

Sumario

Concepto lego de estrés en estudiantes universitarios <i>Francisco Revuelta-Pérez, Luisa María Rodríguez-Fernández, Francisco J. Atienza Martín y Carmen Losada Ruiz</i>	1
Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente <i>María Teresa Rosique Sanz y Teresa Sanz Aparicio</i>	17
Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: un estudio de caso <i>María Xesús Froján Parga, Nerea Galván Domínguez, Isabel Izquierdo Alfaro, Elena Ruiz Sancho y Carlos Marchena Giráldez</i>	25
Funcionamiento sexual y personalidad: análisis diferencial en función del género <i>Livia García Pérez, Ignacio Ibáñez Fernández y Borja Romero Martín</i>	39

Summary

Lay concept of stress in college students

Francisco Revuelta-Pérez, Luisa María Rodríguez-Fernández,

Francisco J. Aienza Martín and Carmen Losada Ruiz 1

Cognitive-behavioral therapy in major depression, dysthymia and persistent suicidal ideation

María Teresa Rosique Sanz and Teresa Sanz Aparicio 17

Analysis of client's maladaptative verbalizations and their relationship with therapist's punitive verbalizations: A case study

María Xesús Froján Parga, Nerea Galván Domínguez, Isabel Izquierdo Alfaro,

Elena Ruiz Sancho and Carlos Marchena Giráldez 25

Sexual functioning and personality: A differential analysis according to sex

Livia García Pérez, Ignacio Ibáñez Fernández and Borja Romero Martín 39

Concepto lego de estrés en estudiantes universitarios

Francisco Revuelta-Pérez
Universidad de Huelva

Luisa María Rodríguez-Fernández
Universidad de Huelva

Francisco J. Atienza Martín
*Unidad de Gestión Clínica
Virgen de África (Sevilla)*

Carmen Losada Ruiz
Unidad de Gestión Clínica Las Adoratrices (Huelva)

RESUMEN

El término estrés ha llegado a ser uno de los más utilizados en el contexto de la salud y la enfermedad. No obstante, no hay un consenso generalizado acerca de su definición por parte de los profesionales pertinentes, como tampoco por lo que respecta a los no expertos. Si es importante esta cuestión en relación con los primeros, no deja de serlo para los segundos. En general, las creencias, conceptos y teorías legas afectan a las percepciones de las personas y a las actitudes y comportamientos que de ellos se derivan. La idea que se tenga de lo que es el estrés, sus causas y sus consecuencias influyen en su posible vivencia, en sus desencadenantes probables y en sus repercusiones potenciales. Hasta la fecha, se han realizado muy pocas investigaciones de las representaciones legas del estrés. La presente investigación intenta aportar conocimiento sobre dichas concepciones en una muestra de estudiantes, así como al modo posible de organizar y clasificar las respuestas de los participantes. Los resultados obtenidos, entre otras cosas, indican que las palabras más utilizadas para su definición han sido las de agobio, nervios y ansiedad. Asimismo, que el esquema general es el de entenderlo como una relación estímulo-respuesta, sin que se mencionen posibles variables moderadoras entre ellos. Se analizan y discuten los datos con propuestas para investigaciones futuras.

Palabras clave: estrés, concepto lego, representación lega, estudiantes universitarios, análisis de contenido.

ABSTRACT

The stress term has become one of the most used in the context of health and disease. However, there isn't a general consensus about its definition neither among the relevant professional, nor with respect to no experts. If this issue is important regarding the first, does not cease to be for the second. In general, beliefs, concepts and lay theories affect people's perceptions, attitudes and behaviors which flow from them. The idea that people have of what is stress, its causes and its consequences may influence in their possible survival, their likely triggers and their potential impact. To date, very few investigations of lay representations of stress have been made. This research, via qualitative analysis, tries to provide knowledge about these ideas in a sample of students, as well as the possible mode to analyze and sort out the answers of the participants. The derived results, among other things, indicate that the most used words for their definition has been overwhelmed, nerves and anxiety. Likewise, the general scheme is to understand stress as a stimulus-response relationship, without mentioning intervening variables. The data are analyzed and discussed with suggestions for the future research.

Keywords: stress, ley concept, lay representation, university students, content analysis.

En la actualidad el término *estrés* es utilizado con frecuencia por distintos colectivos profesionales; especialmente, por aquellos que pertenecen al campo sanitario. No obstante, hace algunas décadas también se difundió entre la población en general y ha llegado a formar parte del vocabulario al uso de ésta. Como es obvio, la extensión de su empleo se debe al interés que ha despertado; entre otras razones porque se le ha relacionado con la salud y sus trastornos (Lledó-Boyer et al., 2010) y con dificultades, problemas y consecuencias en el ámbito laboral (Lee, Joo, & Choi, 2012) aunque, como se verá más adelante, existen otros motivos. Una simple búsqueda de dicha expresión por Internet dará en breve millones de hipervínculos, muchísimos más si se pone con la grafía inglesa de *stress*. Un reflejo del interés suscitado por el estrés se encuentra en la gran cantidad de artículos en revistas especializadas (Hagenaars, van Minnen, & de Rooij, 2010), de investigaciones (Andújar & Revuelta, 2009), de libros o de capítulos específicos (Conrad, 2011; Juster & Lupien, 2012), de textos divulgación (Revuelta & Andújar, 2007) o de material de autoayuda (García, 2013), algunos de estos con mucho más que una dudosa evidencia empírica y validez.

Sin embargo, a pesar de toda la atención que ha recibido el estrés, existe un problema importante en cuanto a lo que se entiende por él tanto en el ámbito académico y/o profesional como en el popular. En el primero, se suele hablar que sus definiciones responden a tres tipos de modelos: de respuesta, de estímulo e interaccionista; si bien, en la actualidad el más aceptado es el último, del que se declara que integra a los dos anteriores, aparte de po-

ser sus peculiaridades específicas. Pero con esto no se han resuelto los problemas de su conceptualización. Así, por ejemplo, Kinman y Jones (2005), considerando que el estrés es el producto de un desequilibrio entre las evaluaciones de las demandas ambientales y los recursos personales, plantean que, operacionalmente, no suele apreciarse una distinción clara entre los estresores –i.e., demandas o estímulos sobre el organismo- y las tensiones –es decir, las respuestas a esas demandas-.

El concepto de estrés, como señalan Lewig y Dollard (2001), es polifacético y, por ello, muchos plantean que todavía no se ha definido de manera adecuada. Incluso hay quienes sostienen que es primordial una reevaluación del estrés y de la teoría del afrontamiento, más que seguir con su desarrollo. Así, Britner, Harris y Daniels (2004) cuestionan los principios de las teorías del estrés desde dos perspectivas: (a) contrastando los datos de historias procedentes de terapias con las ideas simplistas –así las denominan- de la teoría del estrés y del afrontamiento, y (b) realizando un examen crítico en conjunto de ciertas suposiciones, como es el de si los estresores estuvieran por *ahí* en el ambiente y los individuos fueran a través de un proceso de evaluación primaria y secundaria cuando tratan con los aspectos potencialmente dañinos de dicho ambiente. Para estos autores, las formulaciones que se realizan sobre el estrés y el afrontamiento tienen un valor muy reducido y proponen como fundamental, ante estas graves limitaciones, un replanteamiento en este campo.

En este punto podría formularse la pregunta siguiente: ¿por qué habiendo todas estas crí-

ticas es posible la gran difusión del término y el gran número de investigaciones y publicaciones relacionadas con el estrés? Kinman y Jones (2005) sugieren que precisamente esa falta de especificidad de su concepto puede constituir un atractivo, ya que cabe la oportunidad de adoptar diversas definiciones y albergar bajo su cabecera potenciales estresores, tensiones y variables intervinientes. Por su parte, Barley y Knight (1992) en cuanto al crecimiento de la popularidad del estrés entre el público en general, plantean que es atribuible a su valor explicativo de amplia base, pudiendo dar cuenta de una extensa variedad de factores ambientales negativos, estados sentimentales, sensaciones físicas y cogniciones.

Barley y Knight, admitiendo que el enfoque tradicional del estrés como un fenómeno físico ha sido muy útil para el diagnóstico y tratamiento de los síntomas relacionados con él, exponen que es poco efectivo para explicar el aumento tan destacado de su uso en la sociedad moderna o la distribución social de las quejas del estrés. Si bien la comunidad científica, habitualmente, han interpretado estas dificultades como evidencia de la necesidad de mejorar modelos, medidas y diseños de investigación, estiman que habría que tomar al estrés como un fenómeno tan cultural como psicofísico, proponiendo una teoría cultural del estrés, en la cual este funcionaría como un símbolo cultural.

Si se contempla lo anterior, es fácil percibir que se dan repercusiones humanas, económicas y sociales en base al concepto de estrés que tengan las personas no expertas, en cuanto a la evaluación de los acontecimientos, va-

lor etiológico del estrés, a padecimientos, búsqueda de ayuda profesional, intervenciones, expectativas, costes sanitarios, etc. (Furnham, 1997; Ro et al., 2010). Las creencias de un individuo pueden afectar a sus percepciones y, por tanto, a las acciones que desarrolle (Kinman & Jones, 2005). Aquí podría aplicarse el llamado teorema de Thomas, descrito en 1928: «si los hombres definen las situaciones como reales, son reales en sus consecuencias». Por ello, es conveniente el conocimiento de las creencias, conceptos y teorías legas sobre muchas cuestiones (Furnham, 1988; Henderson, 2010; Pelechano, 2010; Sawamura et al., 2012; Schwartz et al., 2012), como es el caso del estrés; si bien, es procedente indicar que lo lego y lo científico no tienen por qué ser obligadamente diferentes –la divulgación científica puede tener sus efectos sobre creencias y comportamientos de los no expertos y ser mutuamente reforzantes (Mulhall, 1996; Pollock, 1988)-. En concreto, Parker, Finkel e Indice (1993) encontraron que los legos y los profesionales compartían creencias similares y bastante estables en cuanto a las relaciones entre el estrés y problemas de salud particulares. De todas formas, esto no es siempre así, por lo que conocer las diferencias en el uso del lenguaje, como afirma Clark (2003), facilita la sintonía con los pacientes a la hora de entender la descripción de sus dificultades y problemas, lo que puede favorecer el proceso terapéutico (Keys, Kaiser, Kohrt, Khoury, & Brewster, 2012) y podría disminuir los llamados encuentros difíciles (Atienza, Rodríguez-Fernández, Revuelta-Pérez, Losada, & Marín, 2012). Habría que añadir, también, que lo lego no ha de ser necesariamente simple y,

lo experto, complejo (Pelechano & González-Leandro, 2004).

En la actualidad, la evidencia sugiere que el estrés es un importante constructo lego para explicar muchas enfermedades y dolencias, especialmente a nivel etiológico, desde la fatiga (Aaronson, Pallikkathayil, & Crighton, 2003), presuntos síntomas menopáusicos (Conboy, Domar, & O'Connell, 2001), esquizofrenia (Broussard, Goulding, Talley, & Compton, 2010) a la hipertensión (Marshall, Wolfe, & McKeivitt, 2012; Parker, Finkel, & Indice, 1993) y la enfermedad coronaria (French, Marteau, Senior, & Weinman, 2002), entre otras.

Por otro lado, Rydstedt, Devereux y Furnham (2004) hallaron relaciones significativas entre las creencias legas del estrés laboral en la línea base y la tensión mental percibida, al cabo de catorce meses, utilizando para ello un cuestionario. En este estudio se centraron en las causas y alivios percibidos del estrés.

Mostrado lo anterior, cabría hacer la pregunta acerca de si el concepto lego de estrés es tan diverso como el profesional o no. Para esta cuestión la respuesta parece ser afirmativa. La variedad conceptual entre los expertos también aparece en las representaciones legas (Helman, 1985; Pollock, 1988). Sin embargo, hasta el presente se han llevado a cabo muy pocas investigaciones sobre este asunto, a pesar del gran uso del vocablo en muy distintas circunstancias y casi como un comodín explicativo de problemas o sufrimientos. Eso no es óbice para que se generen algunas inferencias de los pocos trabajos existentes. Ogden (2007), por ejemplo, en su libro sobre Psicología de la salud, dice que los no expertos lo definen en

términos como presión, tensión, fuerzas extrañas desagradables o una respuesta emocional, pero no ofrece ninguna referencia formal. Por otro lado, Pollock (1988) manifiesta que, en el caso del estrés, existen muchas similitudes entre expertos y los que no lo son, dado que su difusión ha corrido paralela a su desarrollo teórico y sostiene que se trata de un concepto manufacturado que ha llegado a ser un hecho social, con un efecto marcado y directo sobre las creencias legas y los comportamientos.

Como se ha comentado, existen pocos trabajos empíricos específicos; entre éstos se encuentran los de Clark (2003), Helman (1985), Jex, Beehr y Roberts (1992), Kinman y Jones (2005) y Lewig y Dollard (2001). En el primero se entrevistó a 42 pacientes, unos con problemas respiratorios y, otros, gastrointestinales. Helman encontró que las emociones y el estrés se daban como explicaciones etiológicas en un 95% de los casos pero, además, observó una cierta variedad en lo que se entendía por estrés. Estaban los que hacían referencia a respuestas del organismo, como sentirse apretado o tirante; y los que se orientaban al modelo de estímulo, con mayor fijación en los conflictos externos (con la pareja, hijos, amigos o vecinos). Incluso hubo quien argumentó que tenía una tendencia genética que le colocaba el estrés psicológico dentro de su cuerpo.

Posteriormente, Jex, Beehr y Roberts (1992) citan cómo los dos últimos autores persiguieron la detección de lo que había de común en el uso de la palabra *estrés* entre los investigadores, buscando manualmente entre los artículos de seis revistas importantes en el comportamiento organizacional. Cada artículo en

los que aparecía dicho término o el de *estresante* se asignó a una de las siguientes categorías: estímulo, respuesta, estímulo-respuesta y empleo no claro. Los desacuerdos fueron clasificados por consenso. De los 51 hallados, 21 (41%) utilizaban alguna de esas palabras para referirse a condiciones de estímulo; 11 (22%), a respuesta; 13 (25%) a condiciones estímulo-respuesta; y 7 (14%) a los no claros. Según informaron, aunque hubo una leve tendencia de los investigadores para la definición como estímulo, existía una considerable variación.

Otro de los trabajos es el de Lewig y Dollard (2001) en el que se estudia lo que se vertía en los medios escritos australianos con respecto al estrés, en este caso, laboral. Seleccionaron para ello rotativos importantes de aquel país, durante el periodo de un año. Los artículos se examinaron de acuerdo con las ideologías y temas dominantes y se dio atención al lenguaje utilizado para describirlo, el público objetivo y las voces representadas en ellos. Los resultados mostraron que el estrés laboral se representaba como una epidemia económicamente costosa, una consecuencia de condiciones laborales desfavorables pero con remedios individuales y situados preferentemente en el sector público. Se aprecia, pues, sobre todo el enfoque de estímulo y una perspectiva no mecanicista.

Por su parte, Clark (2003) entrevistó a un total de 14 pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio (IM), a las 48 horas de producido, a la semana, al mes y a los tres meses. Al final tuvo 44 entrevistas con las que efectuó un análisis cualitativo. Aunque le interesaban, fundamentalmente, las relaciones de las

creencias legas del estrés con la citada patología, obtuvo algunas conclusiones en cuanto al concepto del mismo, siendo este considerado como: (a) una parte de la vida cotidiana, (b) una causa del IM, (c) una norma social, (d) un rasgo personal, (e) una respuesta a los acontecimientos vitales mayores, y (f) una respuesta a los acontecimientos diarios.

En el primero de los grupos, *el estrés como parte de la vida cotidiana*, se encuadraban las respuestas que lo asociaban con la vida diaria, sin que se considerara como una consecuencia del IM. En el segundo, *como causa del infarto de miocardio*, el estrés se vinculó con una vida ocupada o con exigencias, asociadas al trabajo, con circunstancias angustiantes y con problemas en las relaciones, que incidían a nivel orgánico. En el tercero, *como una norma social*, el estrés cotidiano se veía procediendo de una sociedad más amplia, con un estilo de vida apresurado. En el cuarto, *como un rasgo personal*, el estrés se fundaba en la predisposición del individuo ante determinadas situaciones. En el quinto, *como una respuesta a los acontecimientos vitales mayores*, se identificaba con situaciones particulares (p. ej., el divorcio). Y, en el sexto, *una respuesta a los acontecimientos diarios*, se asoció con lo que sucedía en el día en las vidas (p. ej., relaciones familiares problemáticas). Puede percibirse una correspondencia con los modelos de estímulo y de respuesta.

Debido a la muestra tan pequeña los resultados no son generalizables, si bien, están en cierto modo en consonancia con lo que se recoge en la escasa literatura, con un cierto solapamiento de las perspectivas legas y profesionales. De todas formas, los grupos realiza-

dos tienen el inconveniente de no ser del todo excluyentes. Por otro lado, hay que tener presente que a dichos pacientes se les proporcionaron folletos sobre el infarto de miocardio y los factores de riesgo, previamente a las entrevistas, que pudieron mediatizar las respuestas.

Centrándose en el estrés laboral, Kinman y Jones (2005) realizaron un análisis de contenido de las respuestas a una entrevista semiestructurada con 45 individuos de distintos trabajos. Encontraron similitudes y diferencias entre los discursos legos y profesionales, concluyendo que las representaciones del estrés laboral eran polifacéticas, con un amplio rango de factores personales, ambientales y sociales, considerando que sus hallazgos presentaban un rango diferente y más complejo en la definiciones de estrés laboral y de la manera en cómo impactaba en relación con estudios anteriores.

