no el trastorno.

-*Tipo de apego*: Mediante la realización de una prueba se determinará el tipo de apego que presenta el niño. Los tipos de apego que se encontrarán son el apego seguro, apego inseguro-ambivalente, apego inseguro-evitativo y apego inseguro-desorganizado.

-*Variables extrañas*: para eliminar variables extrañas como el sexo o la edad, serán niños de 7 a 8 años y la mitad chicos y la otra mitad chicas.

Se utilizará el Attachment Story Completion Task (Bremerton, 1990) para determinar qué tipo de apego tienen los niños de este estudio. Es una prueba diseñada para niños de entre 3 y 8 años con una duración de 30 minutos. Es válida para nuestro objetivo, ya que los niños que hemos seleccionado tienen de 7 a 8 años.

La prueba, básicamente, consiste en que empleando unos muñecos, se narran 7 historias incompletas que el niño debe acabar. En cada una de las historias se trata un tema importante relacionado con el apego.

La puntuación obtenida proporciona tanto información sobre el tipo de apego, como las características de su forma de narrar. Después de haber analizado cada caso, se identifica qué tipo de apego tiene cada niño. Para ello, se evalúan aspectos como la



competencia simbólica, el sostén parental, la expresión afectiva, la reacción a la separación, la distancia simbólica, la presión parental, la falta de coherencia y la inseguridad mostrada en la prueba. Finalmente, los resultados del tipo de apego se organizarán en 4 grupos: apego seguro, inseguro evasivo, inseguro ambivalente y desorganizado.

### **Procedimiento.**

Primero se informará a los responsables de la Unidad de Salud Mental Infantil del Centro de Salud de Campoamor en Alicante de la realización de este estudio y se les pedirá consentimiento para realizarlo en una sala de ese mismo centro de salud y que propongan a 20 padres de niños y otros 20 de niñas diagnosticados de TDAH la participación en el estudio. Por otra parte, se irá al C.P. Joaquín Sorolla a buscar otros 40 voluntarios que no estén diagnosticados de ningún trastorno psicopatológico. Una vez ya conseguido el número de voluntarios necesario, se concretarán unos días y horas para cada niño, ya que en un solo día no sería posible la evaluación de todos los niños.

En el día establecido para el estudio, primero se solicitará el consentimiento por escrito de los padres, a los cuales se les informará de los detalles de la prueba, y se les asegurará el anonimato; y después, las investigadoras procederán a realizar la prueba para determinar el tipo de apego.

### **Tipo de diseño y estudio**

El diseño de este trabajo es correlacional, porque se han relacionado dos variables, el vínculo entre progenitores-hijo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pero también porque no se busca una relación de causa-efecto ni se manipulan variables. Por otra parte, es transversal, ya que únicamente se tomarán datos una vez, y es un estudio de campo porque la prueba se realizará en una sala del centro de salud.

### **Análisis de datos**

Para el análisis de datos se utilizará el programa estadístico SPSS de IBM, que permitirá hacer una inferencia en la población. Se medirá la relación entre variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson, ya que describe el grado en que una variable dista de la otra. Los análisis de correlación se harán con un nivel de confianza del 95%. También se podrá utilizar el análisis de t-student con el mismo nivel de confianza.

## **RESULTADOS ESPERABLES**

Los resultados de las pruebas realizadas a los niños y la investigación posterior, indicarán que el tipo de apego sí puede influir en el desarrollo de TDAH. Por lo que si el apego es seguro, es decir, que el niño recibe confianza y seguridad del cuidador, se descartará el riesgo de desarrollar TDAH. Para el apego inseguro-evitativo, al tener poca interacción con el cuidador, el apego no influirán en el desarrollo de TDAH. En cambio, si el apego es inseguro-ambivalente, que no confían en que sus padres estarán ahí cuando lo necesiten, sí constituirá un riesgo para el desarrollo de TDAH. Por último, en el apego desorganizado, con conductas incoherentes e inseguras, como por ejemplo, acercarse a la madre para, repentinamente, alejarse de ella, también influirá en el desarrollo de TDAH, ya que su figura de apego le crea inseguridad en sí mismo y no le ayuda a autorregularse emocionalmente.

Pero hay que tener en cuenta que los resultados de un único experimento no se pueden considerar como definitivos ni sirven para realizar inferencias en la población.

#### **REFERENCIAS**

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D. C.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bremerton. (1990). Attachment Story Completion Task
- Bowlby, J. (1989). Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.
- Soutullo, C., y Diez, A. (2007). *Manual diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Stiefel, I. (1997). Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hiperactivity Disorder? A Case Discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2 (1), 45-64.

