



CALIDAD DE VIDA & SALUD

AÑO 2020 / VOL. 13 / NRO. 1

**UFLO**  
UNIVERSIDAD DE FLORES

V13#01

ISSN 1850-6216

## *Análisis sobre la autocompasión, satisfacción vital y actitudes frente a la inclusión en estudiantes universitarios*

*Analysis of self-compassion, life satisfaction and attitudes towards inclusion in university students*

<sup>1</sup>M<sup>a</sup> Teresa Gómez-Domínguez, <sup>1,2</sup>Diego Navarro Mateu & <sup>2</sup>M<sup>a</sup> Laura Sánchez Pujalte\*

<sup>1</sup>Universidad Católica de Valencia

<sup>2</sup>Universidad Internacional de Valencia

\* Contacto: [marialaura.sanchez@campusviu.es](mailto:marialaura.sanchez@campusviu.es)

**Resumen:** Este trabajo pretende describir y analizar las relaciones existentes entre la actitud de los estudiantes universitarios del ámbito educativo hacia la inclusión en sus aulas con dos constructos como son la autocompasión y la satisfacción vital. La muestra analizada está compuesta por 477 alumnos y alumnas de la Facultad de Educación de la Universidad Católica de Valencia. Las titulaciones implicadas proceden del Grado de Infantil, del Grado de Primaria, del Máster de Formación del Profesorado de Educación Secundaria, de otros másteres diversos y de la doble Titulación del Grado de Infantil y Primaria. Los instrumentos utilizados para ello son: Actitudes frente a la inclusión (SACIE-R), Satisfacción Vital (SWLS), Self-Compasión Scale (SCS). Los resultados evidencian que existe una correlación significativa entre las actitudes frente a la inclusión y la satisfacción con la vida. Sin embargo, vemos como esta última correlaciona significativamente, pero en sentido negativo con la autocompasión. Por último, se desprende de estos análisis, que las mujeres tienen una actitud hacia la inclusión mayor que los hombres y que la satisfacción con la vida disminuye de modo significativo en las edades más avanzadas de la muestra.

**Palabras Clave:** autocompasión, satisfacción vital, actitudes, inclusión.

**Abstract:** This paper aims to describe and analyze the relationships between the attitude of university students in the educational field towards inclusion in their classrooms with two constructs such as self-pity and life satisfaction. The sample analyzed consists of 477 students from the Faculty of Education of the Catholic University of Valencia. The degrees involved come from the Infantile Degree, the Primary Degree, the Master's Degree in Secondary Education Teacher Training, various other master's degrees and the dual Bachelor's Degree in Nursery and Primary Education. The instruments used for this are: Attitudes to inclusion (SACIE-R), Life Satisfaction (SWLS), Self-compassion Scale (SCS). The results show that there is a significant correlation between attitudes to inclusion and life satisfaction. However, we see how the latter correlates significantly but in a negative sense self-pity. Finally, it emerges from these analyses that women have a greater attitude towards inclusion than men and that satisfaction with life decreases significantly at the later ages of the sample.

**Keywords:** self-compassion, life satisfaction, attitudes, inclusion.

La inclusión educativa está presente en nuestra normativa y en nuestro discurso habitual en aquellos que nos dedicamos a la educación. Existe unanimidad al afirmar que la mejor forma de educar es de un modo inclusivo, a todo el alumnado bajo condiciones de igualdad, de no discriminación, sin exclusión alguna y generando participación plena de todos los integrantes en el proceso educativo (LOE, 2016; LOGSE, 1990; LOMCE, 2013; UNESCO, 1994a, 1994B, 1990, 2008). Es por ello que existen numerosos estudios que abordan como alcanzar la tan ansiada inclusión. Hablamos de utilizar diferentes metodologías (Sancho, 2013), intervenir mediante espacios y tiempos diferentes (Solorzano, 2013), mediante adaptaciones curriculares (Cardona, 2006), y otras muchas investigaciones al respecto. Sin embargo, este trabajo pretende centrarse en las actitudes con las que los futuros profesionales de la educación se enfrentan a la inclusión, y además correlacionar dicho constructo con la autocompasión y la satisfacción con la vida.

Definimos actitud como la predisposición a actuar de un determinado modo (Castro, 2003), como un estado de disposición o preparación que permite emitir una respuesta (Allport, 1935) y dicho término lo encontramos ligado a los sentimientos y las emociones (Cacioppo, Harkins & Pretty, 1981). Determinada actitud producirá una respuesta en la que actuará interrelacionadamente un elemento afectivo, otro cognitivo y, finalmente, otro conductual (Rossenberg & Hovland, 1960) y que también

dependerá de experiencias vivenciadas (Sales & García, 1998).

La actitud con la que el docente percibe y se enfrenta a la diversidad del aula, a la diferencia, a los grupos culturales será el verdadero germen de la inclusión en su aula (Concordia & Forlín., 2007; Damm, 2009; Olson 2003; Bagant, Giménez, Montserrat & Ruíz., 2012; Delpino, 2008; Merino & Ruiz, 2005). En Verdugo, Jenaro & Aria (1995) vemos como en educación existía una actitud negativa hacia niños con discapacidad y, por lo tanto, la necesidad de cambiar este enfoque. Otros estudios como Boer, Pijl & Minnaert (2010) o Campbell, Gilmore & Cuskelly (2003) ponen de manifiesto en docentes actitudes negativas unidas a preocupación por su falta de conocimiento referente a su práctica o a la cantidad de tiempo necesario para su atención. Sin embargo, también surgen otros autores como Chiner (2011) que muestran actitudes positivas hacia la inclusión asumiendo el derecho de todos los niños y los beneficios que aporta la diferencia (Ainscow, 2012; Arnaiz, 2000, 2012; Echeita & Ainscow, 2011; Echeita & Domínguez, 2011).

Estas actitudes tendrán consecuencias en la atención ofrecida al alumnado y así lo vemos en (Concordia, Forlin & Sharma, 2007), donde se evidencia que aquellos docentes que tienen actitudes positivas emplean estrategias educativas que benefician a todo el alumnado, mejorando, además, el rendimiento de los alumnos con dificultades de aprendizaje

(Campbell, Gilmore & Cuskelly, 2003).

Numerosos estudios hablan de cómo construir políticas educativas inclusivas que desarrollen una escuela para todos (Ainscow & Echeita, 2011; Sandoval, López, Miquel, Durán, Giné & Echeita, 2002; Muntaner, 2010; Sandoval et al. 2002) pero en este estudio abordamos otra perspectiva y es la de qué constructos podemos potenciar para empoderar a los niños y jóvenes que les ofrezcan la posibilidad de disfrutar en las aulas sintiéndose parte de las mismas y en condiciones de igualdad hacia sus compañeros, independientemente de sus características. Esto sería un modo de alcanzar el bienestar, la satisfacción con la vida, que es lo que, en definitiva, deseamos para nuestros alumnos.

La satisfacción con la vida hace referencia a la evaluación global que hacemos sobre nuestra vida, a como percibimos nuestro paso por la misma (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Esto se realiza por comparación entre lo que vivimos, las circunstancias que rodean nuestro día a día y un estándar que nosotros nos forjamos y consideramos el adecuado y, muy importante, no evaluando conceptos específicos sino una percepción global (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Por lo tanto, estamos hablando de un juicio cognitivo en el que el sujeto utiliza sus propios criterios para valorar los distintos aspectos de su vida (Diener et al., 1985). Es por ello que vincularemos esta variable a un constructo que nos lleva a aprender a ser amables con nosotros

mismos, a cuidarnos y a tratarnos con amabilidad: la autocompasión.

Comencemos primero definiendo qué es la compasión. La compasión se define como un sentimiento generador de bondad, de acercamiento a quienes sienten dolor, de evitar su sufrimiento y, a su vez, de aceptación de la naturaleza humana como frágil e imperfecta (Araya & Moncada, 2016; Gilbert, 2005). Como condición inherente a nuestra existencia somos compasivos, sentimos simpatía por nuestros semejantes, por el cuidado de los más débiles, somos sensitivos a su malestar y todos estos sentimientos aplicados a nuestra propia experiencia es lo que constituye la autocompasión (Gilbert & Procter, 2006). Si somos poseedores de ella seremos conscientes de nuestro bienestar y a su vez empáticos hacia el de los demás, receptivos y comprensivos ante el malestar y el sufrimiento, sin enjuiciarlo ni convertirlo en un sentimiento negativo si no aceptarlo, comprenderlo y reconocerlo como parte de nuestra vida y de la de nuestros semejantes (Germer, 2009, Shapiro, Astin, Bishop & Córdova, 2005).

En nuestra cultura el término autocompasión lo asociamos con sentir lástima de uno mismo, sin embargo, esto es un error ya que todos los seres somos valiosos (Gálvez, 2012). Parece resultarnos más sencillo aceptar nuestros aspectos más oscuros, autocastigándonos que reconocer una situación de dolor desde un enfoque en el que debemos equilibrar las experiencias negativas y aceptar lo

que está sucediendo desde la amabilidad y el cuidado.

El constructo autocompasión consta de tres conceptos relacionados: amabilidad y comprensión en lugar de autocritica, aceptación de los sentimientos dolorosos en lugar de evitación o sobredimensionamiento y reconocimiento de nuestro dolor como algo inherente a nuestra humanidad evitando el aislamiento (Gilbert, Clarke, Kemple, Miles & Irons, 2004).

La autocompasión no supone generar juicios positivos, estaríamos en ese caso hablando de autoestima, sino en cuidarse y tratarse con amabilidad en situaciones difíciles. La autoestima, en muchos casos, genera comparación con los demás y, sin embargo, la autocompasión hace sentirse bien con uno mismo sin necesidad de comparación, generando equilibrio emocional y convirtiéndose en un eficaz predictor de felicidad (Neff & Vonk, 2009). Existen numerosos estudios que demuestran esta última afirmación en la que podemos ver como la satisfacción, la felicidad y la inteligencia emocional correlacionan con de un modo positivo con la autocompasión (Leary, Tate, Allen & Hancock, 2007).

La autocompasión genera un sistema de apoyo que favorece la satisfacción con la vida y disminuye la ansiedad, la depresión y el miedo al fracaso (Barnard, Curry, 2011; Mills, Gilbert, McEwan & Gale, 2007; Neff, Hsieh & Dejjitrat, 2005; Neff, Kirkpatrick & Rude; Williams, Stark & Foster, 2008). Asimismo,

correlaciona positivamente con conceptos como la salud, el dolor y el bienestar psicológico (Costa & Pinto-Gouveia, 2011; Wren et al. 2011) y negativamente con depresión o neuroticismo (Leary et al., 2007; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts & Chen, 2009; Neff, Kirkpatrick et al., 2007; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007).

Ahondando en estas correlaciones, y tal como vemos en Gilbert & Irons (2004), la autocompasión activa un sistema neurológico que genera la función de calmar y suavizar, produciendo una sensación de bienestar y seguridad, lo que conlleva relaciones positivas con nuestros semejantes y reduce emociones negativas como el miedo o el aislamiento.

Estamos acercándonos al germen de la inclusión, el bienestar relacional, el apego a nuestro círculo inmediato, la seguridad en el entorno y rutinas diarias se enfrenta a la autocritica y reduce la ansiedad y la depresión (Blatt, 1995; Gilbert, 2005; Gilbert & Choden, 2013). También Baer, Peters & Lykins (2012), muestran como tasas altas de autocompasión se relacionan con puntuaciones altas en bienestar psicológico y relaciones positivas con los demás, mayor de autonomía, autocontrol y desarrollo personal. Seligman & Csikszentmihalyi (2000) muestran como personas autocompasivas generan emociones positivas como el optimismo, iniciativa personal, afectos positivos, bienestar subjetivo y centrándonos en lo que nos interesa, mayor capacidad de autocuidado y una mejor relación con los demás (Reyes, 2012).

Tal como indica Monjas (2014) un niño con una autoestima adecuada y un autoconcepto certero podrá expresar sus sentimientos de forma positiva, del mismo modo que acepte adecuadamente las opiniones y las críticas de los demás. Del mismo modo, un niño autocompasivo será bondadoso consigo mismo, tratándose con cuidado y comprensión; reconocerá su sufrimiento como el que otros muchos viven de un modo similar y además será capaz de tomar distancia de sus sentimientos viviéndolo de un modo equilibrado (Arata & Mibcadam 2016). De este modo ante situaciones difíciles actuarán con claridad, perspectiva y sentimiento de unión hacia sus semejantes (Barnard & Curry, 2011), no se sentirá sólo.

Ya realizada la revisión teórica, se detallan los objetivos marcados en la misma: conocer la evaluación de los participantes en autocompasión, satisfacción vital y actitudes frente a la inclusión; analizar las variables sociodemográficas en relación con los constructos establecidos; comprobar la existencia de correlaciones positivas (o significativas) entre las evaluaciones realizadas a las variables estudiadas.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra está compuesta por estudiantes de la Facultad de Educación de la Universidad Católica de Valencia. Utilizamos un muestreo no probabilístico de tipo causal o accidental (Latorre, del Rincón & Arnal, 2003,

p. 82) “aquel que el investigador utiliza a los sujetos que le son accesibles o que pueden representar ciertos tipos de características”. El número integrante de individuos es de 477 (n = 477), de los cuales un 85,7% corresponde a mujeres y un 14,3% a hombres. Las titulaciones intervinientes proceden en un 24,7% del Grado de Infantil, en un 20,7 del Grado de Primaria, en un 0,3% del Máster de Formación del Profesorado de Educación Secundaria, en un 8% de Otros Másteres y un 53,5% de la Doble Titulación de Infantil y primaria.