En conclusión, el concepto lego de estrés está todavía muy inexplorado y, sin embargo, como se ha expuesto tiene especial importancia no sólo por lo meramente relativo a su conocimiento sino por sus repercusiones humanas, sociales y económicas. Dentro de una línea de investigación más general en el campo de las creencias, conceptos y teorías legas, el presente estudio tiene como objetivos averiguar, en una muestra de estudiantes universitarios, cuáles son los términos más empleados para definir el concepto de estrés a nivel lego, verificar si las definiciones de los no expertos pueden agruparse bajo los modelos de respuesta, estímulo e interaccionista y tratar de encontrar un esquema básico de la representación lega del estrés.

Método

Muestra

En un principio la muestra estuvo formada por un total de 140 estudiantes universitarios de primer curso. De ellos, tres no respondieron a la pregunta efectuada y uno ofreció una respuesta inclasificable, por lo que los análisis se han llevado a cabo con 136 sujetos, de los cuales 37 (27,2%) eran varones y 99 (72,8%), mujeres. La edad osciló entre los 17 y los 52 años, con una media de 20,03 ($DE = 4,061$) y una mediana de 19 y una moda de 18. No hubo ningún criterio de exclusión.

Procedimiento

A los sujetos, en el aula, se les invitó nada más comenzar el curso académico a participar voluntariamente en este trabajo. No se produjo ninguna oposición a responder a las preguntas que se les formularan. No obstante, antes se hizo una lectura pública de los objetivos de la investigación así como del anonimato que se mantendría sobre los participantes, enfatizando el hecho de que ningún dato facilitaría o daría a conocer la identidad de cualquiera de ellos. Se les comunicó, además, que los resultados se emplearían dentro de la temática de la docencia.

Cuestionario

Dadas las características del estudio no se elaboró un cuestionario extenso. Los individuos tan solo tenían que responder a la pregunta siguiente: *De forma concisa, díganos lo que significa para usted estrés o estar estresado. Se trata de que exponga lo que cree que verdaderamente es, al margen de que coincida o no*

con lo que le hayan dicho, leído o escuchado por cualquier medio. Las respuestas se registraron por escrito por parte de los propios participantes.

Análisis de las respuestas

Una vez agrupadas las respuestas de cada sujeto a la pregunta citada se procedió a realizar un conteo de palabras clave o de sus derivaciones lingüísticas en las definiciones ofrecidas para la identificación de las más mencionadas. Aunque de carácter arbitrario, se estimó procedente, teniendo en cuenta el número total de la muestra, tomar como criterio todas aquellas que había sido utilizadas diez o más veces. Asimismo, mediante la herramienta *contar palabras* de un programa de tratamiento de texto se registraron el número de palabras, el de caracteres sin espacios y el de los mismos con espacios, con el propósito de establecer comparaciones con otras muestras diferentes en un futuro.

A continuación se llevó a cabo un análisis de contenido de las definiciones, siguiendo las recomendaciones de Polit y Hungler (1991/1994) y de Sommer y Sommer (1997/2001).

Después de varias revisiones se optó por establecer en primer lugar cuatro categorías, relacionadas con los agrupamientos que se hacen en la literatura académica sobre el concepto de estrés. La primera de ellas era *estímulo*. En este caso, se registraban aquellas respuestas que sólo aludían en la definición estímulos para indicar lo que era el estrés. La segunda, *respuesta*, similar a lo anterior, pero aquí sólo si se hacía mención a respuestas. La tercera *estímulo-respuesta*, si el sujeto indicaba las

dos anteriores. Y, la cuarta, *no mecanicista*. Con esta última se pretendía averiguar si la persona entendía el estrés como algo más allá de lo meramente mecánico y reflejaba algo que tuviera que ver con un proceso, transacción o interacción. Teniendo en cuenta que en más de una redacción se dieron problemas de interpretación en este aspecto se adoptó el criterio de que el respondedor sugiriera una cierta relatividad en la respuesta de estrés en base al proceso de evaluación cognitiva; esto es, algún signo de superación de un punto de vista mecanicista del estrés. Algunos ejemplos de contestaciones de estas características pueden ser: «El estrés depende de las características personales de cada uno», «El estrés depende de la forma que tiene esa persona de realizar sus actos y en su manera de pensar y vivir la vida» o «El estrés se pasa intentando enfocar el problema de *forma positiva*».

Posteriormente, se llevó a cabo un segundo análisis de contenido pero, en este caso, con los estímulos, por un lado, y con las respuestas, por otro. Con el fin de no caer en errores o, más bien, en interpretaciones inadecuadas o fallidas se decidió simplificar al máximo las categorizaciones. Con este intención, para estímulo se formaron tres grupos: a) *situaciones o estímulos negativos, adversos o que presionan*; b) *factor tiempo*, si el sujeto resaltaba que esta variable jugaba un papel en el desencadenamiento del estrés; y, c) *estilo de vida*, cuando se hacía referencia al mismo (ver Tabla 1).

Con respecto a respuesta, los grupos fueron cinco: a) *activación, alteración, saturación y similares*: aquí se han recogido todas aquellas contestaciones en las que se ha entendido el

estrés como algo que activa al sujeto; b) *desactivación, bloqueos e incapacidades*, lo contrario de lo anterior, pero añadiendo el hecho de que puede generar pérdida de capacidad personal en cualquier sentido; c) *repercusiones sobre la salud y síntomas físicos*, cuando se ha considerado que la respuesta de estrés origina síntomas físicos o que afecta, en general y de manera negativa, a la salud; d) *malestar e incomodidad*, expresado de una manera más bien global; y e) *explicaciones psicológicas*, si se ha expresado algo relativo a los aspectos psicológicos en la respuesta (ver Tabla 2).

Resultados

El término más mencionado, con sus derivaciones lingüísticas, fue *agobio*, que tuvo 57 citaciones, correspondientes a 49 sujetos, ya que uno lo empleó tres veces en su definición y, seis de ellos, dos veces. Le siguieron *nervios* (35), *ansiedad* (25), *malestar* (20), *tensión* (13), *acumulación* (12) y *presión* (11). Con estos últimos no se produjeron repeticiones a la hora de definir el estrés (ver Tabla 3).

En relación con el número de palabras la media se ha situado en 35,04 ($DE = 21,01$), osci-

lando desde 7 a 221 y una moda de 25. Con los caracteres sin espacio ha sido de 164,46 ($DE = 69,52$), yendo desde 33 a 414 y con una moda de 106. Y, con los caracteres con espacio, de 196,19 ($DE = 81,85$), con un mínimo de 39 y un máximo de 494 y una moda de 154. Entre varones y mujeres no hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de palabras utilizadas, pero sí en el número de caracteres tanto sin espacios ($t = 2,151, p = 0,033$) como con espacios ($t = 2,125, p = 0,035$).

En cuanto al primer nivel de categorización los resultados son los siguientes: únicamente 4 sujetos, el 2,9%, indicaron sólo estímulos, 22 (16,2%), exclusivamente respuestas, y, las dos cosas, 110 (80,9%). En cuanto a la consideración de un sustrato no determinista, expresiones o frases que pudieran indicar una cierta relatividad en la respuesta de estrés, con una impronta no mecanicista que diera a entender la participación variables personales, entre otras, se percibió en 13 participantes, el 9,6%.

Por lo que respecta al tipo de estímulos indicados, fue básicamente el que hace referencia a los que activan o presionan (112, 82,4%), aunque un grupo no demasiado pequeño (35,

Tabla 1

Ejemplos de descripciones utilizadas como estímulos, según distintas categorías para definir el estrés.

Categorías de estímulos	Ejemplos
Situaciones o estímulos negativos, adversos o que presionan	«Tener muchas actividades que hacer» «Aparece cuando tienes muchos problemas» «Provocado por la sucesión de distintas situaciones no agradables para un sujeto»
Factor tiempo	«Por no tener tiempo suficiente» «Aparece cuando disponemos de poco tiempo para desempeñar una tarea» «Por la aproximación de una fecha»
Estilo de vida	«Causado por sus hábitos de vida» «Debido a la vida que llevamos»

Tabla 2

Ejemplos de descripciones utilizadas como respuestas, según distintas categorías para definir el estrés

Categorías de respuestas	Ejemplos
Activación, alteración, saturación y similares	«Estado de tensión o alerta» «Sensación de agobio» «Estado de nerviosismo»
Desactivación, bloqueos e incapacidades	«Estar en un estado de ánimo depresivo o bajo» «Nos hace sentir incómodos» «No eres capaz de nada»
Repercusiones para la salud y síntomas físicos	«Afecta fisiológicamente» «Provoca graves consecuencias para la salud» «Con síntomas como opresión en el pecho, dolor de cabeza, taquicardias...»
Malestar e incomodidad	«Estado de malestar interior» «El estrés es un estado de ánimo en el que la persona se encuentra incómoda» «Definiríamos el estrés como una sensación de malestar mental»
Explicaciones psicológicas	«Tener un gran problema psíquico» «Estado de desorden mental» «Estado mental desconcertado no estable»

25,7%) estimaba como factor relevante en esa activación o presión las fechas o el hecho temporal. El estilo de vida, algo que podría parecer más relevante, fue citado nada más que por 2 personas (1,5%).

Por su parte, lo que se refiere a la clase de respuestas, la frecuencia más elevada fue para el primer grupo de la categorización, aquellas que suponen una activación o alteración de carácter agobiante, nervioso, ansioso o similar

Tabla 3

Términos y sus derivaciones lingüísticas más citados, por encima de diez veces, y número de participantes que los mencionaron en sus definiciones de estrés

Término	Citaciones	n
Agobio	57	49 (36,03%)
Nervios	35	35 (25,74%)
Ansiedad	25	25 (18,38%)
Malestar	20	20 (14,71%)
Tensión	13	13 (9,56%)
Acumulación	12	12 (8,52%)
Presión	11	11 (8,09%)

(100; 73,5%), seguido por lo contrario pero a distancia. En concreto, el segundo grupo, de desactivación, bloqueos o incapacidades, englobó a 34 sujetos (25,0%). A continuación, la afectación a la salud y los síntomas físicos (32; 23,5%), los síntomas y fenómenos psicológicos (19; 14,0%) y el malestar e incomodidad (17; 12,5%) (ver Figura 1).

Para averiguar si el sexo era o no independiente en las distintas categorías se utilizó la prueba de chi cuadrado. No obstante, la distribución de frecuencias ha sido muy desigual y las observaciones en algunos grupos muy bajas, con valores incluso de 0 y 2. Por ello, no se presentan los valores obtenidos, aunque se ofrece la información de que en todos los casos no se rechaza la hipótesis de independencia.

Por tanto, el modelo mayoritario en los participantes es el establecido por uno o varios

estímulos que producen tal o tales respuestas en el organismo. Los estímulos suelen ser aquellos relacionados con las situaciones negativas, adversas o que ejercen presión sobre la persona (p. ej., tener muchas cosas que hacer, situación problemática...) y las respuestas las relativas a la activación o alteración (p. ej., ansiedad, nerviosismo...).

Discusión

El conocimiento de conceptos y teorías legas es un campo importante por cuanto tienen un papel relevante en muchas áreas y en comportamientos. Muchas decisiones, por ejemplo, están muy determinadas por las creencias que tienen las personas, las cuales no siempre se ajustan a lo que es más objetivo o a lo que los resultados científicos vienen indicando. Parece evidente, a partir de aquí, que es muy

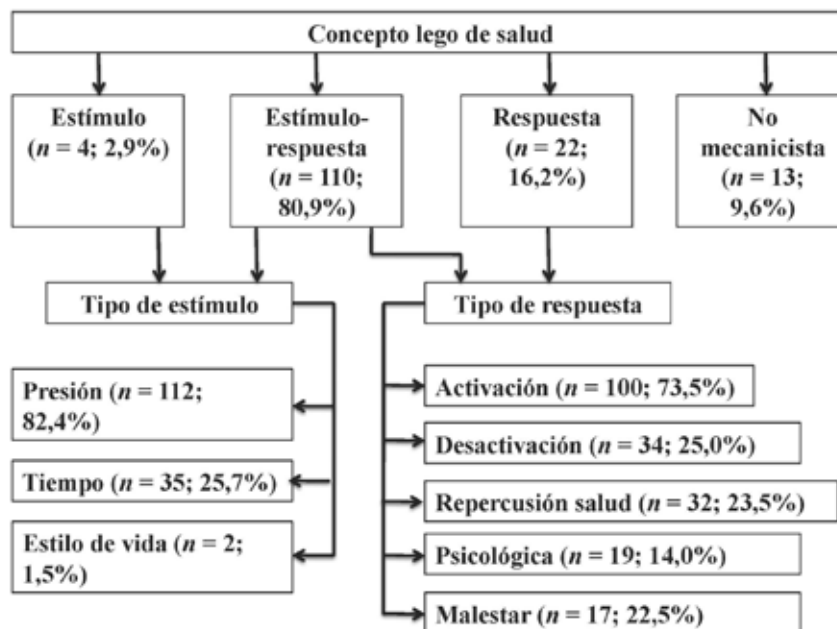


Figura 1. Frecuencias de modelos legos de estrés y de categorías de estímulos y respuestas.

Nota. Por razones de espacio se han simplificado las categorías, salvo no mecanicista y estilo de vida. Presión = situaciones u otros estímulos negativos, adversos o que presionan; Tiempo = factor tiempo; Activación = activación, alteración, saturación y similares; Desactivación = desactivación, bloqueos e incapacidades; Repercusiones salud = repercusiones sobre la salud y síntomas físicos; Psicológica = explicaciones psicológicas; y Malestar = malestar e incomodidad.

conveniente y necesario, en bastantes ocasiones, saber cuáles son las ideas, los conceptos y las teorías elaboradas por las personas legas en materias como la salud y la enfermedad y en todo lo relacionado con ellas. Cabe, por tanto, afirmar que parece procedente averiguar lo concerniente a las representaciones legas sobre el estrés, término muy difundido y empleado, no sólo entre académicos y profesionales sino, asimismo, entre los no expertos o legos y este ha sido el objetivo fundamental del presente trabajo.

En primer lugar, los resultados indican que los términos más utilizados y que superan en su uso un 25% o más de la muestra han sido sólo dos: *agobio* y *nervios*, siguiendo, pero por debajo de un 19%, ansiedad, malestar, tensión, acumulación y presión. Por tanto, aunque otras expresiones señaladas por Ogden (2007) también aparecen en la presente investigación existe una diferencia en cuanto a su frecuencia de aparición pues son menos nombradas. En este asunto particular, sería deseable la comparación de estos resultados con los que se obtuvieran con personas de otras edades, niveles académicos y circunstancias. Otros autores, como Kinman y Jones (2005) han puesto algunos ejemplos de los términos utilizados por sus sujetos de la muestra pero no aportan ningún dato adicional que permita la comparación con los aquí obtenidos.

Contemplar el número de palabras en las definiciones tiene que ver, aparte de ser un posible indicador de fluidez verbal, con la mayor o menor riqueza de elementos que introduzca el sujeto. Aunque está pendiente de acabar el estudio, los primeros datos con una muestra

de pacientes crónicos en curso apuntan a definiciones bastante más cortas del estrés. Habrá que comprobar si esto es debido a formación académica, pues la muestra está más compuesta por personas con más bajo nivel educativo, o por otras razones. Resulta curioso el resultado en cuanto a que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en el número de palabras empleadas, pero sí por lo que respecta a la cantidad de caracteres, con y sin espacio. De momento, no se presenta una explicación viable; si bien, en principio, parece como si las mujeres utilizaran palabras con más sílabas.

En el presente estudio los sujetos optaron por definiciones que se encuadraban en el grupo estímulo-respuesta (78,6%), estando a mayor distancia los que sólo ofrecieron definiciones del modelo de respuesta (15,7%) y a mucho más los que únicamente hicieron referencia al de estímulo (2,9%). Difieren estos resultados con personas legas de los de Jex et al. (1992) para profesionales. Dichos autores encontraron dentro del grupo de estímulo el 41% de las concepciones de estrés, del de respuesta el 22% y del de estímulo-respuesta el 25%. De todas formas, lo que presentan estos autores sorprende en alguna medida puesto que ya en ese periodo iba asentándose en el terreno profesional el enfoque interaccionista (Lazarus & Folkman, 1984/1986). Tampoco concuerda esto con la revisión de medios escritos australianos llevada a cabo por Lewig y Dollar (2001) quienes identificaron el uso del término estrés primordialmente desde el enfoque de estímulo.

Tan solo el 9,6% dieron una visión no mecanicista del estrés. No puede asegurarse que el

resto de los sujetos (90,4%) tengan una perspectiva contraria. En investigaciones posteriores sería un elemento a dilucidar puesto que los determinismos son susceptibles de coadyuvar o entorpecer, según su sentido, los resultados de las intervenciones de reducción o de control del estrés.

En cuanto a la categorización de estímulos mencionados por los participantes, la mayor parte (82,4%) los identificaban con situaciones o circunstancias que activan a la persona, que ejercen una presión sobre el organismo. Resultado que no resulta extraño a partir de un mero acercamiento a este tema. Eso sí, hubo un subgrupo (25,7%) que adjudicaron la razón de esa activación al factor temporal; esto es, no era tanto lo que hubiera que hacer (tarea, obligación o lo que fuera) lo relevante sino el cuándo o, más bien, para cuándo. También esto está en consonancia con lo que muchas veces se difunde por los medios de comunicación o en las historias de novelas o de películas. Sin embargo, algo a lo que, a veces, se recurre para explicar el estrés, el estilo de vida, ha sido mencionado muy marginalmente (1,47%).