## **Influencia de los distintos patrones de apego en el rendimiento escolar y la autoestima de los niños**

---

**Miriam Serra Navarro**

**Pablo Serrano Serrano**

**Nerea Vieco Vergara**

**Marcial Villalobos Santos**

### **RESUMEN**

Este estudio tiene como principal objetivo analizar la relación entre el vínculo de apego, el rendimiento escolar y la autoestima de los niños. Para llevarlo a cabo se escogerá una muestra de 100 niños de 2 años del mismo entorno socioeconómico y cultural. Con estos niños se realizará el experimento de la situación extraña de Mary Ainsworth (1978), para clasificar el tipo de apego de cada uno en seguro o inseguro. A la edad de 6 años se retomará la misma muestra de niños con la que se comprobará si el tipo de apego que hayan tenido en su infancia ha repercutido en su rendimiento académico y su autoestima. Los resultados esperables son que los niños que hayan mostrado un apego seguro en su infancia obtendrán un rendimiento académico y una autoestima mayor que los niños que hayan crecido bajo un tipo de apego inseguro.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los vínculos más importantes que surge durante la primera infancia es el apego. Según la Real Academia Española (RAE), el apego se define como “vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. No se trata de un sentimiento inmaterial, sino de conductas observables que comienzan de manera refleja” (RAE, 2014).

El psicólogo John Bowlby fue el primero en desarrollar una teoría referente a este concepto, la Teoría del apego (Bowlby, 1969), en la cual se diferenciaban dos tipos de apego: el apego seguro y el apego inseguro.

El apego seguro se da en el 65% de los bebés. Los bebés con este tipo de apego exploran de forma activa mientras están solos con la figura de apego, y pueden tranquilizarse visiblemente cuando los separan de ella. A menudo el bebé saluda a la figura de apego con afecto cuando regresa, y si está muy inquieto, tratará de entrar en contacto físico con ella. Estos bebés son sociables con extraños mientras la madre está presente (Palacios, Marchesi & Coll, 1999).

El apego inseguro se divide en dos tipos: ansioso y ambivalente, pero en este estudio se tratará de manera global. Este tipo de apego se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás (Palacios et al. 1999).

Lo que no consiguen estos niños con apego inseguro es sintonía, la cual se define como la armonía entre el estado interno de los padres y el estado interno de los hijos. Esta suele ser alcanzada cuando unos y otros comparten de manera continua las señales no verbales (Palacios et. al 1999).

En este trabajo pretende relacionar el tipo de apego de los niños con su posterior rendimiento escolar. Según Ruiz (2002) este se entiende como el nivel de conocimiento de un alumno medido a través de una prueba y expresado con una nota numérica.

También se relaciona el tipo de apego de los infantes con su autoestima. Robert B. Burns (1990) define autoestima como el conjunto de las actitudes del individuo hacia sí mismo. El ser humano se percibe a nivel sensorial; piensa sobre sí mismo y sobre sus

comportamientos; se evalúa y los evalúa. Consecuentemente, siente emociones relacionadas consigo mismo.

La diferencia entre los distintos tipos de apego que postuló Ainsworth (1978) hace más de cuarenta años ha provocado la curiosidad de muchos psicólogos, y en los últimos años se han realizado estudios buscando una relación entre el apego y otras conductas (Pérez y Llanos, 1999; Tziner y Tanami, 2013). Recientes estudios demuestran que el apego seguro está relacionado con una mayor empatía y lealtad respecto a sus amigos más cercanos en su posterior etapa escolar, mientras que los niños con apego inseguro tienden a ser más inestables y a presentar una mayor dificultad para relacionarse con el resto de niños (Quiroga y Fanes, 1999). El apego también ha sido estudiado en la etapa adulta y, más concretamente, en las relaciones laborales, en las que el apego inseguro ha sido relacionado con una adicción al trabajo (Tziner y Tzanami, 2013). Por otra parte, es interesante mencionar que en muchos estudios se ha logrado demostrar la clara influencia de los patrones de apego materno y el tipo de apego de los hijos, lo que muestra que es posible heredar el apego (Benoit y Parker, 1994).

Independientemente del apego, también es importante durante los primeros años del periodo escolar evaluar la autoestima de los niños, en especial cuando se han hallado estudios que demuestran que si los niños a esas edades no se sienten a gusto en el centro escolar, es probable que su autoestima se vea afectada negativamente, lo que provocaría la aparición de síntomas depresivos y, como consecuencia, un peor rendimiento académico (Pérez y Llanos, 1999). Es interesante mencionar que, a diferencia de lo que se podría pensar, el número de casos con niños con sintomatología depresiva no aumenta a mayor edad, sino que se presenta un mayor número de casos a edades entre los 8 y 9 años que a la edad de 12 años (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y de las Cuevas, 2013).