### *Instrumentos*

El instrumento se compone por tres escalas: versión corta de la escala de Autocompasión (SCS) de Neff (2003), versión traducida y validada por Atienza, Pons, Balaguer & Garcia-Merita (2000) de la escala de Satisfacción (SWLS) con la Vida de Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985) y escala reducida de Actitudes hacia la Inclusión (SACIE-R) de Forlin, Earle, Loreman & Sharma (2011).

### *Actitudes frente a la inclusión (SACIE-R)*

Escala para evaluar los Sentimientos, Actitudes y Preocupaciones sobre la Educación Inclusiva (SACIE-R) (Forlin, Earle, Loreman & Sharma, 2011). La escala original estaba compuesta de 19 ítems, siendo revisada y ajustada a 15 ítems agrupados en tres dimensiones: sentimientos (5 ítems), actitudes (5 ítems) y preocupaciones (5 ítems) presentados

en una escala tipo Likert de cinco anclajes de respuesta. La validez de contenido de la escala se demostró en estudios previos en los que se utilizó dicha escala para medir los sentimientos, actitudes y preocupaciones hacia la educación inclusiva en diferentes países (Forlin et al., 2011; Loreman et al., 2007). El cuestionario de SACIE-R en su conjunto muestra una fiabilidad adecuada ( $\alpha = .65$ ).

#### *Satisfacción con la vida (SWLS)*

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Diener, et al., 1985). El instrumento utilizado es una traducción y validación realizada por Atienza, Pons, Balaguer & Garcia-Merita (2000). Compuesto por 5 ítems, con una escala de gradación tipo Likert de 5 puntos. Se muestra una alta consistencia interna de la escala, con coeficientes alfa de Cronbach de 0.87 tanto en la original (Blais, Vallerand, Pelletier, & Briere, 1989; Diener, et al., 1985; Pavot, Diener, Colviny Sandvik, 1991) como en la traducida y validada al español en la que muestra un coeficiente de consistencia interna de 0.84 (Atienza et al. 2000). De acuerdo con el trabajo de Vázquez, Duque & Hervás (2012) existe, por tanto, evidencia empírica sobre la validez de la esta escala, no sólo en la escala original sino en muestras españolas (Atienza et al., 2000; Reig, Cabrero, Ferrer & Richart, 2001).

#### *Self-Compassion Scale versión short (12 ítems) (SCS)*

Cuestionario de autocompasión (SCS) (Neff, 2003). El instrumento utilizado es una validación realizada por García-Campayo et al. (2014). El cuestionario original consta de 26 ítems y se agrupa en seis subescalas: autoamabilidad (ser cálido, comprensivo cuando cometemos un error o sufrimos), autojuicio (relacionado con la autocrítica), humanidad compartida (reconocer la fragilidad del ser humano y su capacidad de errar y reconocer las dificultades), aislamiento (alejarse de la sociedad) y mindfulness (el estado mental en el que no juzgas, recibes y observas lo que ocurre a tu alrededor y lo que sientes, aceptándolo) y sobreidentificación (estar atrapado en reacciones negativas hacia lo que sientes). La evaluación se presenta en escala tipo Likert con una gradación de 1 a 5 puntos. La escala utilizada es la validación al español por García-Campayo et al. (2014) en su versión corta observándose en ella validez y fiabilidad adecuada.

#### *Procedimiento*

Los instrumentos fueron implementados de forma colectiva a los participantes de las titulaciones de Magisterio en sus aulas de la Facultad de Educación. Su participación fue voluntaria y anónima, comunicando a los participantes, antes del comienzo del pase de los cuestionarios, la completa confidencialidad de los resultados. Se explicó al inicio las normas para su aplicación y realización. Los investigadores estuvieron presentes mientras eran cumplimentados a fin de resolver posibles

dudas y cuidar la correcta administración de los mismos. El tiempo de duración del proceso tendrá una media de 20 minutos.

#### *Análisis de datos*

El análisis de datos se ha llevado a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 24. Una vez cumplimentados los cuestionarios definitivos, se procedió al cálculo de los estadísticos descriptivos. A continuación, se realizó un análisis de la consistencia interna de las escalas mediante el alfa de Cronbach, la fiabilidad compuesta y la varianza media extraída. Además, se calculó las diferencias existentes entre variables sociodemográficas como el sexo y la edad. Para este último cometido, se realizaron pruebas t para muestras independientes, así como el cálculo del índice d propuesto por Cohen, así como el valor r que indican el tamaño del efecto de estas diferencias. También se realizó una prueba de ANOVA para comprobar las diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad. Asimismo, se ha procedido a realizar el análisis correlacional entre las diferentes variables expuestas.

### **Resultados**

#### *Análisis de los niveles de autocompasión, satisfacción con la calidad de vida y actitudes frente a la inclusión de los estudiantes*

En la tabla 1 se muestran la media y desviación típica para cada una de los

constructos analizados. Asimismo, se han calculado las medidas de asimetría y curtosis, además de la correlación inter ítem ( $r_{jx}$ ) y la variación del alfa de Cronbach si se elimina el ítem de la escala ( $\alpha_{-x}$ ). Tal y como podemos observar, la puntuación media más elevada en la escala de SACIE-R es la referente a “con el apoyo adecuado, todos los estudiantes con discapacidad deberían estar en clases ordinarias” con una valoración media de 4.07 (DT = 1.13) sobre 5 puntos. Por lo que respecta, la valoración más baja en la escala corresponde al ítem referente a los alumnos que son físicamente agresivos hacia los demás deberían estar en aulas ordinarias, con valoración de 2.94 (DT = 1.19). Asimismo, vemos como la valoración total de la escala SACIE-R se sitúa en una media de 3.59 (dt = .90).

Por su parte, en la escala SWLS la valoración más elevada por parte de los encuestados corresponde el ítem “estoy satisfecho con mi vida” con una valoración media de 4.09 (DT = .85), mientras que el ítem con una menor valoración por parte de los encuestados corresponde a “en la mayoría de los casos, mi vida está cerca de mi ideal” con una media de 3,59 (dt = .92). Asimismo, hacemos hincapié en la valoración total obtenida que se sitúa en un 3.84 (dt = .72).

Por su parte en la escala SCS, la valoración media más elevada corresponde al ítem “cuando fallo en algo importante para mí me consumen los sentimientos de ineficacia” con una media de 3,25(dt = 1.13), mientras que



el ítem con menor valoración por parte de los encuestados corresponde a “Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo” con una media de 2.82 (dt = 1.24).

A continuación (ver tabla 1), mostramos tal como refleja la, que la valoración total se sitúa en una media de 2.99 (dt = .82).

**Tabla 1.** Análisis de las propiedades de los ítems de las escalas.

		$\bar{\chi}$ (dt)	Asimetría	Curtosis	rjx	$\alpha$ -x
<b>SACIE-R</b>						
SACIE-R 1	Los alumnos que tienen dificultad para expresar verbalmente sus pensamientos deberían estar en aulas ordinarias.	3.46 (1.37)	-.45	-.96	.61	.86
SACIE-R 2	Los alumnos que necesitan asistencia en el cuidado personal deberían estar en aulas ordinarias.	3.33 (1.23)	-.26	-.81	.66	.85
SACIE-R 3	Los alumnos que son físicamente agresivos hacia los demás deberían estar en aulas ordinarias.	2.94 (1.19)	.69	.76	.52	.87
SACIE-R 4	Los alumnos que necesitan una Adaptación Curricular Individualizada no Significativa (ACI) deberían estar en aulas ordinarias.	3.79 (1.24)	-.77	-.43	.68	.52
SACIE-R 5	Los alumnos que necesitan una Adaptación Curricular Individualizada Significativa (ACIS) deberían estar en aulas ordinarias.	3.53(1.24)	-.47	-.77	.71	.85
SACIE-R 6	Los alumnos que necesitan Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) (Ej. Braille o lenguaje de signos) deberían estar en un aula ordinaria.	3.47 (1.31)	-.41	-.96	.60	.86
SACIE-R 7	Los alumnos que tienen dificultades para prestar atención deberían estar en aulas ordinarias.	3.76 (1.25)	-.81	-.32	.69	.85
SACIE-R 8	Con el apoyo adecuado todos los estudiantes con discapacidad deberían estar en clases ordinarias.	4.07 (1.13)	-1.10	.32	.56	.86
Total.		<b>3.59 (.90)</b>	<b>-.40</b>	<b>-.34</b>		
<b>SWLS</b>						
SWLS 1	En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.	3.59 (.92)	-.50	.21	.60	.78
SWLS 2	Las condiciones de mi vida son excelentes.	3.78 (.89)	-.48	-.00	.59	.79
SWLS 3	Estoy satisfecho con mi vida.	4.09 (.85)	-.90	.96	.72	.75
SWLS 4	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	4.01 (.89)	-.72	.23	.61	.78
SWLS 5	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.	3.71 (1.16)	-.62	-.46	.55	.81
Total.		<b>3.84 (.72)</b>	<b>-.66</b>	<b>.34</b>		
<b>SCS</b>						
SCS 1	Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.	3.25 (1.13)	-.18	-.66	.51	.77
SCS 2	Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo.	2.82 (1.24)	.12	-.95	.54	.76
SCS 3	Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.	2.91 (1.15)	.01	-.83	.55	.76
SCS 4	Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.	2.97 (1.23)	-.02	-.95	.68	.72
SCS 5	Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.	3.13 (1.10)	-.24	-.54	.43	.78
SCS 6	Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.	2.86 (1.12)	-.01	-.68	.54	.76
Total.		<b>2.99 (.82)</b>	<b>-.10</b>	<b>-.30</b>		

Nota:  $\bar{\chi}$ = Media; dt= Desviación típica; rjx= Correlación ítem-total;  $\alpha$ -x = Alfa de Cronbach

Por lo que respecta al Alfa de Cronbach, aceptables en consonancia con la bibliografía la fiabilidad compuesta (FC) y la varianza media extraída (AVE) estas presentan unos valores consultada (Kline, 2005). Ver tabla 2.

*Análisis sobre la autocompasión, satisfacción vital y actitudes frente a la inclusión en estudiantes universitarios*

**Tabla 2.** Alfa de Cronbach, fiabilidad compuesta, varianza media extraída y número de ítem de las escalas.

	SACIR-R	SWLS	SCS
Alfa de Cronbach	.87	.82	.79
FC	.94	.90	.89
AVE	.39	.53	.39
Número de ítems	8	5	6

Nota: FC= Fiabilidad compuesta; AVE= varianza media extraída

*Influencia del género y la edad*

A continuación (ver tabla 3), se comprueba la influencia del género y la edad en

los niveles de autocompasión, satisfacción con la vida y actitudes frente a la inclusión de los estudiantes que han participado en este estudio.

**Tabla 3.** Influencia del género

	Hombres		Mujeres		t	p. valor	d'Cohen
	$\bar{\chi}$	DT	$\bar{\chi}$	DT			
SACIE-R	3.40	.87	3.67	.91	-3.66	.000***	0.45
SWLS	3.78	.71	3.86	.73	-1.27	.206	-
SCS	2.93	.84	3.01	.84	-1.21	.227	-

Nota:  $\bar{\chi}$ = Media; DT= Desviación típica

Existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos en la escala de actitudes hacia la inclusión, obteniendo una

mejor puntuación las mujeres con respecto a los hombres. Por su parte, la de Cohen se sitúa en 0,45.

**Tabla 4.** Influencia de la edad

	18-21 años		22-25 años		Más de 26 años		F	p. valor
	M	DT	M	DT	M	DT		
SACIE-R	3.61	.88	3.59	.96	3.56	.86	.161	.851
SWLS	3.97	.70	3.88	.67	3.57	.75	18.99	.000***
SCS	3.05	.83	2.98	.83	2.94	.78	1.11	.329

Nota:  $\bar{\chi}$ = Media; DT= Desviación típica

Por lo que respecta a las diferencias según edad, se observa como únicamente en la escala correspondiente a la satisfacción con la vida, el grupo de mayor de 26 años tiene diferencias estadísticamente significativas con respecto a los otros dos grupos, obteniendo una

valoración menor con respecto a los grupos de edad más jóvenes. En general, se puede observar como el grupo cuyas edades se sitúan por encima de los 26 años obtienen unas valoraciones inferiores a la de los grupos más jóvenes.

*Correlaciones entre las variables*

Tal y como se observa en la tabla 5, se muestra el índice de correlación entre las variables objeto de estudio. En este caso vemos como existe una correlación estadísticamente significativa entre la variable SACIER-R con respecto a la variable SWLS ( $r=.12$ ;  $p\leq 0.01$ ).

A su vez y en cuanto a las variables SCS Y SWLS se observa una correlación estadísticamente significativa, en este caso, en sentido negativo ( $r=-.12$ ;  $p\leq 0.01$ ). En otro sentido, se observa como la relación entre SACIE-R y SCS no es estadísticamente significativa.