Los datos obtenidos en cuanto al tipo de respuestas dadas por el organismo como proceso de estrés fueron coherentes con lo anterior; esto es, similarmente, los participantes indicaron que el estrés era una respuesta de activación o alteración de carácter agobiante, nervioso o similar (73,5%), mientras lo contrario, la desactivación, bloqueos o incapacidades fueron sólo el 25,0%. Sin embargo, en la consideración de la respuesta de estrés también es de destacar el que afectaba a la salud, los síntomas físicos, los síntomas y fenómenos

psicológicos y el malestar o incomodidad. En las respuestas a la pregunta realizada se observa variedad pero no parece ser tanta como la manifestada por Helman (1985) en su trabajo pionero.

Para ninguna de las categorías establecidas se ha encontrado diferencias entre varones y mujeres. En principio, se desconocen trabajos que pudieran reflejar algún matiz con esta variable.

Por tanto, el modelo mayoritario en los participantes es el establecido por uno o varios estímulos que producen tal o tales respuestas en el organismo. Subyace que existe un proceso pero no se especifica si se trata de algo mecánico o no, lo que es importante tener en cuenta de cara a los programas del manejo del estrés. Los estímulos suelen ser aquellos relacionados con las situaciones negativas, adversas o que ejercen presión sobre la persona (p. ej., tener muchas cosas que hacer, situación problemática...) y las respuestas las relativas a la activación o alteración (p. ej., agobio, nerviosismo...).

Por supuesto, está el problema de la generalización de los resultados presentados. Se trata de una muestra muy concreta, estudiantes universitarios. No obstante, lo principal ha sido iniciar un camino, pues no parece haber trabajos previos, y establecer una metodología de análisis de las respuestas a la pregunta planteada. Desde esta perspectiva puede concluirse que merece la pena el esfuerzo en este área de conocimiento.

Sería procedente para futuras investigaciones comparar estos resultados con los de otras muestras, en base a distintos criterios (p. ej.,

por grupos de edad, enfermedad crónica, etc.) y ver posibles relaciones con niveles de estrés autopercebido, diferentes síntomas físicos y psicológicos, así como con la calidad de vida. Pero, además, hay algo a lo que habría que darle un especial importancia implementando la manera de articularlo en futuras investigaciones: la cuestión del no mecanicismo de la respuesta de estrés. Es conocido que cuando alguien establece una relación causa-efecto entre dos hechos –aunque no exista realmente tal vínculo causal–, en bastantes ocasiones, se aumenta la probabilidad de que tal asociación se produzca –lo que es explotado en el contexto sanitario por la industria farmacéutica–, como ocurre, por ejemplo, con muchas quejas psicosomáticas. En el proceso del estrés participa un buen número de variables y, en más de una, es posible ejercer un control en diverso grado, lo que hace que no sea del todo inevitable que si sucede A habrá de sobrevenir B. Intervenir sobre este particular haciendo ver la posibilidad de atenuar o minimizar hasta donde proceda el estrés y sus consecuencias constituiría, probablemente, dentro del ámbito de las creencias legas, una aportación relevante en el campo de la salud y la enfermedad, favoreciendo la erradicación de una posición de determinismo absoluto.

Referencias

- Aaronson, L. S., Pallikkathayil, L., & Crighton, F. (2003). A qualitative investigation of fatigue among healthy working adults. *Western Journal of Nursing Research*, *25*, 419-433.
- Andújar Barroso, R. T., & Revuelta-Pérez, F. (2009). Estrés, afrontamiento y salud en el colectivo docente: datos de un estudio exploratorio en población costarricense. En F. D. Rubio Alcalá y L. M^a Bonilla Sandoval (Eds.), *Análisis del malestar laboral en los entornos educativos costarricenses* (pp. 221-291). San José, Costa Rica: Promesa.
- Atienza Martín, F., Rodríguez-Fernández, L. M.^a, Revuelta-Pérez, F., Losada Ruiz, C., & Marín Andrés, G. (2012). Encuentros difíciles en atención primaria: una aproximación mediante grupos focales. *Análisis y Modificación de Conducta*, *37*, 115-126.
- Barley, S. R., & Knight, D. B. (1992). Toward a cultural theory of stress complaints. *Research in Organizational Behaviour*, *14*, 1-48.
- Briner, R. B., Harris, C., & Daniels, K. (2004). How do work stress and coping work? Toward a fundamental theoretical reappraisal. *British Journal of Guidance & Counselling*, *32*, 223-234.
- Broussard, B., Goulding, S. M., Talley, C. L., & Compton, M. T. (2010). Beliefs about causes of schizophrenia among urban African American community members. *Psychiatric Quarterly*, *81*, 349-362. doi:10.1007/s11126-010-9143-1
- Clark, A. M. (2003). 'It's like an explosion in your life...': Lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, *12*, 544-553.
- Conboy, L., Domar, A., & Connell, E. (2001). Women at mid-life: Symptoms, attitudes, and choices, an Internet based survey. *Maturitas*, *38*, 129-136.
- Conrad, C. (Ed.) (2011). *Handbook of stress: Neuropsychological effects on the brain* (pp. 248-265). Inglaterra: Blackwell Publishing.
- French, D. P., Marteau, T. M., Senior, V., & Weinman, J. (2002). The structure of beliefs about the causes of heart attacks: A network analysis. *British Journal of Health Psychology*, *7*, 463-479.
- Furnham, A. (1997). Lay theories of work stress. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organizations*, *11*, 68-78.
- Furnham, A. F. (1988). *Lay theories. Everyday understanding of problems in the social science*. Oxford, Inglaterra: Pergamon Press.
- García Castro, T. (2013). *Cómo superarte con el estrés positivo: un método para que el estrés*

- se convierta en tu mejor aliado*. Madrid: Jorge A. Mestas. Ediciones Escolares.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, & de Rooij, M. (2010). Cognitions in prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 421-434.
- Helman, C. G. (1985). Psyche, soma, and society: The social construction of psychosomatic disorders. *Culture, Medicine and Psychiatry, 9*, 1-26.
- Henderson, J. (2010). Expert and lay knowledge: A sociological perspective. *Nutrition & Dietetics, 67*, 4-5. doi:10.1111/j.1747-0080.2010.01409.x
- Jex, S. M., Beehr, T. A., & Roberts, C. K. (1992). The meaning of occupational stress items to survey respondents. *Journal of Applied Psychology, 77*, 623-628.
- Juster, R. P., & Lupien, S. J. (2012). Chronic stress and allostatic load. En K. Schenck-Gustafsson, P. R., DeCola, D. W., Pfaff, & D. S. Pisetsky (Eds.), *Handbook of clinical gender medicine* (pp. 70-81). Basel: Karger AG.
- Keys, H. M., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Khoury, N. M. & Brewster, A.-R. T. (2012). Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Social Science & Medicine, 75*, 555-564. doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.040
- Kinman, G., & Jones, F. (2005). Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed? *Work & Stress, 19*, 101-120.
- Lee, J.-S., Joo, E.-J., & Choi, K.-S. (2012). Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression. *Stress and Health, 29*, 75-81.
- Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2001). Social construction of work stress: Australian newsprint media portrayal of stress at work. *Work & Stress, 15*, 179-190. DOI: 10.1080/02678370110066986
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M.ª Á., Pons-Calatayud, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, & Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromialgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 459-476.
- Marshall, I. J., Wolfe, C. D., & McKeivitt, C. (2012). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: Systematic review of qualitative research. *British Medical Journal, 345*, e3953.
- Mulhall, A. (1996). Cultural discourse and the myth of stress in nursing and medicine. *International Journal of Nursing Studies, 33*, 455-468.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology. A textbook* (4th ed.). Berkshire (England): Open University Press and McGraw-Hill.
- Parker, J. D. A., Finkel, M. D., & Indice, L. C. (1993). Stress and illness: The structure of a belief system. *Canadian Journal of Behavioural Science, 25*, 193-204.
- Pelechano, V. (2010). Unas notas acerca de la psicología lega y modelos asimilados. *Análisis y Modificación de Conducta, 36*, 1-17.
- Pelechano, V., & González-Leandro, P. (2004). La concepción lega de la sabiduría, inteligencia y envejecimiento en adolescents. *Análisis y Modificación de Conducta, 30*, 437-460.
- Polit, D., & Hungler, B. (1994). *Investigación científica en ciencias de la salud* (Trad. M.ª T. Aguilar) (4.ª ed. en español de la 4.ª ed. en inglés). México: Nueva Editorial Interamericana. (Trabajo original publicado en 1991).
- Pollock, K. (1988). On nature of social stress: Production of a modern mythology. *Social Science and Medicine, 26*, 381-392.
- Revuelta-Perez, F., & Andújar, R. T. (2007). Ansiedad y estrés. En Mª J. Álava (Dir.), *La Psicología que nos ayuda a vivir* (pp. 679-695). Madrid: La Esfera de los Libros.
- Ro, K. E. I., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counseling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health, 10*, 213. doi:10.1186/1471-2458-10-213
- Rydstedt, L. W., Devereux, J., & Furnham, A. F. (2004). Are lay theories of work stress related to distress? A longitudinal study in the British workforce. *Work & Stress, 18*, 245-254.

- Sawamura, K., Tachimori, H., Koyama, T., Koyama, A., Naganuma, Y., Kim, Y., & Takeshima, T. (2012). Lay diagnosis and views on causes, coping strategies, and treatment for schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 48*, 309-316.
- Schwartz, L. A., Kazak, A. E., B. W. DeRosa, M. C. Hocking, W. L. Hobbie, & J. P. Ginsberg (2012). The role of beliefs in the relationship between health problems and post-traumatic stress in adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 19*, 138-146. doi:10.1007/s10880-011-9264-1
- Sommer, B., & Sommer, R. (2001). *La investigación del comportamiento. Una guía práctica con técnicas y herramientas* (Trad. A. Fernández Cerdeño Franco). México: Oxford University Press. (Trabajo original publicado en 1997).

Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente

María Teresa Rosique Sanz
Teresa Sanz Aparicio
Universidad Nacional de Educación a Distancia

RESUMEN

En el siguiente artículo se presenta una aplicación de las técnicas procedentes de la terapia cognitivo-conductual en un caso de depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. La paciente (66 años) con un largo historial de sintomatología resistente, ingresa en una planta de hospitalización psiquiátrica tras realizar una sobreingesta medicamentosa. Una vez evaluado minuciosamente el contexto de aparición de la sintomatología a través del análisis funcional de los antecedentes, del mantenimiento a través de los consecuentes, de la conducta problema en sus tres vertientes –cognitiva, conductual y fisiológica-, de su personalidad y de su historia biográfica, se diseña un programa de tratamiento cognitivo conductual de tres meses de duración, a razón de una hora tres veces por semana. Pasado ese período se constata una mejoría anímica, afectiva, funcional y social, así como una desaparición de la ideación suicida, procediéndose al alta por mejoría.

Palabras clave: Terapia cognitivo conductual, depresión mayor, distimia, ideación autolítica, intento suicidio.

ABSTRACT

The following article presents an application of techniques coming from the cognitive behavioral therapy in a case of major depression, dysthymia and persistent suicidal ideation. The patient (66 years old woman) with a large history of resistant symptoms, signs in a psychiatric hospitalization plant after making a drug binge. Once we evaluated through a functional analysis the antecedents, consequences, personality, her biographical history and targeted problems into three areas (cognitive, behavioral and physiological), we designed a 3 months long cognitive behavioral treatment program, with a frequency of one hour three times per week. After that period we verified an improvement in the mental, emotional, functional and social areas, as well as a disappearance of suicidal ideation, so we proceeded to discharge the patient for improvement.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, major depression, dysthymia, suicidal ideation, suicide attempt.

El abordaje terapéutico del trastorno distímico presenta uno de los grandes retos dentro de los trastornos del estado de ánimo, siendo la principal característica la presencia prácticamente a diario y a lo largo de todo el día, durante un periodo no inferior a dos años, de un estado de ánimo depresivo. A menudo los síntomas llegan a experimentarse como algo normal, inherente a la propia persona. Dada su condición de posible cronicidad varias investigaciones se han centrado en establecer los parámetros más adecuados de su tratamiento, si bien los resultados hallados son menos concluyentes que los obtenidos para otros trastornos como la depresión. Hasta el momento estudios recientes muestran que los beneficios de las terapias combinadas -farmacológica y psicológica- están más que demostrados en el abordaje integral de la distimia, pudiendo considerarse la estrategia de tratamiento óptima (Moerk & Klein, 2000), con efectos superiores a cualquiera de esos tratamientos por separado (Nice, 2004). Dentro del ámbito de las psicoterapias, la cognitiva es la que se ha demostrado más eficaz para su tratamiento, mostrando una reducción de la sintomatología depresiva prácticamente equivalente a muestras tratadas con antidepresivos (Hellerstein et al., 2001), como por ejemplo la fluoxetina (Dunner et al., 1996). Dentro de estas terapias, cuentan con suficiente apoyo empírico la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal de Klerman (Pérez & García, 2001, 2003).

En relación con la sintomatología del trastorno distímico, si se considera sobradamente probado que entre las repercusiones más grave

de ciertos trastornos psiquiátricos es el suicidio (Gutiérrez-García, Contreras, & Orozco, 2005), en el caso de la depresión mayor es una de las perturbaciones frecuentemente asociada, presentando un riesgo de suicidio veinte veces superior respecto a la población general (Beautrais, Collings, & Ehrhardt, 2005); es más, la OMS asume que el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011) y centrándonos en la población distímica existen casos en los que la ideación autolítica pasa a convertirse en un aspecto más del trastorno.

El objetivo del presente trabajo es comprobar la eficacia de la terapia cognitivo conductual, ampliamente aplicada y probada para la depresión, en un caso de depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente en el que distintas combinaciones de tratamiento farmacológico apenas habían logrado efecto. En lo que respecta a la población geriátrica, población diana en la que nos centraremos y la sintomatología depresiva, Solano y Gallagher-Thompson (2001) indican la especial necesidad de adaptar las técnicas terapéuticas a sus problemas, necesidades y expectativas específicas, por lo que el tratamiento propuesto se adaptará en gran medida a nuestro sujeto.

Método

Participantes

Paciente (R) de 67 años ingresada en una unidad de hospitalización breve psiquiátrica para población geriátrica durante tres meses por distimia e ideación autolítica bien estruc-

turada, con riesgo de paso al acto en contexto de angustia.

R se casó a los 22 años, tiene un marido alcohólico, que mantiene esporádicamente relaciones extramatrimoniales, un hijo y una hija, es ama de casa y no cuenta con ningún tipo de apoyo social. Institucionalizada desde los tres años en un internado por abandono de sus padres, fue únicamente cuidada por su abuela materna. R presenta ideas autolíticas desde la adolescencia tardía que se alternan con temporadas con síntomas mínimos. A los 20 años realiza su primera sobreingesta medicamentosa que fue atendida ambulatoriamente y desde entonces comienza a realizar seguimiento en Salud Mental. Hace dos años realiza un nuevo intento autolítico que precisa de ingreso y recibe tres sesiones de terapia electroconvulsiva por no ceder la sintomatología y mala evolución del tratamiento farmacológico (Venlafaxina 75mg 1-0-2, Tranxilium 50mg 0-0-1 y Zyprexa 5mg 0-0-1). Asocia a este episodio gran tristeza, desesperanza, labilidad emocional, vivencias de vacío y falta de sentido de la vida, apatía, abulia, hipoergia y anhedonia. R relaciona su sintomatología con la marcha de su hija y su nieto de 5 meses por motivos laborales a un país surafricano. *“Creo que no va a poder sacar al niño adelante, quiero estar con ella”*. Expresa no tener ganas de hacer nada y no encontrar sentido a la vida. Solicita con más frecuencia pastillas según refiere con intención de realizar una nueva sobreingesta.

Instrumentos, evaluación y diagnóstico

Se mantienen tres entrevistas semanales de una hora de duración. La primera semana dedi-

cada principalmente a la evaluación y establecimiento del juicio clínico, según el DSM-IV-TR (APA, 2002) de Episodio depresivo mayor con Distimia de inicio temprano (F34.1). Al ingreso se cumplimenta el Inventario de Depresión de Beck – BDI (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) obteniéndose una puntuación de 26, indicativa de depresión moderada, asimismo, se vuelve a cumplimentar el inventario previamente al alta, siendo la puntuación de 4, correspondiente a ausencia de depresión.

Se realiza el análisis funcional correspondiente encontrándose como principal factor precipitante una preocupación excesiva por su hija e ideas irracionales relacionadas con su marcha a otro país.

Además, una vez estabilizada la sintomatología depresiva se cumplimenta el Inventario Multiaxial Clínico de Millon-MCMI-II como instrumento de evaluación de la personalidad con el objetivo de explorar las dificultades emocionales y personales. Sus puntuaciones fueron significativas en las siguientes escalas: Esquizoide, Fóbica/Evitativa, Dependiente, Ansiedad, Histeriforme/Somatoforme, Neurosis depresiva-distimia, Depresión mayor, rasgos de personalidad que coinciden con la descripción que realizan su marido y su hijo menor: *“emotiva, negativa y pesimista, muy sensible a las muestras de afecto, tímida y poco dada a las relaciones sociales por pensamientos paranoides y creencias de que se ríen de ella, insegura y siempre necesita de los demás”*.