En este estudio se pretende relacionar el tipo de apego y el posterior rendimiento académico del individuo, ya que la investigación sugiere que, el tipo de apego establecido en la infancia tiene repercusiones más tarde en diferentes ámbitos. Se quiere comprobar si esta relación se aplica en el aspecto académico y la autoestima del mismo. Los resultados de este estudio ayudarán a situar la importancia del apego en una escala mayor o menor.

## **OBJETIVOS**

*Pregunta problema*

- ¿Existe alguna relación entre el rendimiento escolar de los niños y su autoestima con los vínculos de apego?

*Objetivo general*

- Analizar la relación que existe entre el vínculo de apego, el rendimiento escolar y la autoestima de los niños.

*Objetivos específicos*

- Analizar la relación entre el apego seguro y el rendimiento escolar de los niños.

- Analizar la relación entre el apego inseguro y el rendimiento escolar de los niños.

- Analizar la relación entre el apego seguro y la autoestima de los niños.

- Analizar la relación entre apego inseguro y la autoestima de los niños.

*Hipótesis*

- Los niños con apego seguro tendrán un mejor rendimiento escolar y una autoestima más alta.

- Los niños con apego seguro tendrán un mejor rendimiento escolar.

- Los niños con apego inseguro tendrán un rendimiento escolar más bajo.

- Los niños con apego seguro tendrán una autoestima más alta.

- Los niños con apego inseguro tendrán una autoestima más baja.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Para llevar a cabo este estudio se seleccionará una muestra homogénea de 100 niños y niñas de 2 años de edad procedentes de las distintas escuelas infantiles del barrio Chamartín de Madrid.

### **Variables e instrumentos**

La variable independiente es el *tipo de apego*. Este es el vínculo afectivo que el niño establece con sus cuidadores principales. Para medirlo, se someterá a los niños al experimento de situación extraña, diseñado por Mary Ainsworth (1978). Este consiste en 8 episodios en los cuales participan el cuidador, el niño y un adulto extraño. Se observarán las reacciones del niño en la ausencia del cuidador principal, y en el regreso de este. Con esto se clasificará a los niños y niñas en función de su tipo de apego (seguro e inseguro).

Las variables dependientes serían el *rendimiento académico* y la *autoestima*.

Para medir el *rendimiento académico* se realizará la media aritmética de las notas de todas las asignaturas obtenidas por el individuo en su primer curso escolar (1º de primaria).

La *autoestima* es un conjunto de pensamientos, evaluaciones y sentimientos dirigidos hacia uno mismo. Para la medición de la autoestima se utilizará el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), diseñado por Reynolds y Kamphaus. El BASC es un sistema multimétodo formado por cinco componentes que valoran diferentes aspectos del sujeto: un autoinforme, dos cuestionarios de valoración (uno para padres y otro para tutores), una historia estructurada del desarrollo y un sistema de observación del estudiante. Únicamente se usará el autoinforme, que consta de 12 escalas, agrupadas en ocho escalas clínicas y cuatro escalas adaptativas. En estas últimas se miden las relaciones interpersonales, las relaciones con los padres, la confianza en sí mismo y la autoestima. Solo se analizarán los resultados obtenidos en la variable autoestima.

Hay una serie de variables extrañas que influyen en el rendimiento académico. Entre ellas, cabe destacar la *inteligencia* y el *sexo*.

Respecto a la inteligencia, y aunque no sea una de las principales variables por las que se realiza este experimento, resultaría interesante evaluarla para descartar posibles casos de niños con problemas de aprendizaje o de memoria. Para ello, se usará el K-bit, o test breve de inteligencia, diseñado por Kaufman y Kaufman. El motivo por el que se ha escogido este test es la rapidez de su aplicación, ya que, en general, solo se tarda entre 15 y 30 minutos en realizar. Dicho test está formado por dos subtests: uno que mide el vocabulario y otro de matrices. Este último se encarga de medir las habilidades no verbales y la capacidad para resolver nuevos problemas. Además, evalúa la capacidad para resolver problemas de razonamiento a través de estímulos visuales. Todo esto nos permite llegar a una rápida apreciación de la inteligencia, lo que es ventajoso para el estudio.

Estudios muestran que las chicas estadísticamente obtienen mejores calificaciones que los chicos. Sin embargo, como según las hipótesis del estudio, el tipo de apego estará relacionado con el rendimiento académico y la autoestima de la misma manera en niños que en niñas, no sería útil hacer una distinción en función del sexo.