**Tabla 5.** *Coefficientes de correlación entre escalas*

	SACIE-R	SWLS	SCS
SACIE-R	1		
SWLS	,12**	1	
SCS	-,018	-,23**	1

Nota: \*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Discusión**

Es evidente que en nuestra actual legislación educativa (LOE, 2016; LOGSE, 1990; LOMCE, 2013; UNESCO, 1994a, 1994B, 1990, 2008) está presente la inclusión, no sólo como un valor teórico si no que existe una lucha manifiesta por convertirla en una realidad. Esto nos lleva a la necesidad de favorecer las actitudes frente a la inclusión en nuestros futuros docentes y, asimismo, abordar como esta actitud se relaciona con diferentes aspectos relativos a su práctica profesional (Bagant, Giménez, Montserrat & Ruíz., 2012; Concordia & Forlín., 2007; Damm, 2009; Olson 2003; Delpino, 2008; Merino & Ruiz, 2005).

Partimos de unas conclusiones optimistas y es que, en un resultado elevado, los alumnos pertenecientes al ámbito educativo presentan unas actitudes elevadas hacia la inclusión de alumnos con discapacidad en sus aulas

(Campbell, Gilmore & Cuskelly, 2003; Chiner, 2011). Asimismo, resulta que la satisfacción con sus condiciones de vida también es elevada (Leary, Tate, Allen & Hancock, 2007). Por último, y en cuanto a los datos que nos ofrece la investigación sobre la autocompasión, en el sentido de enfrentarse al fracaso, sentirse bajo de ánimo ante los fracasos, capacidad para aprobar los propios defectos, etc., resultan por encima de la media, pero no alcanzando los resultados de las otras dos variables mencionadas.

Observamos como los estudiantes con una actitud positiva hacia la inclusión también poseen una mayor satisfacción con su vida (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Esto nos hace plantearnos como generar esta positividad hacia la atención a la diversidad, hacia la aceptación de la diferencia, también nos permite incrementar el acercamiento hacia esa vida ideal que todos ansiamos (Ainscow, 2012; Arnaiz, 2000, 2012; Echeita & Ainscow, 2011;

Echeita & Domínguez, 2011). Si tal como se desprende de estos resultados, las actitudes frente a la inclusión se relacionan con la satisfacción, puede que estemos dotando de argumentos la incesante lucha que existe en la actualidad para alcanzar e instaurar la verdadera inclusión en nuestras aulas (Ainscow & Echeita, 2011; Arnaiz, 2012; Muntaner, 2010. Sin embargo, aquellos con excesiva autocompasión muestran un mayor descontento con su vida, les cuesta aceptar los fallos y los viven con sentimientos de ineficacia (Araya & Moncada, 2016; Gilbert, 2005).

Estos resultados evidencian la necesidad de prestar atención a nuestros futuros docentes y generar esta positividad ante la inclusión (Ainscow, 2012) y, a su vez, huir de estados de autocompasión que sólo repercutirán en una mayor insatisfacción ante aquellos acontecimientos que deberíamos ser capaces de afrontar y vencer (Barnard & Curry, 2011). El descontento que, en muchas ocasiones, sentimos en nuestra vida, en nuestras rutinas, tal como evidencian nuestros resultados se ve paliado, se relaciona negativamente y de un modo significativo con la reprobación de nuestros defectos. El ser excesivamente crítico respecto a ellos genera insatisfacción con nuestra vida (Monjas, 2012).

Para concluir, señalaremos que son muchos los constructos que intervienen en la personalidad y actitud de un profesor inclusivo y, es por ello, que se considera pertinente

investigar qué tipo de factores intervienen en esta ansiada inclusión con el fin de establecer indicadores desde los cuales iniciar acciones más concretas.

A continuación, resaltamos alguna de las limitaciones que presenta esta investigación. Los análisis realizados nos muestran los descriptivos de las variables, así como las correlaciones existentes entre ambas, pero continuaremos con exámenes más profundos que nos muestren el impacto entre ellas. Asimismo, profundizaremos en el porqué de los resultados hallados en los que vemos como el sexo influye de modo significativo en las actitudes frente a la inclusión, así como la edad en la satisfacción con la vida.

## Referencias

- Ainscow, M. (2012). Haciendo que las escuelas sean más inclusivas: lecciones a partir del análisis de la investigación internacional. *Educación Inclusiva*, 5(1), 39-49.
- Alvear, D. (2016). Mindfulness, autocompasión y estrés docente en el profesorado de Educación Secundaria. Tesis doctoral. Donostia: Universidad del País Vasco. Donostia
- Araya, C. & Moncada, L. (2016). aUto-ComPasión: origen, ConCePto y evidenCias Preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78.
- Araya, C., Moncada, L., Fauré, J., Mera, L., Musa, G., Cerda, J., & Brito, G. (en prensa). Adaptation and Validation of the Self-Compassion Scale in a Chilean Context. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*.

- Arnaiz, P. (2000). La diversidad como valor educativo. En I. Martín (Coord.). El valor educativo de la diversidad, pp. 87-103. Valladolid: Grupo Editorial Universitario.
- Arnaiz, P. (2012). Escuelas eficaces e inclusivas: cómo favorecer su desarrollo. *Educatio Siglo XXI*, 30(1), 25-44.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 331---336. (Estos dos son los que están en texto...pero guardo los otros por si los necesito)
- Aydin, A., & Kuzu, S. (2013). Teacher Candidates' Attitudes towards Inclusion Education and Comparison of Self-Compassion Levels. *Online Submission*, 3(6), 470-479.
- Bagant, S., Giménez, N., Montserrat, D. & Ruiz, R.M. (2011). Actitudes del profesorado hacia la diversidad cultural. Recuperado de: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi11/12.pdf>
- Barnard LK, Curry JF. (2011). The relationship of energy burout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral Psychology*. 2011. Doi: 10.1007/s11089-011-0377-0.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Briere, N. M. (1989). L'Echelle de satisfaction de vie: Validation Canadienne-Francaise du «Satisfaction With Life Scale» (French-Canadian Validation of the Satisfaction With Life Scale). *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21,210-223. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079854>
- Boer, A., Pijl, S.J. & Minnaert, A.E. (2010). Regular primary school teacher attitudes towards inclusive education: a review of the literatura. *International Journal of Inclusive Education*, 15, 331-353.
- Cacioppo, J. T., Harkins, S. G., & Petty, R. E. (1981). The nature of attitudes and cognitive responses and their relationships to behavior. En R. E. Petty, T. M. Ostrom, & T. C. Brock (Eds.), *Cognitive responses in persuasion* (pp. 31-54). Hillsdale, N.J.: Erlbaum. Recuperado de: <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/chp81.pdf>
- Campbell, J., Gilmore, L. & Cuskelly, M. (2003). Changing student teachers' attitudes towards disability and inclusion. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28 (4), 369-379. Recuperado de: <http://eprints.qut.edu.au/4305/1/4305.pdf>
- Cardona, M.C. (2006). *Diversidad y educación inclusiva*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Castro, J.C. (2003). Teoría general de las actitudes. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloParteI.pdf?sequence=3.82>
- Chiner, E (2011). Las percepciones y actitudes del profesorado hacia la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales como indicadores del uso de prácticas educativas inclusivas en el aula. Tesis doctoral, Universidad de Alicante. Recuperado de: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19467/1/Tesis\\_Chiner.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19467/1/Tesis_Chiner.pdf)
- Concordia, L. Forlin, C. & Sharma, U. (2007). The development of an instrument for measuring pre-service teachers' sentiments, attitudes, and concerns about inclusive education. *International Journal of Special Education*, 22 (2), 150-159. Recuperado de: <http://www.internationalsped.com/documents/16%20Loremanetal.doc>
- Concordia, L. & Forlin, C. (2007). An international comparison of pre-service teacher attitudes towards inclusive education. *Reloaded*, 27 (4). Recuperado de: <http://dsq-sds.org/article/view/53/53>
- Costa J, Pinto-Gouveia J.(2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients

- subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18 (4): 292-302
- Damm, X. (2009). Representaciones y actitudes del profesorado frente a la integración de Niños/as con Necesidades Educativas Especiales al aula común. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 3 (1) 25-35. Recuperado de: [http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol3-num1/art2\\_htm.html](http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol3-num1/art2_htm.html)
- Delpino, M.A. (2008). El adolescente inmigrado latinoamericano en la escuela española. Las miradas del docente. *Revista Española de Educación Comparada*, 14, 79-102. Recuperado de: <http://www.sc.ehu.es/sfwseec/reec/reec14/reec1403.pdf>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Echeita, G. & Ainscow, M. (2011). La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Tejuelo*, 12, 26-46.
- Echeita, G. & Domínguez, A.B. (2011). Educación inclusiva. Argumento, caminos y encrucijadas. *Aula*, 17, 23-35.
- Forlin, C., Earle, C., Loreman, T. & Umesh S. (2011). The Sentiments, Attitudes, and Concerns about Inclusive Education Revised (SACIE-R) Scale for Measuring Pre-Service Teachers' Perceptions about Inclusion. *Exceptionality Education International*, 21 (3), 50-65.
- Gálvez, J. J. G. (2012). Revisión del concepto psicológico de la autocompasión. *Medicina naturista*, 6(1), 5-7.
- García-Campayo, J., Navarro, M., Andrés, E., Montero, J., López-Artal, L. & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 1.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: Guilford Press.
- Gilbert P, Clarke M, Kemple S, Miles JNV, Irons C. (2004). Criticizing and reassuring one self: An Exploration of forms, style, and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Kline, R.B. (2005), *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd Edition ed.). New York: The Guilford Press.
- Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, & Hancock J. (2007). Self-compassion and relations to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol*. 92 (5), 887-904
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) (BOE nº 106, de 4 de mayo de 2006).
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (BOE nº 295, de 10 de diciembre de 2013).
- Merino, D. & Ruiz, C. (2005). Actitudes de los profesores hacia la educación intercultural. *Aula abierta*, 86, 185-204. Recuperado de: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2328717.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2328717.pdf)
- Mills A, Gilbert P, Bellwe R, McEwan K, Gale C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 358-364.

- Monjas, M. (2004). Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Muntaner, J. (2010). De la integración a la inclusión: un nuevo modelo educativo. 25 Años de Integración Escolar en España: Tecnología e Inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario. Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo.
- Neely ME, Schallert DL, Mohammed SS, Roberts RM, & Chen Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college student well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97.
- Neff K, Hsieh Y, & DeJitterat K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287
- Neff k, Kirkpatrick K, Rude S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 4, 139-154
- Neff, KD (2003). Development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self Identity*, 2, 223–250.
- Neff, KD & Rude SS, Kirkpatrick KL. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916
- Neff KD, Vonk R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50
- Olson, J.M. (2003). Special education and general education teacher attitudes toward inclusion. Recuperado de: <http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2003/2003olsonj.pdf>
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5701\\_17](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17)
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Rosenberg, M. J. and Hovland, C.I (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En C.I. Hovland, & M.J. Rosenberg (eds.), *Attitude, Organization, and Change*. New Haven: Yale University Press.
- Sales, A. & García, R. (1998). Formación de actitudes interculturales en la educación secundaria: un programa de educación intercultural. Ediciones Universidad de Salamanca, 10, 189-204. Recuperado de: [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71836/1/Formacion\\_de\\_actitudes\\_interculturales\\_e.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71836/1/Formacion_de_actitudes_interculturales_e.pdf)
- Sancho, C. (2013). Propuestas inclusivas de mejora desde un enfoque metodológico y organizacional. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 7 (1), 135-149. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4268748>
- Sandoval, M., López, M.L., Miquel, E., Durán, D., Giné, C. & Echeita, G. (2002). Index for inclusion. Una guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. *Contextos educativos*, 5, 227-238
- Shapiro, S. L., Astin, J., Bishop, S.R., & Cordova, M. (2005) Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress management*, 12, 164-176.
- Solórzano, M.J. (2013). Espacios accesibles en la escuela inclusiva. *Revista electrónica EDUCARE*, 17 (1), 89-103. Recuperado de:

<http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/4974>

Recuperado de [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/Policy\\_Dialogue/](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/)

- UNESCO (1990). Declaración Mundial sobre Educación para Todos. Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje. Jomtien, Tailandia, 5 al 9 de marzo, 1990.
- UNESCO (1994a). Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y calidad. Declaración de Salamanca. 7-10.VI.94. Siglo Cero, 156, 25 (6), 5-15.
- UNESCO (1994b). Declaración de Salamanca y Marco de Acción sobre necesidades educativas especiales.
- UNESCO (2008). La educación inclusiva: el camino hacia el futuro. Una breve mirada a los temas de educación inclusiva: aportes a las discusiones de los talleres. Ginebra: Centro Internacional de conferencias.
- Williams JG, Stark SK, & Foster EE. (2008). Start today or the very last day? The relationships among self-compassion, motivation, and procrastination. *American Journal of Psychological Research*, 4, 37-44.
- Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, Huh BK, Rogers LL, & Keefe FJ. (2011). Self-Compassion in Patient with persistent musculoskeletal Pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persersisten pain. *J Pain Symptom Manage*.