Tratamiento

- Objetivos. Una vez valorada la paciente se plantea como objetivo principal la mejoría aní-

mica en los tres niveles cognitivo, fisiológico y conductual de respuesta. Para ello se estableció un programa con los siguientes objetivos específicos:

1. Comprender qué es la distimia, qué hace que se mantenga y cómo puede tratarse.

2. Aumentar las actividades gratificantes y de refuerzo (ocio, actividades agradables y contacto social).

3. Aumentar y retomar la actividad diaria (actividades domésticas, regulación de horarios de sueño y comida).

4. Modificar el diálogo interno y las ideas irracionales.

4.1. Desarrollar la capacidad de detener los pensamientos y rumiaciones relacionados con su hija.

4.2. Desarrollar la capacidad de detener las cogniciones catastrofistas (sobre sí misma, el mundo y el futuro) y adquirir técnicas de autocontrol.

4.3. Modificar las ideas de culpa.

4.4. Manejar los pensamientos anticipatorios en relación a qué sucedería con la infancia de su nieto y desarrollar técnicas de afrontamiento y solución de problemas.

5. Prevenir las recaídas y generalizar y mantener lo aprendido a través del seguimiento.

-Técnicas. El tratamiento duró tres meses en total (se destinaron tres sesiones a la exploración y anamnesis). En primer lugar se instauró el siguiente tratamiento farmacológico: Venlafaxina Retard 150mg 1-0-1, Plenur 400mg 0,5-0-1 y Lorazepam 1mg 0-0-1. Una vez alcanzada cierta mejoría o estabilidad emocional, aunque persistiendo gran parte de la sintomatología

depresiva, se comenzó por dar una explicación a la depresión y a la distimia. La primera técnica empleada consistió en la programación de actividades agradables durante los permisos terapéuticos, de tal forma que R pudiera obtener algún tipo de refuerzo en su día a día (R eligió como actividades agradables el ganchillo, la cocina, la pintura, comer los fines de semana con su hijo, pasear al anochecer con su marido, recoger a su nieto de casa de su hija y pasear con él o ir al parque, ir al teatro los viernes). Se tuvo en cuenta que la asignación fuera muy gradual con el objetivo de que no abandonara el programa. Además se explicó la relación entre inactividad y emoción negativa de modo que se pudiera motivar a probar, para ello se hizo uso del ciclo letárgico de Burns (1996) de cara a que pudiera entender lo que le sucedía. Asimismo se diseñó un autorregistro de "Predicción del Placer" seleccionando un determinado número de actividades potencialmente agradables y anotando la satisfacción imaginada y la real.

Una vez realizadas suficientes actividades placenteras se planteó la asignación de tareas graduales y la regulación de las rutinas, con el fin de combatir su tendencia a la inactividad en el hogar, con la familia y el entorno social.

Durante la terapia se aplicó la técnica de parada de pensamiento con el propósito de poder detener el autodiálogo negativo de R, así como las ideas catastrofistas relacionadas con el nacimiento y cuidado de su nieto. Además se instó la necesidad de practicarlos durante sus estancias en casa con el fin de poder consolidar lo aprendido como habilidades de afrontamiento.

A partir de la tercera semana se comenzó una reestructuración cognitiva y un diálogo racional para modificar los pensamientos catastrofistas y, a través del cuestionamiento de la validez y utilidad de esos pensamientos, se logró reducir su tendencia a catastrofizar («*mi hija no va a poder desenvolverse sola, he fracasado como madre, nada tiene ya sentido*»). Dicha reestructuración se llevó a cabo mediante la identificación de numerosos errores en su diálogo, la definición de sus creencias, la búsqueda de contrastes y contradicciones para poder sembrar la duda sobre su veracidad, el análisis de las desventajas de seguir pensando así e, igualmente, el planteamiento de las soluciones alternativas y las ventajas de otros pensamientos. Por último se reformularon el pensamiento y las acciones que de él se desprendían.

La última fase de la terapia consistió en el diseño un programa de mantenimiento y consolidación de los logros y de prevención de recaídas. Se instruyó a la paciente en el diseño del análisis funcional de su conducta distímica y de los autorregistros, de tal forma que fuera consciente de qué situaciones precipitantes influían en su estado anímico, así como de las conductas inadecuadas que llevaba a cabo y sus consecuencias. Además se contó con el apoyo de su marido y su hijo menor para la supervisión y disponibilidad en caso de empeoramiento y entre los tres elaboraron un plan de acción para afrontar la recaída y disponer de estrategias cuando se precisaran. Se trabajó con su Centro de Salud Mental de referencia acordándose continuar la línea de tratamiento en la misma dirección.

Resultados

El cambio y mejoría durante su estancia en la planta fue paulatino dada la gravedad de la sintomatología que presentaba. Poco a poco se fue estabilizando su sintomatología distímica y cediendo la labilidad emocional y la ideación suicida. A través de la programación de actividades agradables y tareas graduales comenzó a planificar tanto sus permisos terapéuticos domiciliarios como su salida de la unidad. Eligió dos actividades gratificantes para ella –costura y pintura– y se inscribió en un centro cultural, posteriormente, como se ha comentado, fue ampliando el número de actividades placenteras llevadas a cabo. Programó con su marido ir en cinco meses a visitar a su hija y su nieto y trazó una planificación de sus actividades diarias del hogar. Frente a la facilidad con la que desempeñó la primera técnica, en la instrucción en parada de pensamiento se encontró con grandes dificultades, pues comentaba que sus pensamientos negativos eran tan arraigados que frecuentemente ni era consciente de ello: sin embargo, a través de la práctica y el entrenamiento de la atención pudo tomar conciencia y poder pararlos cuando le invadían.

Relata que fue la reestructuración cognitiva lo que le ayudó en mayor medida a abandonar ese diálogo negativo y autoculpabilizador tan presente en su visión del mundo, logrando grandes beneficios conforme avanzaba el análisis de los pensamientos catastrofistas. Además, a través del entrenamiento en solución de problemas pudo ir adquiriendo habilidades de afrontamiento para hacer frente a la marcha de su hija, de modo que fue cediendo su malestar emocional.

Una vez planificada el alta y obteniéndose una patente mejora en las puntuaciones del cuestionario BDI (4), se destinaron cuatro sesiones a la prevención de recaídas a través del entrenamiento en el análisis funcional y el autorregistro de su conducta. Además, cuando volvió a su hogar se plantearon tres citas de seguimiento en planta (a las dos semanas, a los dos meses y a los cuatro meses), realizando el restante seguimiento en su Centro de Salud Mental correspondiente con el que se contacta a los ocho meses y al año desde el alta y continúa la mejoría.

Discusión

Si bien podríamos pensar que el componente endógeno del trastorno del estado de ánimo de R es muy llamativo, dado que la paciente lleva desde la adolescencia tardía padeciendo estos síntomas, se puede observar que ni la mayoría de tratamientos farmacológicos, ni la terapia electroconvulsiva había sido totalmente eficaz previamente y las recaídas eran periódicas. Tanto la familia, como la propia paciente referían falta de confianza en cualquier tipo de tratamiento dada la larga evolución; sin embargo, tras un tratamiento cognitivo conductual intensivo de tres meses de duración, junto con su tratamiento farmacológico habitual, que sin duda se ha visto facilitado por la contención en una unidad de ingreso, se ha podido constatar una mejoría a distintos niveles –de autonomía, social, funcional, anímico y afectivo– que ha permitido proceder al alta. Resulta llamativo como R ha ido evolucionando favorablemente, hasta tal punto que presenta planes de futuro estructurados

e, incluso, ha sido capaz de programar el viaje para estar con su hija, algo que anteriormente era impensable, pues sus creencias distorsionadas no le permitían ni siquiera imaginarlo. De este modo, su autofocalización constante, hipersensibilidad al cambio, percepción de incontrollabilidad y pesimismo inicial se han ido tornando en capacidad de adaptación, habiendo adquirido habilidades de afrontamiento para dejar atrás los sentimientos de soledad y desamparo. Un año después de su alta persisten los cambios observados, no obstante sería necesario un estrecho seguimiento con el fin de observar si los logros se mantienen en el tiempo. Si bien los tratamientos cognitivos conductuales son de amplio y frecuente uso en la práctica clínica habitual para el abordaje de la depresión, harían falta mayor número de investigaciones sobre su aplicación en el ámbito de la distimia, aunque nuestra experiencia apunta a resultados esperanzadores en esta línea. A pesar de que ambos trastornos forman parte de clasificaciones nosológicas diferentes, se podría pensar que comparten muchos síntomas que pueden ser tratados con técnicas similares.

Referencias

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. DSM-IV-TR*

- (Trads. T. de Flores, J. Masana, J. Treserra, E. Masana, & C. Udina). Barcelona: Elsevier Masson.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., & Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health. Recuperado de <http://www.spinz.org.nz/file/FAQs/PDFs/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>
- Dunner, D. L., Schmaling, K. B., Hendrickson, H., Becker, J., Lehman, A., & Bea, C. (1996). Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dystimic disorder. *Depression, 4*, 34-41.
- Gutiérrez- García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodriguez, R.C., (2005). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental, 29*, 66-74.
- Hellerstein, D. J., Little, S. A. S., Samstag, L. W, Batchelder, S., Muran, J. C., Fedak, M.,... Winston, A. (2001). Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia. A randomized prospective pilot study. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 93-103.
- Moerk, K. C., & Klein, D. N. (2000). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica. *Psicología Conductual, 8*, 511-523.
- NICE. (2004). Depresión: managment of depresión in primary and secondary care. *National Clinical Practice Guideline, 23*. Recuperado de: <http://www.nice.org.uk/CG023>
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 13*, 493-510.
- Pérez Álvarez, M., & Pérez Álvarez, M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, C. Fernández Rodríguez, I. Amigo Vázquez, & J. R. Fernández Hermida (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos* (pp. 161-196). Madrid: Pirámide.
- Solano, N., & Gallagher-Thompson, D. (2001). Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología, 36*, 189-194.

Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: un estudio de caso

María Xesús Froján Parga, Nerea Galván Domínguez, Isabel Izquierdo Alfaro,
Elena Ruiz Sancho y Carlos Marchena Giráldez
Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

En la Psicología en general, y en la Psicología Clínica en particular, se mantienen todo un conjunto de creencias inexactas sobre la aplicación del castigo, que se identifica únicamente con agresión física, sin tener en cuenta el potencial punitivo de la conducta verbal. De hecho, el castigo verbal es una herramienta ampliamente utilizada por el clínico para moldear la conducta verbal del cliente. Con el objetivo de clarificar el papel del castigo verbal en terapia, se analizó el presente caso. Se comenzó construyendo un sistema para categorizar las verbalizaciones desadaptativas del cliente y analizar su dinámica a lo largo de la terapia, encontrando una tendencia general descendente. Después se analizó la relación entre las verbalizaciones punitivas del terapeuta y las verbalizaciones del cliente, encontrando que el castigo apenas se aplicaba a las verbalizaciones desadaptativas del cliente, dirigiéndose sobre todo a otro tipo de verbalizaciones y a la propia conducta verbal.

Palabras clave: castigo, conducta verbal, proceso terapéutico, verbalizaciones desadaptativas.

ABSTRACT

In psychology in general, and in clinical psychology in particular, there remain a host of inaccurate beliefs about the application of punishment, which is only understood as physical aggression, without taking into account the punitive potential of verbal behavior. In fact, verbal punishment is a widely used tool by the clinician to shape client verbal behavior. In order to clarify the role of verbal punishment in therapy, the present case was analyzed. First, a system for categorizing the client's maladaptive utterances and analyzing their dynamic throughout therapy was constructed, finding a general downward trend. Subsequently, the relationship between the therapist's punitive verbalizations and the client's verbalizations was analyzed, finding that punishment was barely applied to the client's maladaptive verbalizations, mainly being addressed to other type of verbalizations and to the verbal behavior itself.

Keywords: punishment, verbal behavior, therapeutic process, maladaptive verbalizations.

Correspondencia: María Xesús Froján Parga. Departamento de Psicología Básica y de la Salud. c/. Ivan Pavlov, 6. Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049 Madrid. Correo electrónico: mxesus.frojan@uam.es

Parte de este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011 (Proyecto PSI2010-15908).

Introducción

La Psicología ha mostrado una actitud claramente desfavorable hacia el estudio y la utilización del castigo en contextos aplicados, especialmente en los últimos 40 años. En éstos, el uso intencional y sistemático del castigo se entiende como un procedimiento a evitar, cuyo uso sólo está justificado en casos en los que ninguna otra alternativa es posible. Cuando se usa, el castigo se suele aplicar de forma intuitiva y no planificada. Así, por ejemplo, nos encontramos a menudo con psicólogos clínicos que rechazan enérgicamente el uso de cualquier tipo de castigo, para luego reprobar con la misma energía ciertas conductas de sus clientes en terapia, lo que constituye de hecho una forma de castigo. El problema principal es que la investigación sobre el castigo en ámbitos aplicados en general, y en el clínico en particular, es escasa, en ocasiones tendenciosa, generalmente inconsistente y difícil de interpretar de una forma clara y unificada.

Como venimos diciendo, las actitudes hacia el castigo generalmente son negativas y la conclusión más frecuente es que "el castigo debe usarse siempre como último recurso" (Martin y Pear, 1983). Si bien esta concepción se basa más en prejuicios que en datos empíricos, dada la escasez de investigaciones al respecto, lo cierto es que ha dado lugar a toda una serie de ideas ampliamente aceptadas, tanto por la población general como por los profesionales de la Psicología. Así, muy a grandes rasgos, el discurso que valora el castigo suele centrarse en lo siguiente:

1. El castigo tiene multitud de consecuencias indeseables, como conductas agresivas,

estados emocionales negativos, supresión generalizada de las respuestas, ruptura de las relaciones sociales, conductas de escape o evitación, etc. cuya trascendencia y gravedad superan a las de las posibles ventajas derivadas de su aplicación.

2. El castigo es ineficaz en la supresión de conductas, puesto que la conducta castigada suele aumentar en los contextos en los que el castigo ya no está presente y/o ser remplazada por otra conducta inapropiada.

3. El castigo no sólo supone malestar y humillación para el que lo recibe, sino que suele afectar negativamente al que lo aplica, pudiendo convertirlo en alguien sádico, cruel e insensible al sufrimiento ajeno.

Pues bien, *ninguna* de estas afirmaciones caracteriza los resultados obtenidos con procedimientos de castigo adecuadamente administrados (Johnston, 1985). Esto no significa que todo lo recogido en los tres puntos anteriores no suceda cuando se utiliza el castigo, sino que no se trata de consecuencias inherentes al uso del mismo, que se den inevitablemente con todo tipo de castigos, en todas las situaciones y con todos los sujetos. Este trabajo surge como respuesta a esta situación, con el objetivo de contribuir al desarrollo de un conocimiento más profundo y riguroso sobre el proceso de castigo y, como se detallará más adelante, sobre su papel en la terapia de conducta. Y es que la investigación acerca del castigo es necesaria para acabar con las creencias infundadas que predominan sobre él y para darle el lugar que le corresponde tanto en la investigación como en la práctica psicológica.

Así pues, las razones que justifican el estudio del castigo y su uso en terapia de conducta pueden resumirse en los siguientes puntos (Lerman & Vondran, 2002):

1) El castigo puede ser crítico para el éxito del tratamiento cuando las variables que mantiene la conducta no pueden ser identificadas o controladas.

2) El uso del castigo puede ser preferible al de otros procedimientos cuando, para evitar daños físicos, la conducta problema debe ser suprimida con rapidez. (Dura, 1991; Iwata et al., 1994; Vollmer & Iwata, 1993).

3) Varios estudios apuntan a que los tratamientos derivados del análisis funcional pueden no ser eficaces en la reducción de la conducta a niveles clínicamente aceptables si no implican un componente de castigo (Grace, Kahng, & Fisher, 1994; Hagopian, Fisher, Sullivan, Acquisto, & LeBlanc, 1998; Wacker et al., 1990).

4) Mejorar nuestro conocimiento sobre el castigo también es importante porque es posible que tratamientos usados habitualmente en clínica y que se asocian a otros procesos reduzcan la conducta a través del mecanismo del castigo. Es decir, es posible que los mecanismos del castigo estén detrás de muchos de los tratamientos más populares diseñados a partir de un análisis funcional. De hecho, los hallazgos en investigación apuntan a que algunas de las variantes procedimentales de la extinción pueden actuar como castigo en lugar de, o en combinación con, la extinción (Lerman & Iwata, 1996b; Mazaleski, Iwata, Rodgers, Vollmer, & Zarccone, 1994)

5) La investigación básica muestra que diversas variables del refuerzo que mantiene

la conducta influyen en los efectos directos e indirectos del castigo e interactúan con casi todas las variables que afectan a la respuesta durante la aplicación del mismo. Estas interacciones tienen implicaciones clínicas importantes, puesto que el uso del castigo es habitual cuando la relación respuesta-refuerzo no puede ser completamente anulada. En estos casos es de vital importancia tener en cuenta las interacciones entre el refuerzo y el castigo para optimizar los resultados del tratamiento.