### **Procedimiento**

Para acceder a la muestra se asistirá a varias de las reuniones de padres en los distintos centros de educación infantil del barrio Chamartín de Madrid. En ellas se planteará el estudio, se explicará el procedimiento a seguir a las familias y se pedirá su colaboración. Se seleccionará una muestra de 100 niños de 2 años.

Una vez extraída la muestra, los niños serán sometidos al experimento de la situación extraña (Ainsworth, 1978), para medir su tipo de apego. De este modo, se distinguirán niños con apego seguro y niños con apego inseguro. Como no se puede evaluar el rendimiento académico a una edad tan temprana habrá que esperar a su ingreso en el colegio. A los seis años de edad, se informará a los padres de que sus hijos continuarán con el estudio. Para evitar que otros factores puedan influir en el rendimiento académico, se utilizarán las primeras calificaciones que obtengan, aunque antes de ello, se les hará realizar el k-BIT (test breve de inteligencia) para descartar niños con problemas de aprendizaje y de memoria. Después, se realizará la media aritmética de las notas de todas las asignaturas, que se utilizará para valorar el rendimiento escolar. A continuación, se utilizará el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC) para medir la autoestima de los participantes. Una vez estén recogidos todos los datos, se pasará al análisis de estos.

#### **Tipo de diseño y estudio**

El diseño de este estudio sigue el *método correlacional*, ya que su objetivo es el de encontrar una relación entre distintas variables (tipo de apego, autoestima y rendimiento escolar).

Atendiendo al momento de medida, se puede ver que es de tipo *transversal prospectivo*, puesto que las medidas de las distintas variables se toman solo una vez, pero a edades distintas (el tipo de apego a los 2 años y el rendimiento escolar y la autoestima a los 6).

#### **Análisis de los datos**

Para el análisis de los datos, se utilizará el programa “IBM SPSS Statistics 20”. Con él, se elaborará una tabla de frecuencias para niños con apego seguro e inseguro, con las variables rendimiento escolar y autoestima. A partir de esta, se realizará la media de las dos variables para determinar en qué tipo de apego toman valores más altos. Además, se calcularán sus desviaciones típicas para conocer la variabilidad de los resultados; y el coeficiente de correlación de Pearson, para medir el grado de relación entre las variables. Por último, se hará una gráfica en la que se vean reflejados los resultados de manera clara.



## RESULTADOS ESPERABLES

Basándonos en los estudios mencionados en la introducción sobre el rendimiento escolar, su influencia en el estado de ánimo de los niños, y la importancia que tienen los distintos patrones de apego en años posteriores a su clasificación, se espera encontrar una clara diferencia entre los niños con apego seguro y los niños con apego inseguro.

Empezando por el apego seguro, y según el estudio de Fanes y Quiroga en 2007, al presentar una mayor empatía y facilidad para socializarse, se espera que estos niños presenten una mayor autoestima. La rápida socialización y adaptación a la vida escolar haría que estos niños tengan mayor facilidad para adaptarse a las exigencias del trabajo en la escuela, por lo que se espera que estos niños presenten un mejor rendimiento escolar.

Respecto al apego inseguro, si los niños con este patrón presentan dificultad a la hora de relacionarse con los demás por su comportamiento irritable y cambiante (Fanes y Quiroga, 2007), se espera que esto afecte negativamente a su autoestima, pudiendo provocar un desinterés por sus notas. En conclusión, esto provocaría un rendimiento escolar deficiente en comparación con los niños con apego seguro.

Finalmente, y mediante este estudio, se espera aportar un mayor entendimiento a la importancia del apego y la autoestima en el niño para su posterior desarrollo y periodo escolar, ya que al ser el inicio de una nueva etapa en la vida del niño es esencial una buena adaptación a este cambio.

## REFERENCIAS

- Benoit, D., Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1457.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., de las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29.
- La fuente, M. J. (2000). Patrones de apego pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo, (de los 70 a los 90). *Revista de psicología general y aplicada*, 53(1), 165-190.
- Palacios J., Marchesi, A., Coll, C. (1999). *Desarrollo psicológico y educación: Psicología evolutiva, Volumen I*. Madrid: Alianza Editorial

- Pérez, L.C., Llanos, A.B.J. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: Un estudio comparativo entre casos y controles. *Revista de investigación educativa*, 17, 89-106.
- Quiroga, M.G., Fanes, M.I. (2007). Apego e hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia psicológica*, 25, 123-124.
- Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica*, 8(2), 27-38.
- Tizner, A., Tanami, M. (2013). Análisis de las relaciones entre apego, perfeccionismo, potencial de motivación laboral, compromiso en el trabajo y adicción al trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29.