Recibido: Noviembre, 2019 • Aceptado: Febrero, 2020



## *La inteligencia emocional en adolescentes, análisis en función de género, curso y práctica deportiva*

*Emotional intelligence in adolescents, analysis according to gender, course and sports practice.*

<sup>1</sup>Carlos Merino Jiménez\*, <sup>2</sup>Mario Alguacil, <sup>1</sup>Alberto Vidal-Vilaplana

<sup>1</sup>Universidad Católica de Valencia

<sup>2</sup>Universidad de Valencia

\* Contacto: [mario.alguacil@ucv.es](mailto:mario.alguacil@ucv.es)

---

**Resumen:** El presente estudio tiene como objetivo analizar distintas variables relacionadas con la inteligencia emocional en los estudiantes de secundaria y formación profesional de un centro educativo. Concretamente, se pretende conocer información acerca de la percepción emocional, la gestión autoemocional, la gestión heteroemocional y la utilización emocional de los estudiantes, para posteriormente realizar comparaciones en función del género, del curso al que pertenecen, así como en función de si practican o no actividad física, con la intención de comprobar la existencia o no de diferencias significativas. El estudio se ha llevado a cabo con un total de 101 alumnos, recogiendo la información a través de un cuestionario validado con respuesta tipo Likert de 1 a 5. Los resultados indican que los hombres, los estudiantes de 1º de bachillerato y aquellos que practican actividad física, muestran mejores valoraciones medias respecto al resto de grupos. Además, se comprueba que, en determinados aspectos de la inteligencia emocional, existen diferencias significativas entre los hombres y las mujeres, entre los cursos analizados, así como entre los estudiantes que practican o no practican actividad física.

**Palabras Clave:** Inteligencia Emocional, actividad física, educación, educación física

**Abstract:** Emotional intelligence (EI) is a concept that has undergone considerable development in the field of health, as it is fundamental to understanding the nature of relationships (Beauvais, Brady, O' Shea, & Griffin, 2011). In nurses, EI has great importance on the therapeutic relationship established with the patient (Cerit, & Beser, 2014), on the proper management of work-related stress and burn-out, on job satisfaction, teamwork, and leadership. Within this framework, the present study aims to determine the impact of the socio-demographic variables (work situation, age and training) on the IE levels of a sample of 214 Spanish nurses. The Trait Meta-Mood Scale -24 (TMMS24) instrument is used for this purpose. Data analysis was developed using descriptive statistics and t-tests, and ANOVAS, using SPSS version 22. The results suggest that statistically significant relationships are established at IE levels and the level of education, work situation and age of the participants in the study sample.

**Keywords:** Emotional Intelligence, physical activity, education, Physical Education.

Nadie puede negar la importancia que tiene la inteligencia emocional en nuestras vidas. Existen innumerables situaciones que precisan una alta dosis de inteligencia emocional, y en muchas ocasiones dicha inteligencia es la respuesta, más que los conocimientos o información que se conozca de la situación. La inteligencia emocional se podría definir como la habilidad que capacita a las personas para afrontar de manera adecuada los conflictos, problemas o sucesos que suceden diariamente, gracias a la cual podemos gestionar e identificar nuestras emociones y la de los demás (Goleman, 1995). En la vida, las personas tienen que cumplir con una serie de objetivos u obligaciones que se vinculan de forma directa o indirecta con otras personas (Goleman y Senge, 2012), por lo que la mejora de la inteligencia emocional puede ser un elemento influyente, ya que el éxito tanto de las relaciones personales como el de los objetivos, estará estrechamente ligado a la inteligencia emocional que posea la persona (Goleman, 2006).

### *Inteligencia emocional*

Cuando hablamos de inteligencia, entendemos que esta tiene que ver con una habilidad que se define como la capacidad de resolver problemas nuevos, mientras que las emociones son entendidas como respuestas que realizamos ante estímulos externos y que tienen un carácter complejo (Arrabal, 2018; Güel, 2013). El término de inteligencia emocional es

un concepto bastante popular en el ámbito de la educación, aunque a nivel de investigación es una temática relativamente reciente respecto a otros aspectos educativos. A nivel conceptual, la inteligencia emocional se puede definir como la capacidad que tenemos las personas para supervisar los sentimientos y las emociones tanto propios como de los demás, siendo capaces de discriminar entre ellos y de utilizar esa información para orientar las acciones que llevaremos a cabo (Chermack et al., 2019; Salovey y Mayer, 1990). Por su parte, Goleman (1995) entiende este concepto como un conjunto de habilidades que permite identificar nuestras propias emociones y la de los demás, motivarnos y dirigir de manera adecuada la relación con los demás y con uno mismo. Esta inteligencia emocional permite utilizar las emociones para poder razonar de forma más efectiva (Berrocal y Pacheco, 2005; Pérez y Filella, 2019).

Otro de los autores referencia en relación a la inteligencia emocional estuvo en desacuerdo con algunos modelos y elaboró su modelo de inteligencias múltiples (Gardner, 1993). Este autor, se opuso a alguno de los modelos de inteligencias que se estaban proponiendo, ya que, según su punto de vista, dichos modelos eran excesivamente reduccionistas y solo se centraban en la inteligencia lógico matemática y la lingüística, dejando sin atender otros elementos que pudieran ser importantes. Es por ello que, con la intención de solventar dichas carencias, Gardner (1993) creó su modelo de

inteligencias múltiples, incluyendo aspectos como la lógica-matemática, lingüística, espacial, interpersonal, intrapersonal, cinestésico-corporal y musical. Posteriormente, autores como Greenspan (1989) contribuyeron a la interpretación del concepto de inteligencia emocional, pero fue Goleman (1995) quien lo popularizó pocos años después. Para comprender mejor lo que es la inteligencia emocional, a continuación, se comentan los distintos modelos de inteligencia emocional que se han ido planteando a lo largo de la literatura científica.

#### *Modelos de Inteligencia*

Emocional Existen numerosos modelos que hacen referencia a la Inteligencia Emocional, no obstante, no todos han tenido la misma aceptación, ni todos demostraron de forma adecuada su fiabilidad, ya que en algunos casos carecían de evidencia empírica respaldada con la literatura científica extraída de fuentes con criterios de calidad (Maricela y Rivas, 2005; Soriano et al., 2019). A nivel general, los modelos de inteligencia fueron divididos en dos categorías que son conocidas como los modelos mixtos y los modelos de habilidad (Maricela y Rivas, 2005; Soriano et al., 2019). Dentro de los modelos mixtos, los más generalizados han sido el modelo de Goleman (1995) y el de Bar-On (1997). Estos modelos mixtos se caracterizan básicamente porque integran las habilidades que son propias de la inteligencia emocional con los rasgos de personalidad, como podría ser la autoestima, el optimismo, la frustración, la

tolerancia o la ansiedad. Por otro lado, respecto a los modelos de habilidades, el más generalizado ha sido el modelo de Salovey y Mayer (1990). Estos modelos generalizados, no tienen en cuenta los rasgos específicos comentados anteriormente (Goleman, 1995), y es por ello por lo que han recibido numerosas críticas, indicando que no pueden entender con la misma eficacia un fenómeno complejo.

#### *Modelos mixtos*

Una vez conocido esto, en primer lugar, siguiendo el modelo de Goleman (1995), dicho modelo explica que las personas tienen dos partes en el cerebro, una parte racional y una mente emocional. La mente racional se puede definir como la mente que nos da consciencia sobre la realidad y nos permite identificar y reflexionar sobre los sucesos o los acontecimientos que nos suceden día a día, mientras que la parte emocional es de origen más primitivo e inconsciente, lo que conlleva a un carácter impulsivo. En este sentido, las personas que poseen una correcta gestión emocional son más propensas a sentirse más autorrealizadas, motivadas y por lo tanto más felices que las personas que no poseen una adecuada gestión de sus emociones (Goleman, 2006; Siguenza et al., 2019).

Siguiendo con la propuesta de Goleman (1995) este autor indica que la respuesta de los individuos ante cualquier estímulo se obtiene tras el resultado producido por la interacción entre estas dos mentes, la racional y la

emocional, teniendo en cuenta que cuanto mayor sea la intensidad de la emoción, mayor influencia tendrá la mente emocional sobre la racional. Dentro de esta teoría, el autor distingue 5 capacidades dentro de la inteligencia emocional:

En primer lugar, la autoconciencia, que tiene que ver con la capacidad que nos permite identificar y comprender nuestras emociones y sentimientos. Es una habilidad difícil de desarrollar ya que existen muchas personas que no logran identificar las emociones que experimentan, y esto puede provocar que en muchas ocasiones en vez de actuar de manera racional nos dejemos llevar más por las emociones. Es por ello que resulta interesante poder identificar nuestras emociones, de cara a ayudarnos a ser conscientes del estado emocional que estamos experimentando en cada momento, así como a identificar nuestras fortalezas y debilidades.

En segundo lugar, la autorregulación, que está relacionada con la habilidad de gestionar las emociones, de forma que seamos capaces de relativizar las emociones tanto negativas como positivas y no dejarnos llevar por ellas, tratando de actuar de forma más racional. Esta autorregulación, está ligada a la autoconciencia, por lo que, si somos capaces de regular de forma adecuada las emociones, es probable que seamos más capaces de tener unos adecuados niveles de consciencia. Por otro lado, encontramos las competencias comunicativas, que tratan de las

capacidades para transmitir de manera efectiva las emociones, ideas y pensamientos con las personas que nos rodean. Esta capacidad abarca habilidades como puede ser la escucha activa, habilidades de comunicación verbal y no verbal, liderazgo y capacidad de persuasión.

Posteriormente, hablamos de la empatía, que es la habilidad que nos sirve para entender los sentimientos y el estado emocional que poseen otras personas. Una vez que somos capaces de identificar ese estado emocional, también somos más capaces de poder dar una respuesta acorde a la situación a la que se está enfrentando dicha persona. Finalmente, encontramos la motivación intrínseca, que tiene que ver con la motivación que surge de uno mismo, con los intereses y valores de una persona, sin estar relacionada con las recompensas externas que puedan ser recibidas por la realización de una determinada tarea.

Siguiendo con los modelos mixtos, en este caso atendemos a la propuesta de Bar-On (1997) que entiende que la inteligencia emocional es un conjunto de habilidades y capacidades que nos permiten afrontar y solventar situaciones que requieren un alto componente emocional y social. Estas habilidades nos permiten identificar, comprender, gestionar y expresar de manera lógica y racional las emociones (García y Giménez, 2010; Juanmartí et al., 2019). El modelo de Bar-On (1997) está compuesto por 5 componentes: En primer lugar, el componente

intrapersonal, que son las habilidades que afectan a uno mismo, como podría ser la identificación emocional propia, la automotivación, y el autoconcepto. Por otro lado, el componente interpersonal, que tiene que ver con el trato y la relación con otras personas, como pueden ser las relaciones interpersonales, la capacidad que se tiene para motivar a otras personas, la empatía o el comportamiento cívico. Posteriormente, encontramos el componente de adaptabilidad, que se relaciona con la capacidad que poseen las personas para adaptarse a determinadas situaciones, la resiliencia y la forma de entender la realidad. Por otro lado, encontramos el componente del manejo de las emociones, relacionado con la capacidad de gestionar las emociones de manera adecuada, como podría ser controlar la presión que ejerce el público o la auto presión, calmar la ansiedad o moderar el estrés. Finalmente, vemos el componente del estado de ánimo, que es la habilidad que permite mirar la vida de una manera más positiva y nos capacita para poder buscarle el sentido que nos permita ser más felices.

### *Modelo de Habilidades*

Atendiendo en este caso a los modelos de habilidades, Salovey y Mayer (1990) fueron pioneros en la utilización del término, y constituyen la referencia de los modelos de habilidades relacionados con la inteligencia emocional. En este sentido, el modelo que proponen estos autores y que ratificaron en

posteriores publicaciones (Ruiz-Melero et al., 2019; Salovey, Mayer y Brackett, 2004) consta de cuatro habilidades básicas. La primera de ellas, es la percepción emocional, que tiene que ver con la habilidad para reconocer nuestros propios sentimientos y emociones, así como los de los demás. Esta habilidad nos otorga además la capacidad para identificar de manera adecuada la comunicación no verbal como puede ser la mirada o el tono de voz. En segundo lugar, encontramos la asimilación emocional, que es la habilidad que nos permite aceptar y asimilar nuestras emociones y sentimientos. Posteriormente, aparece la comprensión emocional, que está relacionada con la habilidad que nos permite entender el origen y el porqué de los sentimientos y emociones que estamos experimentando y, finalmente, encontramos la regulación emocional, que tiene que ver con la habilidad que nos permite gestionar las emociones para poder utilizarlas de la manera más adecuada.

### *Deporte e inteligencia emocional*

A lo largo de la literatura, se ha prestado atención a muchos factores que podían incidir en el rendimiento, centrando el foco en aspectos fisiológicos y dejando de lado algunos aspectos que pertenecen más al ámbito psicológico. Con el paso del tiempo, comenzaron a aparecer estudios sobre la inteligencia emocional, informando sobre las relaciones que podría tener esta con el mundo del deporte, y haciendo hincapié en que existen aspectos psicológicos

que influyen de forma notoria en el rendimiento del deportista (Mora, 2008; Sordo, 2019). Dentro de estos factores podríamos encontrar la confianza, el optimismo, o el manejo de la presión. Hoy en día parece claro que, sin un adecuado dominio de estos aspectos, difícilmente un deportista podría rendir al máximo nivel. De hecho, se dice que en muchas ocasiones la diferencia que existe entre un deportista de primer nivel y un deportista de un nivel inferior, no son puramente aspectos técnicos o tácticos, sino un adecuado trabajo y manejo de las emociones, un mayor control de la presión y la ansiedad y, en definitiva, una mayor inteligencia emocional (Gallardo-Peña, 2019; Hidalgo, 2013). Es por ello que, desde hace años, la mayoría de clubes actuales poseen psicólogos deportivos e incluyen sesiones de trabajo emocional en sus entrenamientos (Fröhner, 2003; Suero et al., 2019).