Con todo ello, los estudios acerca del proceso de castigo, las variables con las que interactúa y los procedimientos que de él se derivan representan un número reducido de publicaciones, especialmente desde los años 70. Debemos tener en cuenta que el mundo investigador no es un mundo aislado e impermeable a las ideas y concepciones de la cultura en la que se inserta. Cada paso en una investigación, desde la elección del objeto de estudio y la forma de abordarlo hasta la determinación de sus implicaciones, depende de las actitudes predominantes en cada época y lugar. En los años 60 y 70, el surgimiento y expansión por EEUU y Europa Occidental de los movimientos sociales (pacifistas, defensores de los derechos civiles, ecologistas...) tuvo su reflejo en los temas y las prácticas investigadoras de la ciencia en general y de la Psicología en particular. La comunidad científica se vio obligada a hacer una reflexión profunda sobre las implicaciones éticas de sus investigaciones, lo que dio lugar a encendidos debates -muchos de los cuales aún hoy siguen abiertos- y a la idea de que "no todo vale" en ciencia. De este modo, se eliminaron de la práctica científica todos

aquellos temas de estudio y procedimientos de investigación que implicasen algún riesgo para la integridad física y/o psicológica de los sujetos. Su estudio y aplicación sólo se justificaban en casos muy concretos, en los que los beneficios potenciales de la investigación superasen ampliamente a sus riesgos. En este contexto, las técnicas aversivas en general, y el castigo en particular, se convirtieron en los principales desterrados de la investigación en Psicología, que en una suerte de movimiento pendular se volcó en el estudio del refuerzo y los procedimientos que de éste se derivan. De esta forma llegamos al estado de la cuestión hoy en día, que no es otro que una alarmante falta de conocimiento riguroso acerca de qué es el castigo, cuáles son sus efectos, qué mecanismos implica, con qué variables interactúa y de qué modo lo hace. Como consecuencia, predominan toda una serie de prejuicios y actitudes hacia el castigo, carentes de base empírica pero ampliamente difundidos, que guían la actividad profesional de los psicólogos, ya sean investigadores, docentes o aplicados. De entre ellos destaca la identificación del castigo exclusivamente con el castigo físico y/o las conductas violentas, sin tener en cuenta el potencial poder punitivo de la conducta verbal. Y es que la principal actividad que se lleva a cabo en terapia es, precisamente, la actividad verbal. El lenguaje es la principal herramienta del clínico para alcanzar sus objetivos, tanto los generales de la terapia (evaluar, explicar, intervenir), como los específicos de cada caso. En este sentido, cuando el terapeuta castiga en sesión lo hace a través del castigo verbal, que puede adoptar diversas formas en función de

qué es lo que busque reducir o eliminar (una conducta concreta, un tipo de contenido verbal, una determinada forma de expresarse, el discurso del cliente en sí mismo...)

El presente trabajo se enmarca en la línea de investigación sobre la conducta verbal en contextos clínicos llevada a cabo por el grupo ACOVEO de la Universidad Autónoma de Madrid (Froján, Calero, & Montaña, 2011; Froján, Montaña, & Calero, 2006; Froján, Montaña, Calero, & Ruiz, 2011; Froján, Pardo, Vargas, & Linares, 2011) El objetivo principal de este equipo de investigación es estudiar los procesos que explican el cambio terapéutico a través del análisis de la interacción verbal en contextos clínicos, utilizando metodología observacional. En esta línea de investigación se considera que el paradigma conductual es la mejor alternativa para realizar una aproximación científica al estudio del comportamiento, específicamente en cuanto a la propuesta de la interacción terapeuta-cliente como un proceso de moldeamiento, a la explicación del lenguaje observado en la clínica por los principios de condicionamiento clásico y operante y a la conceptualización de la terapia de conducta como la aplicación de operaciones conductuales básicas para el tratamiento de problemas psicológicos¹. Enmarcado en este contexto, el presente trabajo pretende contribuir al desarrollo de un cuerpo de conocimiento riguroso sobre el proceso de castigo y servir de punto de partida para futuras investigaciones en el área. Más concretamente, nuestro objetivo

¹ Remitimos al lector interesado a la página web del grupo ACOVEO (<http://www.grupoacoveo.com/>), donde podrá encontrar información más detallada sobre su actividad, así como algunos de los artículos que ha publicado.

principal es describir y analizar la relación existente entre las verbalizaciones del cliente y las verbalizaciones punitivas del terapeuta. Para ello nos hemos planteado comenzar estudiando, por un lado, cómo se van modificando cierta clase de verbalizaciones del cliente a lo largo de la terapia y, por otro lado, ante qué tipo de verbalizaciones del cliente aplica el castigo el terapeuta. Así pues, se trata sólo del primer paso en una línea que pretende analizar cómo se utiliza el castigo en el contexto terapéutico, qué verbalizaciones del cliente se castigan y cuáles no y los efectos que tiene su aplicación en el desarrollo de la terapia.

Método

El presente estudio parte del trabajo llevado a cabo por Ruiz, Froján y Calero (en prensa) acerca de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el desarrollo de la terapia. En dicho trabajo se desarrolló el *Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia* (SISC- INTER- CVT) para analizar la relación existente entre las verbalizaciones del terapeuta y el cliente a lo largo de la terapia. Una de las hipótesis de partida en dicho estudio era que las verbalizaciones del cliente incluidas en el grupo de "anti terapéuticas" irían seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como "Función de castigo". Si bien la hipótesis se cumple, un análisis detallado de los resultados mostró que las verbalizaciones categorizadas como *Fracaso* y *Malestar* no sólo no disminuían al final de la terapia sino que incluso se incrementaban. La autora proponía varias razones para explicar este aumento: el desarrollo de dependencia respec-

to a la terapia en las últimas fases de ésta, la competencia que supone el refuerzo externo de las verbalizaciones castigadas en terapia y la falta de sistematicidad en la aplicación del castigo por parte del terapeuta. A la luz de este hecho nos interesamos por la relación entre las verbalizaciones desadaptativas del cliente y las verbalizaciones punitivas del terapeuta. Así mismo, nos basamos en la metodología de investigación del citado estudio para hacer un primer acercamiento al análisis de esa relación.

Participantes:

Se analizó el caso clínico de N. integrado por 10 sesiones de una duración aproximada de una hora. La intervención la llevó a cabo una terapeuta experta con más de 15 años de experiencia en la práctica clínica, en el *Instituto Terapéutico de Madrid* (ITEMA), un centro privado de terapia cognitivo-conductual. El cliente, mujer de 32 años de edad, recibió un tratamiento individual centrado en los problemas de pareja presentes en aquel momento. El proceso de intervención finalizó con el alta terapéutica.

De acuerdo con lo expuesto en el Código Deontológico del Psicólogo (arts. 40 y 41), la grabación y cesión para el presente estudio cursó con el consentimiento informado del cliente, el terapeuta y la directora del centro.

Instrumentos:

La grabación de los casos se realizó a través de un circuito cerrado de cámaras. En orden de preservar el anonimato del cliente, la imagen sólo mostraba la figura del terapeuta.

El software utilizado para la observación y el registro de las sesiones fue la versión 6.0 de *The*

Observer XT, comercializado por *Noldus Information Technology*, mientras que para el análisis de la fiabilidad interjueces de los registros se utilizó la versión 7.0 de este mismo programa.

Procedimiento:

El desarrollo del presente trabajo puede dividirse en las siguientes fases:

1) *Establecimiento de la unidad de categorización.* Se acordó registrar la conducta verbal manifiesta emitida por el cliente en cada una de las sesiones clínicas, en interacción con el terapeuta.

2) *Observación no sistemática y propuestas iniciales de categorización.* Se comenzó a construir un sistema de categorización preliminar en el que recoger aquellas verbalizaciones del cliente consideradas contrarias a los objetivos terapéuticos. Tres jueces observaron y registraron informalmente dichas verbalizaciones en diversos fragmentos de la terapia, planteando después distintas propuestas para su organización y categorización. Se analizó y discutió cada propuesta y, contando con el asesoramiento de dos psicólogas expertas, se llegó a una primera versión del sistema de categorización.

3) *Depuración y propuesta definitiva del sistema de categorización.* El sistema inicial fue puesto a prueba, mostrando numerosos problemas en la definición de las distintas categorías. Comenzó entonces un proceso de depuración profunda del sistema inicial mediante su aplicación, discusión y corrección, hasta dar lugar a un sistema definitivo que superase los distintos problemas que se fueron detectando.

4) *Observación sistemática y análisis del grado de acuerdo interjueces.* A continuación

se procedió al registro sistemático de las verbalizaciones desadaptativas del cliente con la ayuda del programa informático *The Observer XT* versión 6.0. Dicha tarea fue llevada a cabo por dos de las observadoras implicadas en la construcción del sistema de categorías, tras consensuar unos criterios de categorización claros. A continuación se procedió al cálculo de la fiabilidad interjueces, mediante la comparación de los registros de tres de las diez sesiones que componen el caso.

5) *Análisis de la evolución de las verbalizaciones desadaptativas del cliente.* Una vez registradas las verbalizaciones desadaptativas, se procedió al análisis de su dinámica a lo largo de la terapia, tanto en términos totales como distribuidas en cada una de las categorías contempladas en el sistema de categorización.

6) *Análisis preliminar de la relación entre las verbalizaciones punitivas del terapeuta y las verbalizaciones del cliente.* Finalmente, se llevó a cabo un análisis exploratorio de la relación entre las verbalizaciones del terapeuta que podían ser categorizadas como de castigo y las verbalizaciones del cliente. El objetivo de este análisis fue determinar qué tipo de verbalizaciones del cliente castiga el terapeuta en sesión y si se trata de verbalizaciones desadaptativas, tal y como nosotros las definimos, o si se trata de otro tipo de verbalizaciones. Durante este análisis, hubo que incluir dos nuevas categorías de la conducta verbal del cliente -*Discurso y Otras Verbalizaciones*-, para dar cabida a las verbalizaciones del cliente que iban seguidas de castigos del terapeuta, pero no podían incluirse en ninguna de las categorías contempladas en el sistema previamente desarrollado.

Resultados

Sistema de categorías de la conducta verbal desadaptativa del cliente (SISC-DESAD-CVC):

A continuación se recoge el sistema de categorías desarrollado para registrar las conductas verbales desadaptativas del cliente atendiendo a su contenido. Se consideraron verbalizaciones desadaptativas todas aquellas expresiones de malestar, dificultad o incapacidad del cliente con respecto a las distintas áreas problema identificadas durante la terapia.

Evolución de las verbalizaciones desadaptativas a lo largo de la terapia:

A continuación presentamos los resultados obtenidos del registro de las verbalizaciones desadaptativas del cliente a lo largo de las diez sesiones de terapia. Los resultados se presentan en tanto en verbalizaciones totales como organizados según las categorías del SISC-DESAD-CVC

Como es de esperar, las verbalizaciones desadaptativas del cliente siguieron una tendencia general descendente a lo largo de la terapia, con altibajos puntuales en función de la fase concreta en la que nos situemos. Así, los porcentajes de verbalizaciones desadaptativas más altos, de entre el 15% y el 20%, se encontraron durante las sesiones de evaluación (uno a tres), en las que el cliente da cuenta de sus problemas, y en las sesiones de tratamiento (cinco a nueve), en las que el cliente expresa sus dificultades durante la realización de las distintas tareas propuestas por el terapeuta. Los porcentajes más bajos, en torno al 2%, se encontraron durante la explicación del análisis funcional (sesión cuatro), puesto que en esta sesión el protagonista es el terapeuta y el cliente apenas habla, y en la fase de consolidación de los cambios (sesión diez).

Tabla 1
Categorías incluidas en el SISC-DESAD-CVC

Sistema de categorización de la conducta verbal desadaptativa del cliente (SISC-DESAD-CVC)	
Inespecífico	Verbalizaciones desadaptativas del cliente acerca de aspectos no centrales en la terapia y que no pueden considerarse dentro de los objetivos de tratamiento
Familia	Verbalizaciones desadaptativas del cliente sobre aspectos de la relación que mantiene con su propia familia
Pareja Cliente	Verbalizaciones desadaptativas del cliente acerca de su propia conducta en la relación de pareja
Pareja (otro) conducta	Verbalizaciones desadaptativas del cliente acerca de la conducta de su compañero en la relación de pareja
Pareja (otro) familia	Verbalizaciones desadaptativas del cliente sobre aspectos de la relación que mantiene con la familia de su pareja

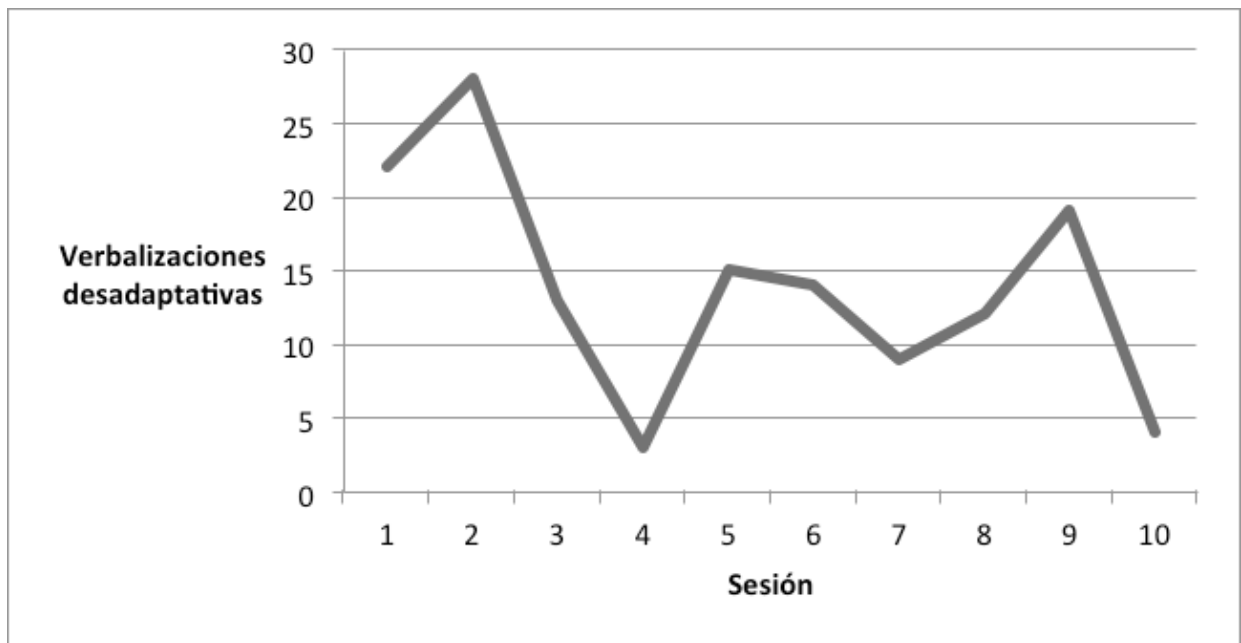


Figura 1. Verbalizaciones desadaptativas del cliente en totales (Frecuencias absolutas).

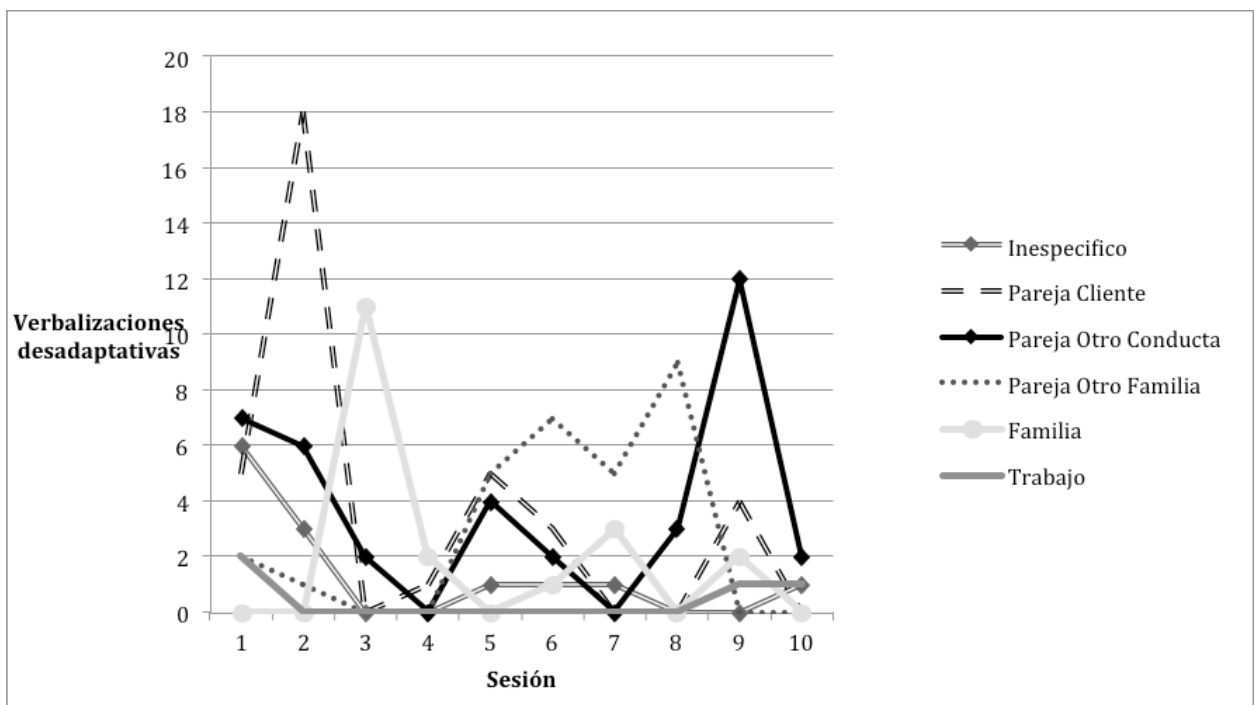


Figura 2. Verbalizaciones desadaptativas de cliente por categorías, según el SISC-DESAD-CVC (Frecuencias absolutas).