Esta inteligencia emocional cobra más importancia en deportes colectivos que en los deportes individuales (Álvarez, 2011; Castro-Sánchez et al., 2019), ya que se entiende que en un deporte individual prima más una inteligencia intrapersonal (Castro-Sánchez et al., 2019; Gardner, 1993) mientras que en los deportes colectivos se requiere de los dos tipos de inteligencia, la intrapersonal y la interpersonal. Esto se debe lógicamente a que en el deporte colectivo es necesaria la interacción con el resto de deportistas, y para que el equipo funcione de manera correcta sus jugadores deben entender no

solo los aspectos que tienen que ver con ellos mismos, sino también con sus compañeros (Castro-Sánchez et al., 2019; Gardner, 1993; Sáez-Abelló y Ocampo-Pineda, 2019). Por todo esto, resulta de vital importancia entrenar todos los factores que influyen en el rendimiento, tanto los relacionados con el aspecto físico como con el psicológico, encontrando en este último grupo a la inteligencia emocional como uno de esos aspectos (Märtin y Boeck, 2012; Valladares, 2019).

#### *Inteligencia emocional en mujeres y hombres*

El mundo de las emociones está lleno de estereotipos y mitos, que no siempre son ciertos (Grewal y Salovey, 2006). Existen estudios que constatan que hay determinadas áreas en el cerebro dedicadas a la parte emocional que son mayores en las mujeres que en los hombres, y esa información se corrobora con otros estudios que afirman que las mujeres poseen una mayor inteligencia interpersonal que los hombres, ya que, tras la realización de pruebas relacionadas con la empatía y el reconocimiento emocional, los resultados obtenidos por parte de las mujeres eran superiores a los de los hombres (Aquino, 2003; Fernández et al., 2019).

Hay autores que defienden que el motivo por el que las mujeres poseen más inteligencia emocional que los hombres, no tiene que ver con cuestiones biológicas, sino que más bien está relacionada con aspectos como la educación. En este sentido, Dunn (1990) afirma que no se

educa de la misma forma a los niños que a las niñas, ya que mientras en las mujeres se fomenta el hecho de mostrar las emociones, en los hombres se contribuye a evitarlas, idea que se ha mantenido en estudios posteriores (Noten et al., 2019). Este tipo de educación contribuye a que las mujeres, desde la infancia, tiendan a manifestar más emociones que los hombres y a entenderlas en mayor medida, lo que podría explicar esa mejor inteligencia emocional.

## **Método**

### *Participantes*

El tamaño de la muestra que compone el estudio fue de 101 estudiantes de educación secundaria obligatoria, bachillerato y de la titulación de técnico superior en animación y actividades físico deportivas (TAFAD) de un centro educativo de la Comunidad Valenciana. Del total de la muestra, 48 son hombres (48%) y 53 mujeres (52%). Respecto al curso, 44(43.56%) pertenecen a 2ºESO, 18 a 3º (17.82%), 19 a 1ºBach (18.81%) y 20 a TAFAD (19.80%). Finalmente, en relación a la práctica de actividad física, 75 (74%) dicen practicar actividad física de manera habitual y 26 (26%) no practican ninguna actividad física o lo hacen de forma esporádica.

### *Instrumentos*

Para la recogida de la información del estudio se utilizó la Escala de Inteligencia Emocional creada por Schutte et al. (1998) y posteriormente adaptada por García, Graupera,

Ruiz y Palomo (2013). El fin del cuestionario es recabar información sobre el grado en el que se gestionan las emociones en el deporte, quedando formada por cuatro parámetros que son analizados: la percepción emocional, la comprensión emocional, la regulación emocional y, por último, la asimilación emocional, que son los elementos establecidos por Salovey y Mayer (1990) en este sentido. Dicho cuestionario está compuesto por 30 ítems: los ítems 2, 3, 10, 12, 14, 21, 22 están relacionados con la percepción emocional, los ítems 9, 15, 18, 19, 22, 25, 29 identifican la comprensión emocional (gestión auto emocional), los ítems 1, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 25, 26, 30 tratan sobre la regulación emocional (gestión heteroemocional) mientras que, finalmente, los ítems 7, 17, 20, 27 analizan la asimilación emocional (utilización emocional).

En la parte final del cuestionario, se situaban los aspectos sociodemográficos, que en este caso consistían en que los estudiantes indicasen si practicaban o no deporte, el género y el curso al que pertenecían. Por último, decir que el instrumento tiene como tipo de respuesta una escala Likert de 5 anclajes, donde 1 significa estar totalmente en desacuerdo con la afirmación y 5 totalmente de acuerdo.

### *Procedimiento*

Tras un análisis de la literatura existente y la elección del cuestionario validado que mejor se adaptaba a los objetivos del estudio, se contactó con la dirección del centro y con diferentes profesores para informarles de la

intención de llevar a cabo la recogida de encuestas, informando del procedimiento y al mismo tiempo esperando su aprobación para que todo transcurriese de un modo adecuado. Antes de la recogida de encuestas, los alumnos menores de edad tuvieron que entregar un consentimiento informado firmado por los padres o tutores para poder participar en el estudio. Una vez cumplidos estos aspectos, se pasó el cuestionario a los alumnos explicándoles el propósito del mismo y el modo de proceder, ofreciendo ayuda ante las dudas que tuvieran sobre el proceso. En este sentido, se hizo hincapié en que el cuestionario era anónimo y que contestasen de la forma más veraz posible a los enunciados. Una vez concluida la recogida de datos, se agradeció tanto a los alumnos como a los profesores y al centro la colaboración y se procedió al análisis estadístico de los datos.

#### *Análisis de los Datos*

Para llevar a cabo el análisis de los resultados de la presente investigación, se ha utilizado el paquete estadístico SPSS en su versión 25. En primer lugar, se llevaron a cabo prueba T para muestras independientes, con el fin de conocer, además de los valores descriptivos de las variables, las posibles diferencias en dichas variables en función tanto del género de los estudiantes como de si practicaban o no deporte. Posteriormente, dado que la intención era conocer la existencia de posibles diferencias en las variables en

función del curso al que pertenecían los alumnos, se llevó a cabo una prueba de ANOVA, para observar de nuevo los valores descriptivos de las variables analizadas en cada curso y, además, si las respuestas de cada uno de esos cursos eran significativamente diferentes entre sí.

#### **Resultados**

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis de los datos. En este apartado se mostrarán, en primer lugar, los resultados de las distintas variables relacionadas con la inteligencia emocional en función del género, pasa posteriormente pasar a ver dichos resultados en función del curso, así como en función de si los estudiantes practican o no actividad física.

#### *Comparación de la inteligencia emocional en función del género*

En el análisis de los resultados en función del género (ver tabla 1), podemos apreciar cómo tanto en la percepción emocional ( $X= 3.7$ ;  $DT= .87$ ;  $X= 3.6$ ;  $DT= .63$ ) como en la gestión autoemocional ( $X= 3.71$ ;  $DT= .73$ ;  $X= 3.43$ ;  $DT= .60$ ) la gestión hetero emocional ( $X= 3.77$ ;  $DT= .63$ ;  $X=3.6$ ;  $DT= .60$ ) y la utilización emocional ( $X= 3.71$ ;  $DT= .87$ ;  $X= 3.49$ ;  $DT= .69$ ) los valores medios obtenidos por los hombres se sitúan por encima de los valores medios de las mujeres. Si atendemos a las mayores y menores puntuaciones de cada grupo, vemos que, en el caso de los hombres, la mayor



puntuación media aparece en la variable de gestión heteroemocional ( $X= 3.77$ ;  $DT= .63$ ) mientras que la más baja se encuentra en la percepción emocional ( $X= 3.70$ ;  $DT= .87$ ) mientras que para el caso de las mujeres, la valoración media más alta se encuentra en la gestión heteroemocional ( $X= 3.60$ ;  $DT= .60$ ) y la más baja, en este caso, es la gestión autoemocional, con un valor medio de 3.43 ( $DT= .60$ ). Como se observa en la tabla 1.

**Tabla 1.** Comparación de dimensiones en función del género

Variables	Género	N	X	DT	P
PE	H	48	3.70	.87	
	M	53	3.58	.63	
GA	H	48	3.71	.73	*
	M	53	3.43	.60	
GH	H	48	3.77	.63	
	M	53	3.60	.60	
UE	H	48	3.71	.87	
	M	53	3.49	.69	

Nota: \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; \*\*\* $p<.001$ . H= Hombre; M= Mujer. PE=percepción emocional; GA=gestión autoemocional; GH=gestión heteroemocional; UE=utilización emocional.

### Comparativa de la inteligencia emocional en función de curso.

En segundo lugar, en el análisis relativo a la inteligencia emocional en función del curso (ver tabla 2), vemos que, en todos los casos, las medias más altas se encuentran en el caso de 1º de bachillerato, encontrándose la mayor valoración media de todas las variables en las respuestas de 1º de bachillerato a la gestión heteroemocional ( $X= 4.06$ ;  $DT=.46$ ).

En las respuestas con el valor medio más bajo, encontramos que tanto en la percepción emocional ( $X= 3.54$ ;  $DT= .95$ ), como en la gestión heteroemocional ( $X= 3.48$ ;  $DT= .72$ ) y en la utilización emocional ( $X= 3.41$ ;  $DT= .94$ ) la menor valoración aparece en el curso de 2ºESO, mientras que la valoración más baja para la gestión autoemocional aparece en el curso de TAFAD ( $X= 3.44$ ;  $DT= .36$ ).

Respecto a la comparación de medias entre los cursos, se observan diferencias significativas en la variable de gestión heteroemocional ( $p<.01$ ) entre los cursos de 2º ESO y 1º de bachillerato.

**Tabla 2.** Comparación de dimensiones por cursos

Variable	Curso	X	DT	P 1vs3
PE	2º ESO	3.54	.95	
	3º ESO	3.63	.60	
	1º Bach	3.91	.62	
	TAFAD	3.60	.42	
	Total	3.64	.75	
GA	2º ESO	3.45	.84	
	3º ESO	3.65	.52	
	1º Bach	3.86	.58	
	TAFAD	3.44	.36	
	Total	3.56	.68	
GH	2º ESO	3.48	.72	
	3º ESO	3.69	.58	
	1º Bach	4.06	.46	**
	TAFAD	3.74	.33	
	Total	3.68	.62	
UE	2º ESO	3.41	.94	
	3º ESO	3.67	.62	
	1º Bach	3.93	.73	
	TAFAD	3.58	.47	
	Total	3.59	.78	

Nota: \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; \*\*\* $p<.001$ . P= valor de significación. PE=percepción emocional; GA=gestión autoemocional; GH=gestión heteroemocional; UE=utilización emocional.

*Comparativa de la inteligencia emocional en función de la práctica de actividad física.*

En último lugar, se ha realizado el mismo procedimiento que en los análisis anteriores, pero en este caso atendiendo a los datos en función de si los estudiantes practican o no actividad física.

En todas las variables los valores medios de los estudiantes que practican actividad física son superiores a aquellos que no la practican. Atendiendo de forma más concreta a los datos, vemos cómo entre los que practican actividad física, el valor medio más alto se encuentra en la gestión heteroemocional (X= 3.79; DT= .62) y el más bajo en la gestión autoemocional (X= 3.66; DT= .70) mientras que en el caso de los que no practican actividad física, el valor medio más positivo aparece en la percepción emocional (X= 3.40; DT= .70) y el más negativo en la gestión autoemocional (X= 3.30; DT= .56).

Respecto a la existencia o no de diferencias en las distintas variables analizadas, teniendo en cuenta la práctica o no de actividad física, vemos que dichas diferencias significativas aparecen en la percepción emocional ( $p<.05$ ), en la gestión autoemocional ( $p<.05$ ) y en la gestión heteroemocional ( $p<.01$ ), mientras que en la variable de utilización emocional no encontramos diferencias significativas entre quienes practican actividad física y quienes no ( $p>.05$ ).

**Tabla 3.** Dimensiones en función de si practica o no practica

Variables	Practica	N	X	DT	P
PE	Sí	75	3.73	.75	*
	No	26	3.40	.70	
GA	Sí	75	3.66	.70	*
	No	26	3.30	.56	
GH	Sí	75	3.79	.62	**
	No	26	3.37	.52	
UE	Sí	75	3.67	.80	-
	No	26	3.36	.67	

*Nota:* \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; \*\*\* $p<.001$ . P= valor de significación. PE=percepción emocional; GA=gestión autoemocional; GH=gestión heteroemocional; UE=utilización emocional.