Relación entre las verbalizaciones punitivas del terapeuta y las verbalizaciones del cliente:

Para definir qué verbalizaciones del terapeuta podían categorizarse como de castigo, se utilizó el SISC-INTER-CVT (Ruiz, 2011), un sistema de categorización de la conducta verbal de cliente y terapeuta desarrollado recientemente por nuestro grupo de investigación. En este sistema, la categoría *Castigo* se define como aquella “verbalización del terapeuta que, interrumpiendo o no la verbalización del cliente, muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por éste” (Ruiz, 2011) Estas verbalizaciones del terapeuta pueden expresar desacuerdo con el contenido de las verbalizaciones del cliente, pueden ir dirigidas a interrumpir o evitar su discurso o ambas cosas a la vez.

Ejemplos:

- *Cliente: “Bueno, le puedo decir: estoy ahí, si necesitas algo me llamas, ya lo sabes”*

- *Psicólogo: “Si, pero hay formas y formas de decirlo. No así, como si fueses una guía telefónica” (Función de castigo dirigida al contenido expresado por el cliente)*

- *Cliente: “Si, pero fue una mezcla de bien, porque me siento bien por haber sido capaz de hacer esto, pero mal porque me, me... pues no sé, me era un desprecio más que no me gustó nada”*

- *Psicólogo: “No, no, espera, espera, espera” (Función de castigo dirigida a interrumpir el discurso del cliente)*

Con la ayuda de los registros de la conducta verbal del terapeuta realizados previamente por

nuestro equipo mediante el SISC-INTER-CVT, se buscaron todas las verbalizaciones del terapeuta que podían categorizarse como de castigo. A continuación, se localizaron las verbalizaciones del cliente que precedían a los castigos del terapeuta, con el objetivo de determinar qué tipo de verbalizaciones del cliente castiga el terapeuta en sesión y si se trata de verbalizaciones desadaptativas, tal y como nosotros las hemos definido, o si se trata de otro tipo de verbalizaciones. En este sentido, a la hora de clasificar las verbalizaciones del cliente que precedían a los castigos del terapeuta, se utilizaron las categorías del SISC-DESAD-CVC, así como dos categorías nuevas: *Discurso* y *Otras Verbalizaciones*. La categoría *Discurso* incluye todas aquellas ocasiones en las que el cliente interrumpe al terapeuta, no para de hablar, se desvía del tema o no contesta a lo que se le pregunta, de tal forma que el terapeuta castiga su conducta verbal en sí misma. Por su parte, la categoría *Otras Verbalizaciones* abarca todas aquellas verbalizaciones del cliente que son castigadas por el terapeuta y que no se incluyen en ninguna de las categorías del SISC-DESAD-CVC ni tampoco pueden incluirse bajo la etiqueta *Discurso*.

A continuación presentamos los resultados obtenidos del análisis exploratorio de la relación entre las verbalizaciones punitivas y del terapeuta las verbalizaciones del cliente.

Como refleja la Tabla 2, la categoría que precedió a un castigo del terapeuta en más ocasiones fue, con diferencia, *Otras Verbalizaciones*. Así, del total de castigos emitidos por el terapeuta, un 75,9% iban precedidos de una verbalización del cliente que no puede incluirse dentro de ninguna de las categorías

Tabla 2

Verbalizaciones del cliente seguidas de verbalizaciones de castigo por parte del terapeuta

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Total verbaliza castigadas
Inespecífico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pareja Cliente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pareja Otro Conducta	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Pareja Otro Familia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Familia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Discurso	2	2	1	0	4	1	1	2	3	0	16
Otras verbalizaciones	5	1	2	1	8	12	14	3	11	6	63
Total castigos	8	4	3	1	12	14	16	5	14	6	83

del SISC-DESAD-CVC ni tampoco dentro de la categoría *Discurso*. La siguiente categoría que más apareció seguida de castigos fue *Discurso*, un 19,2% de la veces. Finalmente las siguieron, muy de lejos, las categorías del SISC-DESAD-CVC *Pareja Otro Conducta* (2,4%), *Inespecífico* (1,2%) y *Pareja Otro Familia* (1,2%).

Por otra parte, también podemos observar cómo evolucionaron las verbalizaciones de

castigo a lo largo de las diez sesiones que duró la terapia. Como es de esperar, las sesiones correspondientes al tratamiento mostraron una mayor frecuencia de verbalizaciones de castigo, observándose una disminución de éstas en las últimas sesiones.

En la Figura 3 podemos ver la evolución a lo largo de la terapia de las verbalizaciones de castigo del terapeuta -según la definición del

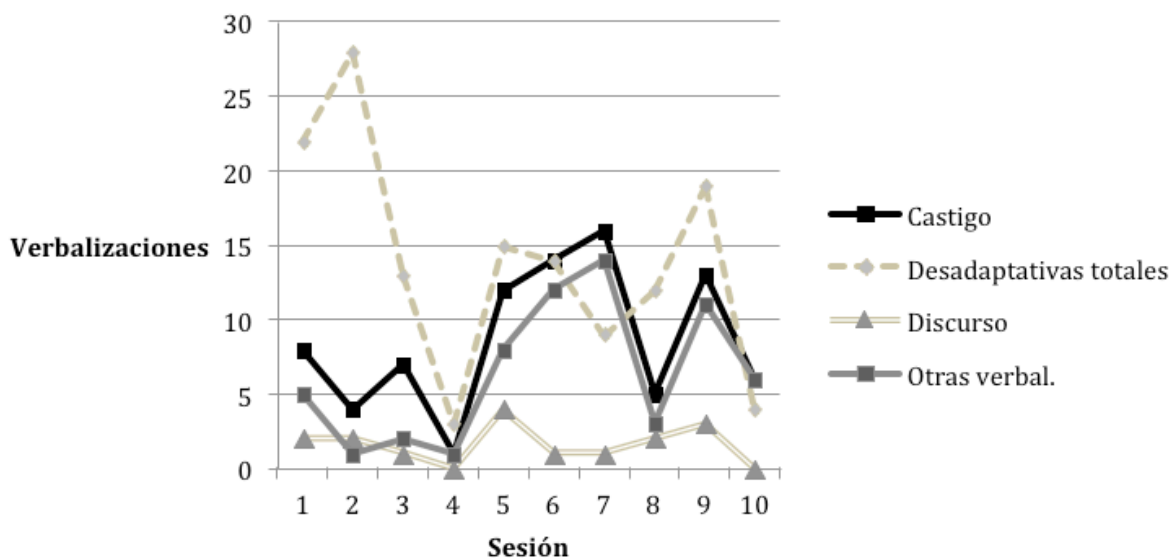


Figura 3. Verbalizaciones de castigo del terapeuta según la definición del SISC-INTER-CVT (Ruiz, 2011) y verbalizaciones del cliente (Frecuencias absolutas).

SISC-INTER-CVT (Ruiz, 2011)- y compararla con la evolución de las verbalizaciones desadaptativas totales del cliente según el SISC-DESAD-CVC. Así mismo, se han incluido las categorías del cliente *Discurso* y *Otras Verbalizaciones*. Como se puede apreciar, aunque siguen tendencias generales parecidas, no existe una correspondencia total entre las verbalizaciones desadaptativas del cliente y las verbalizaciones de castigo del terapeuta. Por otro lado, como se recoge en la Tabla 2, las verbalizaciones de castigo no se dirigieron siempre a las verbalizaciones con un contenido desadaptativo, tal y como lo hemos definido en este trabajo, sino que se dirigieron sobre todo a otro tipo de contenidos *-Otras Verbalizaciones-* o a la conducta verbal en sí misma *-Discurso-*. En la Figura 3 se aprecia claramente la relación entre las verbalizaciones de castigo del terapeuta y la categoría *Otras Verbalizaciones*. Así pues, ni todas las verbalizaciones desadaptativas del cliente fueron castigadas ni todos los castigos del terapeuta fueron dirigidos a verbalizaciones desadaptativas del cliente, aunque es cierto que puede apreciarse cierta relación entre ellas. Esto tiene sentido por diversas razones que se desarrollan en profundidad en el siguiente apartado. Por el momento, basta con decir que los objetivos del psicólogo cambian a lo largo de la terapia, de tal forma que no siempre busca reducir o eliminar las verbalizaciones desadaptativas del cliente.

Discusión

Como ya se ha comentado, el trabajo aquí expuesto supone únicamente un primer acercamiento al papel del castigo verbal en el con-

texto clínico. Tan sólo se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de la evolución de ciertas verbalizaciones del cliente y de su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta. Sin embargo, son varias las conclusiones que se pueden extraer de los resultados de dicho análisis:

- En primer lugar, los resultados muestran que las verbalizaciones desadaptativas del cliente siguieron una tendencia general descendente a lo largo de la terapia, como era de esperar. Las mayores frecuencias se encontraron en la sesiones de evaluación, para ir reduciéndose hasta prácticamente desaparecer en la sesión de consolidación. Obviamente, no se puede afirmar que esta reducción se deba únicamente a la aplicación del castigo. En la terapia entran en juego muchos otros mecanismos, como la extinción o el reforzamiento diferencial, que también influyen en la reducción de la frecuencia de aparición de verbalizaciones desadaptativas. En este sentido, la disminución o desaparición de las verbalizaciones desadaptativas no responde a la aplicación del castigo por parte del terapeuta, sino a la resolución de aquellos problemas a los que hacen referencia. Una futura línea de investigación puede ir en la dirección de identificar y separar el efecto de cada uno de estos mecanismos en el descenso de las verbalizaciones desadaptativas en terapia.

- Si bien la tendencia general era descendente, un análisis detallado de la evolución de cada una de las categorías contempladas en el SISC-DESAD-CVC, mostró altibajos en la

frecuencia de algunos tipos de verbalizaciones desadaptativas a lo largo de la terapia. Es decir, si bien se produjo un descenso en la frecuencia de aparición de todas las categorías, este descenso no fue uniforme y sostenido en todas ellas. Así, se encontraron picos y valles en distintos momentos de la terapia para varias de las categorías contempladas en nuestro sistema. Lo que estos altibajos reflejan es el propio trabajo de abordaje clínico de los problemas del cliente. Cada categoría de nuestro sistema hace referencia a un área problema y, en consecuencia, a uno o varios objetivos terapéuticos. Los picos en la frecuencia de aparición de cada categoría reflejan que el cliente y el terapeuta están trabajando sobre esos objetivos. El cliente habla de sus problemas y de las dificultades que tiene a la hora de llevar a cabo las tareas que le plantea el terapeuta para resolverlos. Esto se refleja en un aumento puntual en la frecuencia de aquella categoría del SISC-DESAD-CVC que hace referencia al problema que se está trabajando.

- El análisis de la relación entre las verbalizaciones desadaptativas del cliente y las verbalizaciones punitivas del terapeuta mostró que no existe una correspondencia uno-uno entre ambas. Es decir, que ni todas las verbalizaciones desadaptativas del cliente iban seguidas de castigos del terapeuta ni todos los castigos del terapeuta iban precedidos de verbalizaciones desadaptativas del cliente. Veamos más detenidamente lo que implican estos dos hechos. En primer lugar, se pudo observar que el terapeuta no castigaba todas y cada una de las verbalizaciones desadaptativas del cliente.

Es más, un análisis detallado mostró que estas verbalizaciones no sólo no eran castigadas, sino que eran exploradas y reforzadas por el terapeuta en todas las fases de la terapia. Ello se reflejó en que muchas de las verbalizaciones del cliente que se categorizaron como desadaptativas fueron seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *discriminativa* o *refuerzo* según el SISC-INTER-CVT (Ruiz, 2011). Lo que esto podría significar que ese tipo de verbalizaciones no serían anti terapéuticas en el sentido estricto del término, sino justo al contrario, ayudarían al desarrollo de la terapia. El terapeuta buscaría (discriminaría) y reforzaría estas verbalizaciones del cliente porque serían indicadores de aquellos aspectos que son relevantes para trabajar en terapia, permitiéndole planificar adecuadamente las sesiones y hacer hincapié en aquello que es más importante. En este sentido podrían considerarse, incluso, pro terapéuticas. Por otro lado, las observaciones mostraron que el terapeuta castigaba muchas otras cosas a parte de las verbalizaciones que se categorizaron como desadaptativas. Así, se encontró que se castigaban conductas como la de mostrar desacuerdo ante lo que proponía el terapeuta, no contestar a lo que se estaba preguntando, desviarse del tema, interrumpir o expresar interpretaciones inexactas, extremistas o contradictorias sobre el tema de discusión. Retomando lo anterior, todas estas verbalizaciones, sin ser necesariamente desadaptativas, serían anti terapéuticas porque impedirían el desarrollo óptimo de la intervención. Así pues, el terapeuta se valdría del castigo como recurso para reducirlas o eliminarlas. Estas observa-

ciones abren un interesante debate sobre las diferencias entre una conducta “desadaptativa” y una conducta “anti terapéutica” y lo que se entiende cuando nos referimos a cada una de ellas. Así mismo, nos muestra un posible camino a seguir en lo que al estudio del castigo verbal en terapia se refiere. Y es que es posible que papel del castigo en clínica no sea el de eliminar las verbalizaciones desadaptativas del cliente, sino el de eliminar aquellas conductas que impiden el adecuado progreso de la terapia en sí misma.

Insistimos en el carácter exploratorio del presente trabajo. Se abre ahora todo un campo de posibilidades de investigación en lo que al proceso de castigo se refiere, particularmente a su aplicación en la práctica clínica. Hace falta seguir investigado cómo y en qué momentos se utiliza el castigo en terapia, así como sus efectos directos e indirectos sobre la conducta del cliente en sesión. Interesa determinar si las verbalizaciones punitivas del terapeuta son realmente castigos en el sentido funcional del término, es decir, si su aplicación a una conducta reduce la probabilidad de que dicha conducta se repita en el futuro. Del mismo modo, sería interesante llegar a manipular el castigo como variable independiente y observar sus efectos en distintas condiciones mediante, por ejemplo, el entrenamiento de terapeutas en distintos estilos de aplicación del castigo en terapia.

Referencias

- Dura, J. R. (1991). Controlling extremely dangerous aggressive outbursts when functional analysis fails. *Psychological Reports, 69*, 451–459.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2011). Study of the socratic method during cognitive restructuring. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 110-123
- Froján, M. X., Montaña, M. y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema, 18*, 797-803.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A y Ruiz, E. (2011) Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud, 22*, 69-85.
- Froján, M. X., Pardo, R., Vargas, I. y Linares, F. (2011) Análisis de las reglas en el contexto clínico. *EduPsykhé, 10* (1), 135-154.
- Grace, N. C., Kahng, S. W., & Fisher, W. W. (1994). Balancing social acceptability with treatment effectiveness of an intrusive procedure: A case report. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 171–172.
- Hagopian, L. P., Fisher, W. W., Sullivan, M. T., Acquistio, J., & LeBlanc, L. A. (1998). Effectiveness of functional communication training with and without extinction and punishment. *Journal of Applied Behavior Analysis, 31*, 211–235.
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J. R., Vollmer, T. R., Smith, R. G., et al. (1994). The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 215–240.
- Johnston, J (1985). Controlling professional behavior: a review of “The effects of punishment on human behavior” by Axelrod and Apsche. *The Behavior Analyst, 8* (1), 111-119
- Lerman, D. C., & Iwata, B. A. (1996b). A methodology for distinguishing between extinction and punishment effects associated with response blocking. *Journal of Applied Behavior Analysis, 29*, 231–233.
- Lerman, D. y Vondran, C. (2002). On the status of knowledge for using punishment: im-

- plications for treating behavior disorders. *Journal of applied behavior analysis*, 35 (4), 431–464
- Martin, G., y Pear, J. (1983). *Behavior modification: What is it and how to do it*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- Mazaleski, J. L., Iwata, B. A., Rodgers, T. A., Vollmer, T. R., & Zarcone, J. R. (1994). Protective equipment as treatment for stereotypic hand mouthing: Sensory extinction or punishment effects? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 345–355.
- Ruiz, E. (2011) *Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico*. Tesis doctoral inédita leída en la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.
- Ruiz, E., Froján, M. X., Calero, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de Psicología*.
- Vollmer, T. R., & Iwata, B. A. (1993). Implications of a functional analysis technology for the use of restrictive behavioral interventions. *Child and Adolescent Mental Health Care*, 3, 95–113.
- Wacker, D. P., Steege, M. W., Northup, J., Sasso, G. M., Berg, W., Reimers, T., et al. (1990). A component analysis of functional communication training across three topographies of severe behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 417–429.

Funcionamiento sexual y personalidad: análisis diferencial en función del género

Livia García Pérez, Ignacio Ibáñez Fernández y Borja Romero Martín
Universidad de La Laguna

RESUMEN

El propósito de este estudio fue examinar la relación entre los Cinco Grandes dominios de la personalidad y el funcionamiento sexual, medido con el *Multidimensional Sexuality Questionnaire*. Se analizan los datos de 165 sujetos. El 58% de ellos eran mujeres ($n = 96$) y 69 hombres. La edad media era de 26,9 años ($DT = 8,18$). Los resultados señalan que neuroticismo y extraversión son las dimensiones de personalidad más relevantes en relación con las actitudes sexuales. La extraversión aparece relacionada con una perspectiva positiva de la sexualidad, mientras que el neuroticismo, se relaciona con una negativa. En cuanto a los factores sexuales, las diferencias se centran en estima, preocupación, motivación, ansiedad y control sexual externo, con puntuaciones superiores en hombres que en mujeres. En general, las relaciones entre personalidad y los factores sexuales, parecen estar moduladas por el género. Estos resultados muestran la importancia del estudio de las relaciones entre personalidad y funcionamiento sexual, atendiendo a las diferencias que puedan surgir en función del género, e invitan a continuar profundizando en este fenómeno.

Palabras clave: NEO-PI-R, *Multidimensional Sexuality Questionnaire*, funcionamiento sexual, diferencias de género, estudio *ex post facto*.

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the relationship between the Big Five factors of Personality and sexual factors (*Multidimensional Sexuality Questionnaire*). Data from 165 subjects were analysed, 58% of them were women ($n = 96$) and 69 men. With a mean age of 26.9 ($SD = 8.18$). The results obtained show that, the personality dimensions that seem to be most relevant in connection with sexual attitudes, are Neuroticism and Extraversion. Overall, the Extraversion appears related to a positive perspective of sexuality, while the Neuroticism relates to a negative view. With regard to the sexual factors, differences focus on esteem, concern, motivation, anxiety and external sexual control, with higher scores in men than in women. In general, relationships between personality and sexual factors, seems to be modulated by sex. These results show the importance of the study of the relationships between personality factors and sexual attitudes, taking into account sexual differences, and require a deeper analysis of this phenomenon.

Keywords: NEO-PI-R, *Multidimensional Sexuality Questionnaire*, sexual functioning, sex differences, *ex post facto* study.

Desde hace algunas décadas se ha ido prestando atención creciente al estudio de características psicológicas que influyen en las relaciones sexuales de las personas. En general, el análisis desde la psicología, abarca una temática diversa y, en muchos casos, centrada en aspectos concretos como los que aparecen más abajo.

Algunos trabajos aparecen relacionados con la ansiedad sexual (Janda & O'Grady, 1980), las actitudes sexuales (Fisher & Hall, 1988; Hendrick & Hendrick, 1987; Lameiras & Rodríguez, 2003; Ortega, Ojeda, Sutil, & Sierra, 2005) y la estima sexual (Snell & Papini, 1989). Además del análisis de diferencias entre géneros al elegir pareja (Eastwick & Finkel, 2008; Wilbur & Campbell, 2010), en las preferencias sexuales (Wilbur & Campbell, 2010), el impacto de la personalidad en los sentimientos, pensamientos y conductas sexuales (Snyder, 1974, 1979; Snyder, Simpson, & Gangestad, 1986) o, incluso, las actitudes sexuales positivas y negativas y su relación con el género (Macapagal & Janssen 2011).

Otros estudios analizan el papel del bienestar psicológico o de la satisfacción en el funcionamiento sexual (Carrobbles, Gámez-Guadixm & Almendros, 2011), o la satisfacción sexual, especialmente en la mujer (Brody, 2007; Sills et al., 2005; Walker, 2006).

La investigación en la asertividad se remonta a la década de los setenta. Distintos estudios consideran que la asertividad sexual representa un componente central de la sexualidad humana (Stoner et al., 2008). Por lo cual, en la bibliografía al uso, se pueden encontrar un amplio número de ellos, con el análisis de

la asertividad sexual en muestras de diferentes características (Caruthers, 2005; Greene & Faulkner, 2005; Jacobs & Thomlison, 2009; Mènard & Offman, 2009; Oattes & Offman, 2007). Además, la asertividad sexual aparece relacionada con diversos aspectos de la respuesta sexual, como el deseo y la satisfacción sexual (Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

Una temática que ha sido centro de nuestro interés, por su papel destacado en la sexualidad humana, es la importancia de las actitudes y conductas dentro de las relaciones sexuales. La manifestación de unas actitudes sexuales positivas suelen ir aparejadas con una mayor satisfacción sexual (Trudel, 2002).

Son muchos los estudios que han analizado la existencia de diferencias entre mujeres y hombres en distintos aspectos sexuales (Fink, Brewer, Fehl, & Neave, 2007; Erol & Orht, 2011; Kuhle, 2011; Pierce & Hurlbert, 1999; Stulhofer, Graham, Bozиеvic, Kufrin, & Ajdukovic, 2007), aunque los resultados son distintos. Mientras que, por ejemplo, para los últimos autores (Stulhofer et al., 2007), las mujeres muestran más asertividad sexual que los hombres, para otros (Pierce & Hurlbert, 1999), el resultado es el contrario.

En general el interés de los personólogos por la sexualidad ha sido escaso, aunque un amplio número de autores defienden la importancia de la personalidad sobre el funcionamiento sexual y en concreto sobre las actitudes sexuales, (Bourdage, Lee, Ashton, y Perry, 2007; Heaven, Fitzpatrick, Craig, Kelly, & Sebar, 2000; Heaven et al., 2003; Miller et al., 2004), pese a la debilidad e inconsistencia de los resultados (Smith, Nezlek, Webster, & Paddock, 2007).

Históricamente los primeros trabajos surgen de la mano del equipo de Eysenck (Eysenck, 1972, 1976; Eysenck & Wilson, 1979), a partir del análisis de las relaciones entre personalidad y distintos aspectos y actitudes sexuales. Este autor recoge dos tipos de actitudes sexuales. Por una parte, actitudes frente a prácticas o actividades concretas (homosexualidad, frecuencia de uso del preservativo, etc.). Por otra, actitudes hacia la sexualidad como un todo, que puede conllevar satisfacción, miedos sexuales, ansiedad sexual, etc. Este último tipo, de carácter más psicológico, es cercano al interés que mueve el presente estudio.

Estos trabajos de Eysenck condujeron a importantes conclusiones dentro de las relaciones entre personalidad y aspectos sexuales como las actitudes sexuales. Como la tendencia de los extravertidos, en comparación con los introvertidos, a tener más parejas sexuales, a experimentar con distintas actividades sexuales y a tener sexo con más frecuencia, además de mayores niveles de satisfacción sexual. O la tendencia de las personas con puntuaciones altas en Neuroticismo a puntuar alto en ansiedad, preocupación, a ser más temerosas, y a ser más probable que muestren nerviosismo sexual, altos niveles de inhibición sexual y niveles más bajos de satisfacción sexual, en comparación con los que puntúan bajo.

Hoyle, Fejfar y Miller (2000), cuestionan el uso de modelos de personalidad psicobiológicos y han ignorado modelos taxonómicos como el *Modelo de los Cinco Grandes (Five Factor Model, FFM, Costa & McCrae, 1992)*.

Entre las investigaciones que emplean este modelo para el estudio de distintos aspectos

de la sexualidad, y en relación con las actitudes sexuales, destacan las llevadas a cabo por autores como Snell (Snell, Fisher, & Miller, 1991; Snell, Fisher, & Walters, 1993) y Heaven (Heaven et al., 2000; Heaven et al., 2003). Estos últimos analizan las actitudes sexuales a través del *Multidimensional Sexuality Questionnaire* de Snell et al. (1993).

En las investigaciones del grupo de Snell se encontraron, en los hombres, mayores niveles en las variables sexuales de estima, preocupación, motivación, asertividad, y control sexual externo, que en las mujeres. Según Heaven (Heaven et al., 2003; Heaven et al., 2000) los hombres puntúan significativamente más alto que las mujeres en medidas relacionadas con la curiosidad y con la excitación sexuales y éstas más en satisfacción sexual.

Respecto a las relaciones significativas entre personalidad y los factores de actitudes hacia el sexo del estudio de Snell et al. (1993), surgieron relaciones negativas y significativas de Responsabilidad y Cordialidad con la preocupación sexual, y de Cordialidad con la motivación sexual. Heaven et al. (2000), informan que éstas se dan fundamentalmente entre Neuroticismo (N) y ciertos factores sexuales (con culpa e insatisfacción sexual en mujeres; y con culpa, excitación y curiosidad sexual, en hombres). Entre las personas con puntuaciones altas en Neuroticismo parece haber poca evidencia de satisfacción sexual o de habilidad sexual. En Extraversión (E), las relaciones significativas se dieron únicamente en mujeres (con curiosidad y excitación sexuales). El resto de dimensiones de la personalidad parecen mantener escasas relaciones con las actitudes sexuales (con

Apertura a la experiencia y Responsabilidad), o prácticamente nulas (en Cordialidad). En general, los predictores más importantes de las actitudes sexuales son N y E, con Responsabilidad y Apertura a la experiencia, en menor grado. Heaven et al. (2003), confirma la relevancia de E y N y el menor peso de Responsabilidad.

Algunos aspectos quedan aún por aclarar si se analizan estudios como el de Miller et al. (2004). Estos autores también defienden la importancia de la personalidad en el estudio de la conducta sexual. Aunque entre sus resultados señalan que surge cierta ambigüedad en la relación entre afecto negativo (neuroticismo de Eysenck), o emocionalidad negativa (Tellegen, 1985) y conductas sexuales de riesgo (en ambos casos con ausencia de relaciones significativas). Por el contrario, otros estudios (Hoyle, et al., 2000) han encontrado relación entre neuroticismo-ansiedad de Zuckerman y neuroticismo (del *FFM*) y algunas formas de riesgo sexual. Miller et al. (2004), sugieren que cuando se consideran a la vez otras dimensiones de personalidad, éstas no representan una contribución importante. Los resultados obtenidos hasta el momento son, además de escasos y dispares (Heaven et al., 2000; Heaven et al., 2003), lo que justificaría su estudio.

Los estudios que relacionan la personalidad con distintos aspectos de la sexualidad humana en adultos, como las actitudes y las conductas sexuales son claramente escasos, y esta cuestión no se ha resuelto en los últimos años. Por ello, como objetivo general del trabajo, se plantea continuar la línea de investigaciones anteriores en este campo (Eysenck, 1976; Heaven et al. 2000; Heaven et al., 2003). Para ello

examinamos los vínculos existentes entre la percepción que tiene la persona acerca de su funcionamiento sexual y el *FFM* aportando la variable diferencias sexuales de la muestra, a este análisis.

Como hipótesis de trabajo se plantearon las siguientes:

1) Las dimensiones de personalidad extraversión y neuroticismo mantendrán, relaciones significativas con distintos factores sexuales (Eysenck, 1972, 1976; Eysenck & Wilson, 1979; Costa & McCrae, 1985; Heaven et al., 2000). Mientras que las relaciones con Responsabilidad, Apertura a la experiencia y Cordialidad, serán puntuales (Heaven et al., 2000; Heaven et al., 2003).

2) Los predictores más importantes de los distintos factores sexuales serán Extraversión y Neuroticismo (Heaven et al., 2000).

3) En cuanto a las diferencias de género, los hombres y las mujeres mostrarán un patrón diferencial en la relación entre personalidad y sexualidad (Feingold, 1992; Heaven et al., 2000): (a) los hombres obtendrán puntuaciones mayores que las mujeres en los factores sexuales de estima, preocupación, motivación, asertividad, y control externo (Snell et al., 1991; Snell et al., 1993); y (b) las mujeres mostrarán puntuaciones más altas en satisfacción sexual que los hombres (Eysenck, 1976; Heaven et al., 2000).

Método

Participantes

Un total de 165 personas completaron los cuestionarios. El 58% de ellos eran mujeres ($n = 96$) y 69 hombres. La edad media era de 26,9

años ($DT = 8,18$), y la moda de 24. La mayoría de ellos, 87 eran estudiantes (53%) y el resto, 78 trabajadores (la totalidad con estudios de Bachillerato Unificado Polivalente, Formación Profesional, o superiores).

La participación fue voluntaria, anónima e individualizada, garantizando la confidencialidad de sus datos, previo consentimiento informado expreso.

Instrumentos

Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ). (Snell et al., 1991 ; Snell et al., 1993). Este cuestionario consta de 60 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos. A partir de esta prueba surge 12 factores (con 5 ítems cada uno), que miden la percepción que tienen las personas sobre distintos aspectos de su funcionamiento sexual (Heaven et al., 2003): estima sexual (alfa de Cronbach = 0,87), preocupación sexual (alfa = 0,94), control sexual interno (alfa = 0,80), conciencia sexual (alfa = 0,71), motivación sexual (alfa = 0,91), ansiedad sexual (alfa = 0,83), asertividad sexual (alfa = 0,77), depresión sexual (alfa = 0,92), control sexual externo (alfa = 0,86), control social sexual (alfa = 0,90), miedo a las relaciones sexuales (alfa = 0,82), y satisfacción sexual (alfa = 0,94). Las escalas muestran validez y fiabilidad adecuadas (Snell et al., 1991; Snell et al., 1993).

NEO-PI-R. (Costa & McCrae, 1992), para evaluar dimensiones normales de personalidad, adaptado al español por TEA Ediciones (1999). Compuesto por 240 ítems, mide cinco dimensiones (con 48 ítems cada una): Extraversión (alfa de Cronbach = 0,89), Neuroticismo (alfa = 0,92), Apertura a la experiencia (alfa = 0,87),

Cordialidad (alfa = 0,86), y Responsabilidad (alfa = 0,90), y evalúa seis facetas dentro de cada una de ellas. Se han llevado a cabo muchos estudios con el cuestionario y ha mostrado de forma sistemática, buena fiabilidad y validez (Costa, McCrae, & Dye, 1991).

Procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño ex post facto transversal. Se empleó una muestra incidental de participantes voluntarios, obtenida siguiendo la técnica de muestreo de *bola de nieve* (muestreo no probabilístico), un total de 18 alumnos de 3º de psicología formaron parte del programa de prácticas voluntarias con el fin de desempeñar el papel de evaluadores. Para ello fueron entrenados en la administración de las distintas pruebas e instruidos para que seleccionaran de su entorno a un grupo de entre ocho a diez personas adultas, distribuidas homogéneamente por género y edad. Una vez que los evaluadores escogieron a esa muestra, se les informó del carácter experimental del trabajo y se les pidió su participación voluntaria cumplimentando los distintos cuestionarios e inventarios. Se pidió el consentimiento informado y un teléfono de contacto. Las pruebas se cumplimentaban en unos 50 minutos.

Los datos obtenidos fueron analizados empleando el paquete estadístico SPSS para Windows en su versión 20.

Se analizaron las relaciones entre factores sexuales y personalidad. Además se realizaron análisis por separado para hombres y mujeres.

1.- Para el estudio de las diferencias en factores sexuales entre hombres y mujeres se re-

curren a ANOVA, siguiendo a Snell et al. (1991) y Snell et al. (1993) al presentar los datos de validación del MSQ.

2.- Con el objeto de ver la capacidad explicativa de los Cinco Grandes de la personalidad sobre los distintos aspectos sexuales, se realizaron análisis de regresión lineal múltiple. Con el método paso a paso. Éste es un método usual, ha sido específicamente empleado en estudios similares y permite introducir de forma sucesiva las variables que tienen una contribución más importante para explicar la variable dependiente (Howitt & Cramer, 2011).

3.- El análisis de regresión se realizó para hombres y mujeres, independientemente.

En todos los casos se analizaron las puntuaciones directas, sin ningún tipo de transformación.

Resultados

Se llevó a cabo un análisis correlacional de las relaciones entre personalidad y el funcionamiento sexual, y se realizó de forma independiente para hombres y mujeres (Tabla 1).

El análisis general de los resultados entre las distintas factores sexuales y las dimensiones de personalidad básicas, permite observar diferencias considerables en los patrones correlacionales seguidos por ambos géneros.

Al analizar estos datos, se encuentra que las relaciones tienen un mayor peso en los hombres, con un total de 31 correlaciones significativas (frente a 23 en las mujeres). Las dimensiones de personalidad más relevantes (en ambos géneros) son Extraversión (E) y Neuroticismo (N).

Los resultados son diferentes para cada género. Respecto a Extraversión, su papel se re-

laciona más con lo que podríamos llamar una *concepción positiva de la sexualidad*. Así, en ambos sexos se mantienen relaciones positivas con estima, conciencia sexual, control interno, asertividad y satisfacción. En mujeres aparecen también relaciones positivas con motivación. En los hombres, encontramos relaciones negativas entre Extraversión y las actitudes sexuales de ansiedad, depresión, control social y control externo.

En cuanto al Neuroticismo, en los hombres se relaciona más con una *vivencia negativa de lo sexual* (relaciones positivas con preocupación, control social, miedo, insatisfacción, locus de control externo y, en mayor grado, ansiedad y depresión). En las mujeres esta vivencia negativa es algo más tenue, y se da con estima, asertividad y satisfacción. La relación es positiva con ansiedad y depresión.

La dimensión de Responsabilidad (C), juega un papel más relevante en la muestra femenina, con relaciones negativas con preocupación y control externo, y positivas con conciencia, miedo y control interno. Para los hombres todas las relaciones son negativas y se limitan a preocupación, ansiedad y control social.

Un patrón diferente sigue la Apertura a la experiencia (O), que mantiene correlaciones positivas con los factores sexuales, especialmente en las mujeres (si bien de escasa cuantía). Mientras que en ambas muestras las relaciones se mantienen con estima, conciencia y control interno, se relaciona únicamente con motivación, asertividad y satisfacción en las mujeres.

Respecto al factor de Cordialidad (A), todas las relaciones son negativas. Con un patrón

Tabla 1

Correlaciones entre personalidad y factores de funcionamiento sexual por género

Factores sexuales	Personalidad									
	Neuroticismo		Extraversión		Apertura		Cordialidad		Responsabilidad	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estima	-.15	-.23*	.32**	.33**	.31**	.40***	-.21*	.03	-.14	.07
Preocupación	.19*	.10	-.14	-.09	.00	.06	-.45***	-.26*	-.36***	-.25*
Conciencia	-.04	-.03	.26*	.42***	.21*	.45***	-.22*	.08	-.04	.22*
Motivación	-.07	-.10	.18	.27**	.10	.31**	-.30**	-.07	-.08	-.09
Ansiedad	.41***	.32**	-.23*	-.03	-.04	.04	-.32**	-.12	-.21*	-.15
Asertividad	-.12	-.28**	.26*	.34**	.05	.41***	-.34**	-.01	-.03	.05
Depresión	.42**	.23*	-.38***	-.15	-.05	-.06	-.19*	-.05	-.16	-.13
Control social	.34**	.16	-.28**	.10	-.11	-.02	-.18	-.18	-.08	-.05
Miedo	.35**	.17	-.17	.02	.06	-.04	.16	-.14	-.19*	-.11
Satisfacción	-.33**	-.25*	.42***	.24*	.08	.19*	.13	.13	.16	.18
Control interno	.00	-.12	.24*	.38***	.29**	.35***	-.20*	.09	-.08	.25*
Control externo	.36**	-.25*	.05	.06	-.04	.05	-.26	-.07	-.17	-.31**

Nota: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

claramente diferenciado en ambas muestras. En la masculina, se relacionan con casi la totalidad de los aspectos sexuales, mientras que en la femenina únicamente con preocupación.