### Discusión

Tras el análisis de los resultados descriptivos, así como de la comparativa entre los distintos grupos, podemos decir que existe cierta controversia, ya que investigaciones previamente analizadas afirmaban que las mujeres poseen una mejor gestión emocional que los hombres (Fernández et al., 2019; Grewal y Salovey, 2006). No obstante, los resultados reflejan justo lo contrario, ya que el género masculino ha obtenido mejor valoración media en todas las variables, con diferencias significativas en gestión autoemocional. Si bien es cierto que determinados autores establecen que las mujeres tienden a infravalorar sus habilidades emocionales (Fröhner, 2003; Suberviola, 2019) por lo que quizás ese aspecto podría influir en las opiniones que muestran. Por otro lado, cabe destacar de los resultados, las diferencias significativas que habido entre los cursos de 2ºESO y 1º de Bachillerato. En relación con la literatura, autores como Goleman (1995) y Castro-Sánchez et al. (2018) defienden que las

personas, a medida que van creciendo, aumentan su habilidad para gestionar las emociones. Esto podría ser una explicación a los resultados, ya que precisamente las diferencias se muestran entre el curso más bajo y el más alto de los analizados. Finalmente, aparte de analizar las diferencias en la gestión emocional que existen entre el hombre y la mujer y entre cursos, también se analizó las diferencias emocionales que se pueden encontrar entre sujetos que practican y no practican deporte. Haciendo alusión a la revisión bibliográfica, los resultados son acordes a la información previamente investigada que afirma que las personas que hacen deporte tienden o suelen tener una mejor gestión emocional que las personas que no practican (Goleman, 1995; Pérez y Filella, 2019) puesto que en la práctica deportiva continuamente se manifiestan comportamientos, actitudes o habilidades propias de la inteligencia emocional. Un ejemplo de esto es que, con el deporte, según argumenta Hidalgo (2013) se practican y se refuerzan habilidades como la comunicación verbal y no verbal entre los compañeros del equipo. Por otro lado, también se mejora la capacidad de motivación frente a cualquier tipo de meta o expectativas (Fröhner, 2003; García et al., 2019), y nos facilita el control y la canalización de las emociones positivas o negativas que pueden haberse desencadenado tras una mala actuación o un mal resultado deportivo (Mora, 2008). En el caso de esta investigación, aquellos que practican deporte han obtenido medias significativamente

superiores a aquellos que no la realizan, tanto en percepción emocional como en gestión autoemocional y heteroemocional.

### **Conclusiones**

Como conclusiones del estudio, podemos decir en primer lugar, que existen diferencias significativas en determinados aspectos de la gestión emocional tanto entre los chicos y las chicas, como entre los distintos cursos que forman parte del estudio, así como entre los estudiantes que practican actividad física y los que no. De forma más concreta, en relación a la comparación en función del género, podemos concluir que la media de los hombres ha sido superior a la de las mujeres en todos los casos, encontrando diferencias significativas entre ambos en la variable de gestión autoemocional. Los chicos ofrecen las mejores puntuaciones en la gestión heteroemocional y las chicas en la percepción emocional, mientras que ambos obtienen la peor valoración en la gestión autoemocional. En relación al curso al que pertenecen los estudiantes, en todas las dimensiones las mejores valoraciones las ofrecen los alumnos de 1º de Bachillerato, mientras que las peores valoraciones aparecen en 2º ESO para las variables de percepción emocional, gestión heteroemocional y utilización emocional, y en TAFAD para la variable de gestión autoemocional, observándose diferencias significativas en el caso de la gestión heteroemocional entre los alumnos de 2ºESO y 1º Bachillerato. Respecto a la práctica de

actividad física, podemos concluir que aquellos que practican actividad física obtienen mejores puntuaciones medias en todas las variables de la inteligencia emocional analizadas, encontrando diferencias significativas respecto a los que no practican en las variables de percepción emocional, gestión autoemocional y gestión heteroemocional.

### **Limitaciones y líneas futuras de investigación**

Este tipo de investigaciones contribuyen a entender en mayor medida un fenómeno que actualmente tiene un peso importante en el ámbito educativo, como es la inteligencia emocional. Con la información recogida y los resultados mostrados, ayudamos a que, en este caso los profesores de educación física, tengan más información para poder llevar a cabo estrategias educativas más efectivas, conociendo las posibles diferencias respecto a la inteligencia emocional que se pueden dar en los grupos analizados en el ámbito de la enseñanza secundaria. En cuanto a las limitaciones, enlazándolas con las futuras líneas de investigación, sería interesante llevar a cabo un estudio similar al que aquí se presenta, pero teniendo en cuenta variables diferentes que puedan aportar mayor profundidad a los resultados. Entre esas variables, podríamos encontrar, por ejemplo, el análisis no solo de la práctica deportiva sino también del tipo de deporte que practican, pudiendo diferenciar entre deportes individuales y colectivos. Por otro lado,

también sería interesante analizar distintos tipos de centros, para poder obtener una muestra mayor y comparar en función de la titularidad, así como ampliar la recogida de muestra a todos los cursos de secundaria a los que, en esta investigación, no se pudo tener acceso. Con esas premisas, en el futuro se podrían realizar estudios más completos que aporten información valiosa para mejorar las estrategias educativas relacionadas con la mejora de la inteligencia emocional.

### **Referencias**

- Álvarez, J. (2011). *Los deportes colectivos: teoría y realidad. Desde la iniciación al rendimiento*. Prensas universitarias de Zaragoza.
- Aquino, A. E. (2003). *Diferencias de Género y Edad en la Inteligencia Emocional de un Grupo de Internautas*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Arrabal, E. M. (2018). *Inteligencia emocional*. Editorial Elearning, SL.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Multi-Health Systems.
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 54, 63-94.
- Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., & Chacón-Cuberos, R. (2018). Inteligencia emocional en deportistas en función del sexo, la edad y la modalidad deportiva practicada. *Sportis*, 4(2), 288-305.
- Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., & Chacón-Cuberos, R. (2019). Clima

- motivacional en deportistas en función de la modalidad deportiva. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 8(1), 31-38.
- Chermack, T. J., Fofonah, I., Balthaser, S., Coons, L. M., Harmon, J., Wichmann, B., & Nathan, J. (2019). The Effects of Scenario Planning on Perceptions of Emotional Intelligence. *World Futures Review*.
- Dunn, J. (1990). *La elaboración del sentido*. Paidós.
- Fernández, M. S., Perera, J. J. D., Padilla, H. A. S., & Izquierdo, S. J. (2019). Inteligencia emocional; cuestión de género. *Revista Boletín Redipe*, 8(5), 158-167.
- Fernández, M. S., Perera, J. J. D., Padilla, H. A. S., & Izquierdo, S. J. (2019). Inteligencia emocional; cuestión de género. *Revista Boletín Redipe*, 8(5), 158-167.
- Fröhner, G. (2003). *Esfuerzo físico y entrenamiento en niños y jóvenes*. Paidotribo.
- Gallardo-Peña, A. M. (2019). *Relación entre el compromiso deportivo, la resiliencia, la inteligencia emocional y la agresividad de los deportistas en función de las horas de entrenamiento, la modalidad deportiva, la edad y el sexo* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.
- García, M., & Giménez, I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista Digital del Centro del Profesorado Cuevas-Olula*, 43-52.
- García, V., Graupera, J. L., Ruiz, L. M., & Palomo, M. (2013). Inteligencia Emocional en el Deporte: Validación española del Schutte Self Report Inventory (SSRI) en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 13(1), 25-36.
- García, J. E. M., Román-Palmero, J., García, S. L., Guillamón, A. R., Soto, J. J. P., & Cantó, E. G. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Motivación Deportiva y análisis de la motivación en las clases de educación física y su relación con nivel de práctica de actividad física extraescolar (Psychometric properties of the Sports Motivation Scale, and. *Retos*, 36(36), 283-289.
- Gardner, H. (1993). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Fondo de cultura y economía.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Kairós.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia social*. Kairós.
- Greenspan, M. J., & Feltz, D.F. (1989). Psychological interventions with athletes in competitive situations: a review. *The Sport Psychologist*, 3, 219-236.
- Grewal, D. D., & Salovey, P. (2006). Benefits of emotional intelligence. A life worth living: *Contributions to positive psychology*, 104-119.
- Güel, M. (2013). *¿Tengo inteligencia emocional?* Ediciones Paidós.
- Hidalgo, S. (2013). *Estrés, ansiedad y rendimiento en el deporte de alta competición*. Paidotribo.
- Juanmartí, F. B., Bernal, J. S., Puig, V. F., & Matas, M. S. (2019). Trastorno límite de la personalidad e inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(2), 229-238.
- Maricela, M. & Rivas, L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. INNOVAR, *Revista de Ciencias Sociales y Administrativas*, 9-24.
- Märtin, D. & Boeck, K. (2012). *EQ. Inteligencia Emocional: Claves para triunfar en la vida*. Edaf.
- Mora, J. A. (2008). *Visión actual de la psicología del deporte*. Wanceulen.
- Noten, M. M. P. G., van der Heijden, K. B., Huijbregts, S. C. J., Bouw, N., Van Goozen, S. H. M., & Swaab, H. (2019). Empathic

- distress and concern predict aggression in toddlerhood: The moderating role of sex. *Infant behavior and development*, 54, 57-65.
- Pérez, N. & Filella, G. (2019). Educación emocional para el desarrollo de competencias emocionales en niños y adolescentes. *Praxis & Saber*, 10(24), 23-44.
- Ruiz-Melero, M. J., Ferrando, M., Sainz, M., & Prieto, M. D. (2019). La inteligencia emocional en alumnos de arte dramático. En D. Padilla, J. M., Aguilar y R. López (Ed.), *Salud y ciclo vital* (pp. 67-70). Dykinson, S.L.
- Sáez-Abelló, G. A. & Ocampo-Pineda, J. C. (2019). Características Psicológicas en Deporte Individual y Colectivo. *Revista de Entrenamiento Deportivo*, 33(4).
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J., & Brackett, M. (2004). *Emotional intelligence*. Dude publishing.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177.
- Siguenza, V., Carballido, R., Pérez, A. P., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Implementación y evaluación de un programa de inteligencia emocional en adolescentes. *Universitas Psychologica*, 18(3), 1-13.
- Sordo, S. Á. (2019). El cerebro en el deporte: cómo mejorar el rendimiento a través del entrenamiento en regulación emocional. *Revista de Nutrición Práctica* (23), 22.
- Soriano, J. G., Molero, M. D. M., Pérez, M.D.C., Barragán, A. B., Simón, M. D. M., Martos, Á., Oropesa, N.F., Sisto, M., & Gázquez, J. J. (2019). Análisis de modelos teóricos explicativos de la inteligencia emocional. *Variables Psicológicas y Educativas*, 3, 295-306.
- Suberviola, I. (2019). Diferencias en competencias emocionales desde la variable género. *Variables Psicológicas y Educativas para la intervención en el ámbito escolar*, 3, 281-286.
- Suero, S. F., Almagro, B. J., & Buñuel, P. S. L. (2019). Necesidades psicológicas, motivación e inteligencia emocional en Educación Física. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2).
- Valladares, F. E. (2019). La estabilidad psicológica en la actividad deportiva. *PODIUM Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 14 (3), 334-336.

Recibido: Octubre, 2019 • Aceptado: Febrero, 2020

## Relación entre las necesidades psicológicas básicas y el burnout en odontólogos de la Comunidad Valenciana

*The relationship between Basic Psychological Needs and Burnout among Dentists in Valencian Community*

<sup>1</sup>Javier Molina-Hernández\* & <sup>1</sup>Lorena González-García

<sup>1</sup>Universidad Europea de Valencia

\* Contacto: [javier.molina@universidadeuropea.es](mailto:javier.molina@universidadeuropea.es)

**Resumen:** La teoría de las necesidades psicológicas básicas (Deci y Ryan, 2000) defiende que cuando las personas sienten satisfechas sus necesidades de autonomía, competencia y relación se promueve su bienestar y desarrollo óptimo, mientras que cuando no se satisfacen aparecen consecuencias psicológicas negativas. El objetivo principal del presente estudio fue analizar la relación entre la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas en el contexto laboral y la experiencia de *burnout* en odontólogos. Los participantes del estudio fueron 366 odontólogos ( $n_{mujeres} = 260$ ;  $n_{hombres} = 106$ ) entre 24 y 69 años ( $M = 37.63$ ;  $DT = 9.69$ ) que cumplimentaron una batería de cuestionarios de manera anónima y en formato *on-line*. Los resultados muestran que los odontólogos refieren una elevada satisfacción de sus necesidades psicológicas básicas en el contexto laboral, mientras que refieren tener limitadas experiencias de *burnout*. Los análisis de regresión lineal indicaron que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de autonomía, competencia y relación predicen negativa y significativamente la experiencia de *burnout* de los odontólogos, explicando el 28.6% de su varianza. Se concluye la importancia de promover la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los profesionales del ámbito odontológico para prevenir sus experiencias de *burnout*.

**Palabras Clave:** Necesidades psicológicas básicas, *burnout*, odontólogos, contexto laboral.

**Abstract:** Basic psychological needs theory (Deci y Ryan, 2000) defends that when people feel that their needs for autonomy, competence and relatedness are satisfied well-being will be promoted, otherwise negative psychological consequences can appear. The main purpose of this study was to analyze the relationship between the satisfaction of the basic psychological needs at work and the dentist's burnout experiences. The participants of this study were 366 dentists ( $n_{women} = 260$ ;  $n_{men} = 106$ ) between 24 and 69 years old ( $M = 37.63$ ;  $DT = 9.69$ ) who filled out a series of on-line questionnaires anonymously. The results showed that the dentists refer a high satisfaction of their basic psychological needs at work, while they report having limited burnout experiences. The linear regression analysis showed that the satisfaction of the psychological need of autonomy, competence and relatedness, negative and significantly predicted the experience of burnout of the dentists, explaining 28.6% of its variance. As a conclusion we highlight the importance of promoting the satisfaction of the basic psychological needs of dental professionals to prevent their burnout experiences.

**Keywords:** Basic psychological needs, burnout, dentists, work environment

El síndrome de *burnout* o síndrome del desgaste profesional aparece por la exposición a ciertos factores potencialmente estresantes durante un periodo de tiempo prolongado siempre y cuando no existan estrategias adecuadas para su manejo. Este síndrome suele darse mayoritariamente en el marco laboral de aquellas profesiones cuya finalidad es la prestación de servicios como en los médicos, enfermeros o policías (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2005; Ortega & López, 2004).

Entre los síntomas que caracterizan el síndrome de *burnout* se destaca el desinterés hacia los pacientes o el trabajo realizado, la desmotivación o el malestar laboral (Sobrequés et al., 2003). Una de las principales teorías explicativas de este síndrome es la presentada por Maslach y colaboradores (Maslach, Jackson & Leiter, 1986), quienes defienden que el *burnout* comprende tres dimensiones interrelacionadas entre sí: el cansancio emocional, la despersonalización y la desrealización personal.

Según la teoría descrita por Maslach, el cansancio emocional es la primera dimensión en manifestarse (Maslach & Jackson, 1986). El cansancio emocional resta energía al trabajador haciéndole incapaz de enfrentarse a los pacientes, distanciándolo de ellos y facilitando que pueda tratarles con cinismo. Esto favorece que aparezca la despersonalización, en la cual el sujeto presenta una actitud y unos sentimientos negativos hacia el sujeto con el que trabaja pudiendo llegar a considerar que esas personas

son merecedoras de sus problemas (Cordes, Dougherty & Blum, 1997; Maslach, Jackson & Leiter, 1986; Te Brake et al., 2001). La última dimensión en desarrollarse, según la teoría propuesta por Maslach, sería la desrealización personal, la cual implica la tendencia a devaluar de manera negativa y constante el trabajo que uno realiza, sintiéndose infeliz y descontento consigo mismo (Maslach, Jackson & Leiter, 1986).

La experiencia de *burnout* se asocia a consecuencias negativas sobre los trabajadores, pudiendo llevar a un deterioro de la calidad de los servicios prestados o al absentismo laboral (Seisdedos, 1997), así como a disminuir su bienestar repercutiendo directamente sobre el agotamiento físico, el insomnio, e incluso el abuso de alcohol (Felton, 1998), lo que finalmente puede derivar en depresión si no es tratado a tiempo por los profesionales adecuados (Ahola & Hakanen, 2007; Reyes-Torres et al., 2012).

Uno de los instrumentos ampliamente utilizados para la evaluación del nivel de *burnout* en los trabajadores es el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach, Jackson & Leiter, 1986). Este inventario mide las tres dimensiones anteriormente mencionadas a través de 22 ítems y ha sido validado en múltiples idiomas y en diferentes profesiones, siendo una de ellas la odontología, donde ha sido aceptado como un instrumento válido (Te Brake, Bouman, Gorter, Hoogstraten & Eijkman, 2008).

Centrándonos en los profesionales de la



odontología como población objetivo del presente estudio, investigaciones previas en el ámbito odontológico han demostrado que estos profesionales corren un elevado riesgo de sufrir *burnout* (Te Brake et al., 2001). Este riesgo está estrechamente relacionado con aspectos derivados de su labor empresarial, ya que, aunque el hecho de ser autónomo ofrece una autonomía que permite una buena gestión del tiempo, la profesión odontológica es muy solitaria, dependiente de las habilidades técnicas y con una gran presión económica debido al alto coste de los materiales y a los recortes de las aseguradoras. Todo ello puede generar un nivel de estrés crónico que acabe derivando en el síndrome de *burnout* (Te Brake et al., 2001; Te Brake et al., 2008).

En la literatura científica podemos encontrar numerosos artículos en los que se analiza el síndrome de *burnout* en odontólogos en diferentes países y donde podemos observar que la percepción de un elevado *burnout* por los profesionales oscila entre un 2% y un 7% (Ahola & Hakanen, 2007; Choy & Wong, 2017), pasando en otros estudios al 20 o 40% (Denton, Newton, y Bower, 2008; Divaris, Polychronopoulou, Taoufik, Katsaros & Eliades, 2012; Gorter & Freeman, 2011; Roth, Heo, Varnhagen, Glover & Major, 2003), hasta alcanzar valores superiores al 80% (Collin et al., 2019; Puriene, Aleksejuniene, Petrauskiene, Balciuniene & Janulyte, 2008). Dos estudios sobre profesionales odontológicos en España destacan que entre el 14 y el 29% de los

profesionales referían experimentar un nivel de *burnout* por encima de los valores medios del cuestionario (Anaya, 2015; Reyes-Torres, Rios-Santos, Lopez-Jimenez, Herrero-Climent & Bullon, 2012). En la gran mayoría de los estudios revisados la dimensión de cansancio emocional es la que se manifiesta de forma más significativa en el ámbito odontológico (Calvo et al., 2017; Collin, Toon, O'selmo, Reynolds & Whitehead, 2019; Reyes-Torres, Rios-Santos, Lopez-Jimenez, Herrero-Climent & Bullon, 2012; Te Brake, Gorter, Hoogstraten & Eijkman, 2001).

A pesar de que en los últimos años ha avanzado el estudio sobre las características del *burnout*, su prevalencia y sus consecuencias en el ámbito odontológico, aún son escasos los estudios que analizan sus antecedentes. Además, los estudios sobre los aspectos que preceden a la experiencia de *burnout* suelen centrarse en las características del ambiente en el cual se desarrolla este síndrome. Por ejemplo, algunos estudios destacan que aspectos del clima laboral como la falta de recursos se relacionan positivamente con las experiencias de *burnout* de los odontólogos (Hakanen et al., 2008), y otros estudios defienden que el ambiente laboral llega a explicar el 13% de la varianza del *burnout* de los profesionales (Gorter & Freeman, 2011). Aunque se haya avanzado sobre las características del ambiente, sigue siendo necesario promover el conocimiento sobre diferentes variables psicológicas asociadas a la experiencia de *burnout* en el ámbito laboral.

Centrándonos en esta limitación en la literatura científica, una teoría ampliamente empleada en diferentes ámbitos y focalizada en la promoción del bienestar y la disminución del malestar de las personas es la teoría de las necesidades psicológicas básicas (Deci & Ryan, 2000). Esta teoría defiende la existencia de tres necesidades psicológicas básicas que son consideradas innatas y universales (Deci & Ryan, 2008), concretamente las necesidades de autonomía, competencia y relación. La necesidad de autonomía hace referencia al sentimiento de hacer cualquier acto de manera voluntaria, ya sea colectivo o individual, así como al sentimiento de tener elección y ser el iniciador de las propias acciones (De Charms, 1968), y actuando con sentido de propia voluntad, aunque se cumplan los deseos de otros. La necesidad de competencia hace referencia al control de un medio, a la capacidad de poder desarrollar nuevas habilidades y al sentimiento de ser capaz de interactuar de forma eficaz con el ambiente (White, 1959). Por último, la necesidad de relación representa la necesidad de sentirse conectado con los otros, de ser miembro de un grupo, experimentar el sentimiento de unión y el desarrollo de relaciones cercanas (Baumeister & Leary, 1995).

Según la teoría de las necesidades psicológicas básicas para que las personas puedan alcanzar el bienestar será necesario que sientan que sus tres necesidades están satisfechas (Deci & Ryan, 2008), mientras que cuando las personas experimentan que sus necesidades

psicológicas básicas están siendo activamente frustradas se produce el deterioro de su desarrollo psicológico, la internalización de diferentes problemas y el aumento de su malestar, por ejemplo a través de la experiencia de *burnout* (Jowett, Hill, Hall & Curran, 2016; Li, Wang, Pyun, & Kee, 2013; Van den Broeck, Ferris, Chang & Rosen, 2016), depresión, ansiedad o peor calidad de vida (Ryan et al., 2008; Schultz, Ryan, Niemiec, Legate & Williams, 2015).

La importancia de la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas para el desarrollo del bienestar ha sido ampliamente estudiada en diferentes ámbitos, hallando gran desarrollo en el ámbito del deportivo (González, Castillo, García-Merita & Balaguer, 2015; Li, Wang, Pyun & Kee, 2013) o educativo (Desrumaux et al., 2015; Sulea, van Beek, Sarbescu, Virga & Schaufeli, 2015). Los estudios centrados en el ámbito laboral son mucho más escasos, si bien existen algunos que han defendido que la satisfacción de las tres necesidades psicológicas básicas se relacionan positivamente con el bienestar y de manera inversa con el malestar (Van den Broeck, Ferris, Chang & Rosen, 2016). En el citado estudio se presenta un metaanálisis sobre trabajos realizados en el ámbito laboral en los que se analiza la relación entre las necesidades psicológicas básicas y sus consecuencias. Concretamente se revisaron 105 estudios con un total de 45000 participantes de diferentes ámbitos laborales, sexo, edad o cultura y

confirmaron que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas predecía el bienestar psicológico y el malestar de los trabajadores, explicando gran parte de la varianza de experiencias positivas (p.ej., afecto positivo, bienestar general o compromiso) y experiencias negativas (p.ej., afecto negativo o tensión), apoyando la teoría descrita anteriormente por Deci y Ryan (2000, 2008).

Dentro del ámbito laboral médico podemos encontrar escasos estudios que analicen la relación entre las necesidades psicológicas básicas y los niveles de *burnout* en diferentes especialidades médicas (Babenko, 2018; Van Den Broeck, Vansteenkiste, De Witte & Lens, 2008; van der Burgt et al., 2019). En dichos estudios se observa que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas se relaciona negativamente con la dimensión de cansancio emocional. En este sentido se defiende que si los profesionales médicos se sienten autónomos en las decisiones y acciones que llevan a cabo, se sienten competentes en las actividades que desarrollan y sienten que son valorados por las personas cercanas en su ámbito laboral experimentan un menor *burnout* asociado al trabajo que desempeñan (Babenko, 2018; Van Den Broeck, Vansteenkiste, De Witte & Lens, 2008; van der Burgt et al., 2019).

Hasta la fecha no hemos podido hallar ningún estudio previo en el ámbito odontológico que analice la relación entre la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas en el trabajo y la experiencia de *burnout* en los odontólogos.

Por ello, y debido a la importancia que ha demostrado tener la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas en el desarrollo del bienestar de las personas y la disminución de su malestar, junto con los elevados niveles de *burnout* que muestra la población de odontólogos según la literatura científica revisada, consideramos necesario profundizar en esta relación en una población de dentistas en activo.

En esta línea, el objetivo principal del presente estudio es analizar las experiencias de *burnout* en una población de odontólogos, estudiando su relación con la satisfacción de sus necesidades psicológicas básicas de autonomía, competencia y relación. Para alcanzar el objetivo propuesto se presentan las siguientes hipótesis: 1) los participantes del estudio percibirán una elevada satisfacción de sus necesidades psicológicas básicas en el ámbito laboral; 2) los participantes del estudio mostrarán un elevado nivel de *burnout*; 3) la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas en su conjunto predecirá negativa y significativamente la percepción de *burnout* de los odontólogos.

## Método

### *Participantes*

Los participantes del estudio fueron 366 odontólogos colegiados en la Comunidad Valenciana (provincias de Alicante, Castellón y Valencia) contactados a través de los colegios oficiales de odontólogos de cada provincia. El 71% ( $n = 260$ ) eran mujeres y el 29% ( $n = 106$ ) hombres. La edad de los participantes oscilaba

entre los 24 y los 69 años ( $M = 37.63$ ;  $DT = 9.69$ ), con una media de tiempo de trabajado de 13 años ( $M = 13.5$ ;  $DT = 8.74$ ). De ellos el 50.5% estaban casados, un 40.7% eran solteros, un 6.8% divorciados y un 1.9% viudos. Considerando la práctica profesional de los participantes, un 26.2% realizaban cirugía y periodoncia con mayor frecuencia, un 17.2% realizaban ortodoncia y odontopediatría y un 14.5% trabajan como endodoncistas. Un 42% trabajaban como odontólogos generales y además un 38% de los participantes también desarrollaban diferentes labores docentes en la educación superior. En cuanto al tiempo trabajado, el 37.7% de los encuestados refería trabajar entre 30 y 40 horas semanales, el 35.2% trabajaban más de 40 horas a la semana, el 20.8% trabajaba entre 20 y 30 horas a la semana y el 6.3% trabajaba menos de 20 horas a la semana. De ellos el 36.3% trabajaban como autónomos en su propia clínica, un 30.3% trabajaban como autónomos, pero realizando sus labores en otras clínicas, mientras que un 17.2% eran autónomos y trabajaban tanto en su propia clínica como en otras y tan solo un 16.1% estaban contratados en régimen general.

### *Instrumentos*

*Datos sociodemográficos.* Se presentaron preguntas elaboradas *ad hoc* para obtener información sobre el sexo, la edad, la especialidad de trabajo, las horas trabajadas y la tipología del trabajo. La elaboración de dichas preguntas se basó en estudios previos que

realizaron preguntas similares (p.ej., Goetz, Hasse, Szecsenyi & Campbell, 2016).