Si nos centramos en los factores sexuales, las diferencias entre ambos sexos parecen encontrarse en los factores de control social sexual, ansiedad, depresión y control sexual interno. En todos aparecen mayor número de relaciones significativas en el caso masculino. El factor de asertividad sexual parece tener un mayor peso en la muestra femenina.

Finalmente, los factores sexuales que parecen mantenerse más independientes de personalidad en ambas muestras son: el miedo a las relaciones sexuales y la motivación sexual (Tabla 2).

Se analizaron las diferencias de género (Anova) en personalidad y funcionamiento sexual. Respecto a las primeras, se limitan a Cordialidad ($F = 20,39$, $p < 0.001$), con puntuaciones significativamente mayores para las mujeres. En cuanto a los distintos aspectos sexuales analizados (Tabla 2), los hombres puntúan más alto que las mujeres en la casi totalidad de factores, con la excepción de satisfacción sexual y control sexual interno; aunque con significación sólo para estima, preocupación, motivación, ansiedad y control sexual externo.

Por último, se realizaron diferentes análisis de regresión lineal múltiple, con la intención de determinar la capacidad explicativa de la personalidad sobre la percepción acerca del funcionamiento sexual propio. Se optó por el

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas (D.T.) en factores sexuales en mujeres y hombres

Factores sexuales	Hombres (N = 69)		Mujeres (N = 96)		F
	Media	DT	Media	DT	
Estima sexual	12.28	3.98	10.77	3.92	5.81**
Preocupación sexual	8.23	2.79	5.95	1.95	37.88***
Conciencia sexual	13.30	3.20	13.19	2.80	0.06
Motivación sexual	13.12	4.15	10.36	4.33	16.67***
Ansiedad sexual	6.29	3.67	5.12	3.36	4.49*
Asertividad sexual	11.83	3.82	11.43	4.19	0.39
Depresión sexual	4.28	5.15	3.01	4.58	2.73
Control social sexual	3.41	4.10	2.68	3.29	1.57
Miedo a relaciones sexuales	6.86	3.41	6.12	2.96	2.17
Satisfacción sexual	11.75	5.70	12.82	5.34	1.50
Control sexual interno	12.68	3.67	12.74	3.67	0.01
Control sexual externo	4.59	5.00	3.15	3.48	4.73*

Nota. DT = desviación típica. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

método *paso a paso* y por analizar los hombres y las mujeres de forma independiente. Los principales resultados se encuentran en la Tabla 3.

En general, y como en el análisis correlacional, Extraversión aparece relacionada con una perspectiva positiva de la sexualidad (conciencia, motivación, asertividad, satisfacción y control interno), independientemente del género. Mientras que el Neuroticismo tendría que ver con un vivencia negativa (ansiedad, asertividad, depresión, control social, miedo a las relaciones sexuales y satisfacción).

Además, en el caso del Neuroticismo, esta relación negativa con la sexualidad sería distinta para cada sexo: Marcada por ansiedad, control social sexual, miedo a las relaciones se-

xuales y control sexual externo para los hombres y baja asertividad para las mujeres. La depresión sería común a ambos.

La Responsabilidad se relaciona negativamente con la depresión en hombres. En mujeres, positivamente con el control interno y negativamente con el control externo sexual.

Mientras la Apertura a la experiencia parece mas relevante para explicar las actitudes sexuales femeninas y, Cordialidad, las masculinas.

Discusión

La finalidad de este estudio fue examinar las relaciones entre personalidad (en base al *FFM*) y la percepción que tienen las personas de sus relaciones sexuales. Los resultados obtenidos, muestran con cierta claridad cómo

Tabla 3

Análisis de regresión de las variables de personalidad sobre los factores sexuales, por género

	Hombres (N = 69)				Mujeres (N = 96)				
	F	β	t	R ²	F	β	t	R ²	
Estima sex	E	.37	3.29***						
	O					.40	4.13***		
	A	7.23***	-.28	-2.45*	.18	.17***		.16	
Preocupación	A		-.39	-3.59***		-.26	-2.57*		
	C	12.38***	-.28	-2.60**	.27	6.6*		.07	
Consciencia	A		-.27	-2.31*					
	E		.31	2.62**		.26	2.22*		
	O	5.21**			.14	15.96***	.30	2.50*	.26
Motivación	O					.32	3.19**		
	A		-.35	-3.00**					
	E	5.75**	.24	2.08*	.15	10.14**		.10	
Ansiedad	N		.41	3.70***					
	A	13.72***			.17	9.06**	.30	3.01**	.09
Asertividad	O					.37	3.92***		
	E		.33	2.95**					
	A		-.40	-3.62***					
	N	9.32***			.22	12.19***	-.21	-2.26*	.21
Depresión	N	14.63***	.42	3.83***	.18	4.03*	.21	2.01*	.04
Contr. social	N	8.94**	.34	2.99**	.12	---	---	---	---
Miedo	A		.28	2.40*					
	N	7.78***	.42	3.67***	.19	---	---	---	---
Satisfacción	E	13.96***	.42	3.74***		.25	2.47*		
	C					.20	2.12*		
Control-I	O		.29	2.43*					
	E	5.92*			.08	10.99***	.36	3.83***	.19
Control-E	N		.36	3.12**					
	C	9.72**				-.31	-3.08**		

Nota. Se presenta el valor de F y la varianza explicada (R²) para el modelo en su conjunto y los valores de t y β para cada variable del modelo; E = Extraversión, N = Neuroticismo, O = Apertura a la experiencia, A = Cordialidad y C = Responsabilidad. * = p > 0,05; ** = p > 0,01; *** = p > 0,001.

algunas dimensiones de personalidad están relacionadas con el funcionamiento sexual, si bien existen diferencias importantes entre hombres y mujeres.

Las relaciones positivas obtenidas en diferentes ocasiones entre Extraversión y distintos factores sexuales (Eysenck, 1972, 1976; Eysenck & Wilson, 1979), constituyen uno de los resultados de peso que se replicaron en este trabajo. En esta línea, los datos parecen indicar que, tanto en hombres como en mujeres, existe una relación estrecha y negativa del Neuroticismo con el funcionamiento sexual (y en general con lo que se ha denominado una *vivencia negativa de la sexualidad*), aquí podemos destacar el papel de la satisfacción en la dirección esperada. Esto también se confirma exclusivamente en la muestra masculina, en los factores sexuales de preocupación y miedo.

De acuerdo con Hoyle et al. (2000), que encuentran la Responsabilidad, prácticamente independiente de los distintos factores sexuales, en el presente trabajo, el papel de la Responsabilidad parece ser poco significativo en el funcionamiento sexual. Con escasas relaciones con la mayoría de factores sexuales y relaciones negativas con preocupación sexual (Snell et al., 1993). En cuanto a Apertura a la experiencia, parece mantener ciertas relaciones con factores sexuales en mujeres, a la vez que parece tener un aceptable poder predictivo con esta muestra.

En general, los análisis sobre personalidad y sexualidad apoyan la primera hipótesis del estudio. Aunque los resultados indican una relación importante y un buen poder predictivo de la dimensión de personalidad Cordia-

lidad con los factores sexuales exclusivamente en hombres. Esto apoyaría sólo la hipótesis 1 en la muestra femenina. Aunque se confirma la segunda parte de la hipótesis con los dos sexos, que señalaba que de haber relaciones se darán con preocupación sexual (Snell et al., 1993).

De acuerdo con los resultados de Hoyle et al. (2000), la investigación actual muestra que, Neuroticismo y Extraversión parecen tener un papel importante y diferente al de otros factores de personalidad, de cara a la predicción de las funciones sexuales (hipótesis 2).

Como se anticipó hay un número amplio de resultados que apoyan el patrón diferencial entre géneros planteado en la tercera hipótesis (Feingold, 1992; Heaven et al., 2000). Algunos de ellos se citarán a continuación:

En la muestra masculina la ansiedad sexual desempeña un peso considerable en su relación con la casi totalidad de dimensiones de personalidad. No ocurre lo mismo en la muestra femenina. Este factor sexual tiene un papel importante en la diferenciación entre ambos sexos.

Además, un dato sorprendente es que aunque los resultados obtenidos hasta el momento relacionan más la dimensión de Neuroticismo con ansiedad y depresión en mujeres, aquí Neuroticismo predice ansiedad únicamente en los hombres. Esto parece indicar que en el funcionamiento sexual, este factor está más asociado a los hombres.

Como ya hemos comentado, en mujeres la dimensión de Apertura a la experiencia se relaciona más con el funcionamiento sexual y en hombres la Cordialidad.

Sobre el hallazgo de diferencias significativas en factores sexuales, a favor de la muestra masculina, los resultados las refrendan, con la excepción del factor de asertividad.

Por último, un resultado sorprendente, ya que iría en contra de lo esperado, es que en la muestra actual no surgen diferencias significativas en asertividad sexual entre ambas muestras, tal y como plantearon Snell et al. (1993).

En resumen, se puede apreciar un patrón diferencial de relaciones según que el funcionamiento sexual sea masculino o femenino, indicando que se observa una percepción del propio funcionamiento sexual que parece ser fundamentalmente masculina y otra femenina. En éste último caso, se hace patente el cambio social en cuanto a la evolución de los roles sociales, lo que se traduce en un mayor compromiso de las mujeres con una visión más positiva de la sexualidad y en el caso de los hombres, una visión más negativa del hecho sexual (mayor miedo, preocupación y ansiedad sexual) reforzando así el papel más activo de las mujeres.

En conclusión, en las relaciones entre los factores de personalidad y las percepciones sobre las tendencias sexuales, parecen tener un mayor peso las dimensiones de personalidad de Extraversión y Neuroticismo tanto en hombres como en mujeres, y con importantes aspectos comunes. Desde un punto de vista predictivo, Apertura a la experiencia y Cordialidad también parecen ser relevantes (con un mayor peso cuando analizamos cada sexo por separado). Aunque ambas muestras no arrojan diferencias significativas en dimensiones de personalidad (con la excepción de Cordia-

lidad), surgen considerables diferencias en los factores sexuales.

Consideramos que este estudio aporta información de interés al referirse a una muestra española, que no incluye únicamente estudiantes universitarios. Además, ahonda en una temática sobre la que, incluso en la última década, existe escasa investigación. A pesar de ello, los resultados que se presentan deben ser vistos como tentativos y precisan replicación, a ser posible, tanto con muestras sociológicamente comparables como dispares y de mayor amplitud (para garantizar su generalización). A pesar de todo ello, no se puede olvidar que quedan pocas dudas sobre la existencia de relaciones complejas, sorprendentes y de interés creciente, entre los rasgos de personalidad y los diferentes aspectos de la sexualidad, lo que resulta alentador de cara a continuar investigando sobre el tema.

Referencias

- Bourdage, J. S., Lee, K., Ashton, M. C., & Perry, A. (2007). Big Five and HEXACO model personality correlates of sexuality. *Personality and Individual Differences, 43*, 1506-1516.
- Brody, S. (2007). Intercourse orgasm consistency, concordance of women's genital and subjective sexual arousal, and erotic stimulus presentation sequence. *Journal of Sex and Marital Therapy, 33*, 31-39.
- Carrobes, J. A., Gámez-Guadix, M., & Almen-dros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología, 27*, 27-34.
- Caruthers, A. S. (2005). "Hookups" and "Friends with benefits": Nonrelational sexual encounters as contexts of women's normative sexual development. Tesis doctoral. University of Michigan, Michigan.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1985). *Manual of*

- the NEO Personality Inventory: Form S and Form R*. Odessa, FL, EUA: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI); professional manual*. Odessa, FL, EUA.: Psychological Assessment Resources (Adaptación española, 1999, TEA Ediciones, S. A.).
- Costa, P. T. , McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: a revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences, 12*, 887-898.
- Eastwick, P. W., & Finkel, E. J. (2008). Sex differences in mate preferences revisited: Do people know what they initially desire in a romantic partner? *Journal of Personality and Social Psychology, 94*, 245-264.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-Esteem development from age 14 to 30: A longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*, 607-619.
- Eysenck, H.J. (1972). *Psychology is about people*. Harmondsworth, Londres, Great Britain: Penguin.
- Eysenck, H. J. (1976). *Sex and personality*. London: Open Books.
- Eysenck, H. J., & Wilson, B. (1979). *The psychology of sex*. London: Dent.
- Feingold, A. (1992). Gender differences in mate selection preferences: A test of the parental investment model. *Psychological Bulletin, 122*, 125-139.
- Fink, B., Brewer, G., Fehl, K., & Neave, N. (2007). Instrumentality and lifetime number of sexual partners. *Personality and Individual Differences, 43*, 747-756.
- Fisher, T. D., & Hall, R. G. (1988). A scale for the comparison of the sexual attitudes of adolescents and their parents. *Journal of Sex Research, 24*, 90-100.
- Greene, K., & Faulkner, S.L. (2005). Gender, belief in the sexual double standard, and sexual task in heterosexual dating relationships. *Sex Roles, 53*, 239-251.
- Heaven, P. C. L., Crocker, D., Edwards, B., Preston, N., Ward, R., & Woodbridge, N. (2003). *Personality and sex. Personality and Individual Differences, 35*, 411-419.
- Heaven, P. C. L., Fitzpatrick, J., Craig, F. L., Kelly, P., & Sebar, G. (2000). Five personality factors and sex: preliminary findings. *Personality and Individual Differences, 28*, 1133-1141.
- Hendrick, S. S. & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. *Journal of Sex Research, 23*, 502-526.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). *Introduction to SPSS Statistics in Psychology* (5th ed.). Harlow: Pearson Education.
- Hoyle, R. H., Fejfar, M. C., & Miller, J. D. (2000). Personality and sexual risk taking: a quantitative review. *Journal of Personality, 68*, 1203-1231.
- Jacobs, R. J., & Thomlison, B. (2009). Self-silencing and age as risk factors for sexually acquired HIV in midlife and older women. *Journal of Aging and Health, 21*, 102-128.
- Janda, L. H., & O'Grady, K. E. (1980). Development of a sex anxiety inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 169-175.
- Kuhle, B. X. (2011). Did you have sex with him? Do you love her? An in vivo test of sex differences in jealous interrogations. *Personality and Individual Differences, 51*, 1044-1047.
- Lameiras, M., & Rodríguez, Y. (2003) The Big Five and sexual attitudes in Spanish students. *Social Behavior and Personality, 31*, 357-362.
- Macapagal, K. R., & Janssen, E. (2011). The valence of sex automatic affective associations in erotophilia and erotophobia. *Personality and Sex and Marital Therapy, 28*, 229-249. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.paid.2011.06.008>
- Mènard, A. D., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality, 18*, 35-45.
- Miller, J. D., Lynam, D., Zimmerman, R. S., Logan, T. K., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2004). The utility of the Five Factor Model in understanding risky sexual behavior. *Personality and Individual Differences, 36*, 1611-1626.
- Oattes, M. K., & Offman, A. (2007). Global self-

- esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 16, 89-100.
- Ortega, V., Ojeda, P., Sutil, F., & Sierra, J. C. (2005). Culpabilidad sexual en adolescentes: estudio de algunos factores relacionados. *Anales de Psicología*, 21, 268-275.
- Pierce, A. P., & Hurlbert, D. F. (1999). Test-Retest reliability of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 31-34.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J.C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la conducta humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 553-577.
- Sills, T., Wunderlich, G., Pyke, R., Segraves, R. T., Leiblum, S., Clayton, A.,... Evans, K. (2005). The sexual interest and desire inventory-female (SIDI-F): Item response analyses of data from women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 801-818.
- Smith, C. V., Nezlek, J. B., Webster, G. D., & Paddock, E. L. (2007). Relationships between daily sexual interactions and domain-specific and general models of personality traits. *Journal of Social and Personality Relationships*, 24, 497-515.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Miller, R. S. (1991). Development of the sexual awareness questionnaire: components, reliability, and validity. *Annals of Sex Research*, 4, 65-92.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6, 27-55.
- Snell, W. E., Jr., & Papini, D.R. (1989). The sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26, 256-263.
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.
- Snyder, M. (1979). Self-monitoring processes. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 12, pp. 85-128). New York: Academic Press.
- Snyder, M., Simpson, J.A., & Gangestad, S. (1986). Personality and sexual relations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 181-190.
- Stoner, S. A., Norris, J., George, W. H., Morrison, D. M., Zawacki, T., Davis, K. C., & Hessler, D. M. (2008). Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors*, 33, 1167-1176.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. H. Tuma, & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ, EUA: Erlbaum.
- Walker, D. P. (2006). *Impaired sexual assertiveness and consensual sexual activity as risk factors for sexual coercion in heterosexual college women*. Tesis doctoral. Universidad de Miami, Ohio.
- Wilbur, J., & Campbell, L. (2010). What do women want? An interactionist account of women's mate preferences. *Personality and Individual Differences*, 49, 749-754.