*Satisfacción de las necesidades psicológicas básicas.* La percepción de la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los odontólogos se evaluó a través de la versión en castellano (Delgado Herrada & Garcia Cadena, 2015) de la Escala de las Necesidades Psicológicas Básicas en el Trabajo (ENPB-T) elaborada a raíz de la escala original Basic Psychological Needs Work Scale (BPNWS; Deci et al., 2001). La validación en castellano consta de 12 ítems que miden el grado en que las personas experimentan satisfacción de sus necesidades psicológicas básicas en su ámbito laboral. La satisfacción de la necesidad de autonomía se valora a través de 4 ítems como “Mis sentimientos son tomados en cuenta en el trabajo”. La satisfacción de la necesidad de competencia se mide con 3 ítems como “He sido capaz de aprender nuevas habilidades interesantes sobre mi trabajo”, y la satisfacción de la necesidad de relación se evalúa a través de 5 ítems como “Las personas del trabajo son amigables conmigo”. El cuestionario se responde a través de una escala tipo Likert de 7 puntos donde 1 representa “*nada cierto*” y 7 “*muy cierto*” estando algunos de los ítems redactados en sentido negativo. El estudio de validación de la versión en castellano de la escala (Delgado Herrada & Garcia Cadena, 2015) mostró un ajuste aceptable de los datos y la adecuación de la escala con una menor cantidad de ítems (suprimiendo los ítems

3,5,7,11,14,16,18,19 y 20 de la escala original), obteniendo un Alfa de Cronbach adecuado para la evaluación de la satisfacción de las tres necesidades psicológicas en general ( $\alpha = .856$ ) y valores aceptables para las dimensiones por separado (satisfacción de autonomía:  $\alpha = .67$ ; satisfacción de competencia:  $\alpha = .60$ ; satisfacción de relación:  $\alpha = .80$ ). Otros autores también hallaron resultados similares con versiones abreviadas de la escala original (Hetland, Hetland, Andreassen, Pallesen & Notelaers, 2011).

*Burnout.* Para evaluar la experiencia de *burnout* de los participantes se utilizó la versión española (Seisdedos, 1997) del Inventario de *Burnout* de Maslach (Maslach, Jackson y Leiter, 1986). Este cuestionario evalúa el desgaste profesional y los sentimientos y la actitud del profesional hacia los pacientes y hacia su propio trabajo. Está compuesto por 22 ítems que se contestan a través de una escala de tipo Likert de 7 puntos que van desde 1 “nunca” a 7 “todos los días”. La escala se divide en 3 subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y desrealización personal. El agotamiento emocional se evalúa a través de 9 ítems como “Me siento cansado al final de la jornada de trabajo”, la despersonalización se evalúa a través de 5 ítems como “Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente”, y la desrealización personal con 8 ítems como “Me siento frustrado en mi trabajo”. La fiabilidad y validez de la escala han sido probadas por

múltiples estudios tanto en el ámbito odontológico (Ahola & Hakanen, 2007), como en otros campos de la salud (Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008).

#### *Procedimiento*

El presente estudio utiliza un diseño transversal y correlacional y cumple con la normativa vigente y con la aprobación del comité ético de la Universidad Europea de Madrid. La selección de los participantes del estudio se realizó siguiendo los siguientes criterios de inclusión: 1) ser licenciado o graduado en la titulación de odontología y 2) estar colegiado en alguno de los tres colegios oficiales de odontólogos de las provincias de la Comunidad Valenciana. La cumplimentación de los cuestionarios se realizó de manera *on-line*, y tuvo una duración aproximada de 15 minutos. La primera hoja incluía un consentimiento informado, en el cual se informaba que la participación en el estudio era voluntaria, anónima, y que se podría abandonar el estudio cuando lo desearan. En esta primera parte también se facilitó un correo electrónico de contacto para responder a las posibles dudas que los participantes pudieran tener. Esta parte era de obligado cumplimiento para la realización del cuestionario.

La configuración establecida no permitía repetir el cuestionario por el mismo participante más de una vez, siendo obligatorio responder a todas las preguntas para poder pasar de página y finalizar el cuestionario.

### Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis de los datos. Los resultados sobre la fiabilidad de las escalas y los estadísticos descriptivos pueden observarse en la Tabla 1. Los resultados indican que las fiabilidades son adecuadas para todas las escalas globales ( $\alpha = .879 - .913$ ) y para las diferentes dimensiones ( $\alpha = .649 - .887$ ). Los estadísticos descriptivos del estudio informaron que los participantes referían tener un cansancio emocional ligeramente por encima de la media del cuestionario ( $M = 3.698$ ;  $DT = 1.319$ ), mientras que presentaron unos valores relativamente bajos en su percepción de despersonalización ( $M = 2.112$ ;  $DT = 1.028$ ) y de desrealización personal ( $M = 1.764$ ;  $DT$

$=.772$ ). Considerando el *burnout* en su conjunto, los odontólogos que participaron en el estudio presentaron unas puntuaciones por debajo de la media de los cuestionarios ( $M = 2.642$ ;  $DT = .851$ ). Si nos centramos en la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, los odontólogos participantes mostraron unos niveles elevados de satisfacción de la necesidad de autonomía ( $M = 5.763$ ;  $DT = 1.174$ ), competencia ( $M = 5.797$ ;  $DT = 1.024$ ) y relación ( $M = 5.569$ ;  $DT = 1.075$ ).

Considerando la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas en su conjunto los profesionales mostraron tener unos niveles de satisfacción de sus necesidades por encima de la media del cuestionario ( $M = 5.692$ ;  $DT = .934$ ). Ver tabla 1.

**Tabla 1.** *Análisis de Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas.*

Variable	Rango respuesta	M	DT	$\alpha$
Cansancio emocional	1-7	3.698	1.319	.887
Despersonalización	1-7	2.112	1.028	.649
Desrealización personal	1-7	1.764	.772	.827
<i>Burnout</i> global	1-7	2.642	.851	.879
Autonomía	1-7	5.763	1.174	.874
Competencia	1-7	5.797	1.024	.775
Relación	1-7	5.569	1.075	.886
SNPB	1-7	5.692	.934	.913

Los análisis de las correlaciones parciales mostraron que el cansancio emocional se relacionaba positiva y significativamente con las

otras dos dimensiones del *burnout*, la despersonalización ( $r = .416$ ;  $p = .000$ ) y la desrealización personal ( $r = .347$ ;  $p = .000$ ). A

su vez mostró una relación negativa y significativa con la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de autonomía ( $r = -.336; p = .000$ ), competencia ( $r = -.334; p = .000$ ) y relación ( $r = -.303; p = .000$ ). La despersonalización mostró una relación positiva y significativa con la desrealización ( $r = .407; p = .000$ ) y mostró una relación negativa y significativa con la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de autonomía ( $r = -.389; p = .000$ ), competencia ( $r = -.386; p = .000$ ) y relación ( $r = -.285; p = .000$ ). La desrealización personal también se relacionaba negativa y significativamente con la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de autonomía ( $r = -.388; p = .000$ ), competencia ( $r = -.571; p = .000$ ) y relación ( $r = -.375; p = .000$ ). Los niveles de *burnout* global se relacionaban de manera negativa y positiva con

las tres necesidades psicológicas básicas de autonomía ( $r = -.431; p = .000$ ), competencia ( $r = -.505; p = .000$ ) y relación ( $r = -.390; p = .000$ ) y de manera positiva y significativa con sus tres dimensiones, destacando la correlación con el cansancio emocional ( $r = .880; p = .000$ ). Las tres variables de la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas se relacionaban positiva y significativamente entre sí (autonomía y competencia:  $r = .614; p = .000$ ; relación y competencia:  $r = .535; p = .000$ ; autonomía y relación:  $r = .594; p = .000$ ).

Las necesidades psicológicas básicas en su conjunto se relacionaban negativa y significativamente con las tres dimensiones del *burnout* (cansancio emocional:  $r = -.376; p = .000$ ; despersonalización:  $r = -.386; p = .000$ ; desrealización personal:  $r = -.498; p = .000$ ). Ver tabla 2.

**Tabla 2.** Correlaciones entre las variables estudiadas

Variable	1	2	3	4	5	6	7
<b>1. Autonomía</b>							
<b>2. Competencia</b>	.614***						
<b>3. Relación</b>	.594***	.535***					
<b>4. SNPB</b>	.871***	.785***	.876***				
<b>5. Cansancio emocional</b>	-.336***	-.334***	-.303***	-.376***			
<b>6. Despersonalización</b>	-.339***	-.386***	-.285***	-.386***	.416***		
<b>7. Desrealización personal</b>	-.388***	-.571***	-.375***	-.498***	.347***	.407***	
<b>8. Burnout</b>	-.431***	-.505***	-.390***	-.505***	.880***	.691***	.679***

Los análisis de regresiones lineares mostraron que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de autonomía, competencia y relación que referían los odontólogos predecía negativa y significativamente sus experiencias

de *burnout* global (satisfacción de autonomía:  $\beta = -.145; p = .000$ ; satisfacción de competencia:  $\beta = -.335; p = .000$ ; satisfacción de relación:  $\beta = -.113; p = .000$ ). En su conjunto, la satisfacción de las tres necesidades psicológicas básicas

*Relación entre las necesidades psicológicas básicas y el burnout en odontólogos de la Comunidad Valenciana*

predecía un 28.6% ( $R^2 = .286$ ) de la variabilidad de la percepción de *burnout* global. Ver tabla 3.

**Tabla3.** Predicción del *burnout* global por la percepción de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas.

Predictor	Burnout	
	B	ES
1.Autonomía	-.145	.044***
2.Competencia	-.355	.049***
3.Relación	-.113	.045***

Nota: \*\*\* $p < .001$

### Discusión

El presente estudio se centra en las experiencias de *burnout* de los odontólogos de la Comunidad Valenciana, analizando cómo se relaciona la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de autonomía, competencia y relación que experimentan estos profesionales con su percepción de *burnout*. En general, los resultados obtenidos apoyan las hipótesis planteadas, destacando que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas contribuye en la prevención del *burnout* de los odontólogos.

Los resultados obtenidos en el estudio apoyan nuestra primera hipótesis en la que se defendía que los odontólogos percibirían una elevada satisfacción de sus necesidades psicológicas básicas. Concretamente nuestros resultados indican que las necesidades de autonomía, competencia y relación muestran unos resultados muy similares quedando todas ellas por encima de la media de los cuestionarios.

Nuestros resultados son congruentes con estudios previos en otras disciplinas sanitarias (Babenco, 2018), en las que los trabajadores referían tener satisfecha su necesidad de autonomía ( $M = 5.35$ ;  $DT = 0.62$ ), competencia ( $M = 5.10$ ;  $DT = 0.45$ ) y relación ( $M = 4.79$ ;  $DT = 0.73$ ). Aunque también hemos observado estudios que defienden que los profesionales de diferentes especialidades médicas referían tener poco satisfechas sus necesidades psicológicas básicas (van der Burgt et al., 2019). En nuestro estudio observamos que el 83.9% de los profesionales son autónomos (profesionales emprendedores con libertad de elección de horarios y materiales) y este hecho puede ayudar en la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, ya que según algunos estudios esa condición se relaciona positivamente con las necesidades de autonomía, relación y competencia (Hassan & Al-jubari, 2015), diferenciándose así del resto de profesionales sanitarios (Levin, 2004).

En base a los resultados encontrados en gran cantidad de estudios previos sobre el nivel de *burnout* en el ámbito odontológico internacional (Collin et al., 2019; Divaris et al., 2012; Alina Puriene, Aleksejuniene, Petrauskiene, Balciuniene & Janulyte, 2008), la segunda hipótesis de nuestro trabajo defendía que el nivel de *burnout* de los odontólogos encuestados sería elevado.

Además, la literatura científica destaca la existencia de diferentes aspectos asociados al



*burnout* entre la población de odontólogos como la falta de perspectiva en la carrera profesional (Gorter, Albrecht, Hoogstraten, y Eijkman, 1998), los pacientes conflictivos (Goetz, Schuldei, y Steinhäuser, 2019), la falta de especialización u otros aspectos como la alta carga de trabajo y la elevada dedicación en horas de consulta (Anaya, 2015; Singh, Aulak, Mangat & Aulak, 2016). Sin embargo, los resultados de nuestro estudio muestran que los participantes presentan un nivel de *burnout* por debajo de la media del cuestionario, siendo la dimensión del cansancio emocional la que presenta los valores más elevados. Aunque nuestros resultados son dispares a otros estudios internacionales, sí que muestran similitudes con estudios con población española en los que se defendía que entre el 6 y el 14% de la población presenta niveles elevados de *burnout*, siendo el cansancio emocional la variable que presentaba valores más elevados (Anaya Aguilar, 2015; Rios-Santos, Reyes-Torres, Lopez-Jimenez, Morillo-Velazquez & Bullón, 2010). Esto podría deberse a que los sistemas sanitarios de otros países donde se ven valores más altos de *burnout* incluyen a la odontología dentro de la sanidad pública (Collin et al., 2019; Denton et al., 2008; Katja Goetz et al., 2013; Gorter, Eijkman & Hoogstraten, 2000; Alina Puriene et al., 2008; Salazar, Sipiaryuk, White & Gallagher, 2019) y, tal y como se vio en el trabajo de Hakanen, la falta de recursos era la variable más relacionada con los niveles altos de *burnout* (Hakanen et al., 2008). Por lo tanto, la falta de autonomía y la

escasez de recursos de la práctica pública comparada con la práctica privada podría ser el motivo por el cual la percepción de *burnout* por parte de los dentistas autónomos fuese menor (Luzzi & Spencer, 2011), contradiciendo las propuestas defendidas por Te Brake (2001; 2008) y nuestra segunda hipótesis.

La tercera hipótesis planteada en el estudio queda confirmada tras observar que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de autonomía, competencia y relación predicen la percepción de *burnout* de los participantes en el estudio, concretamente explicando un 28.6% de su varianza. La satisfacción de las necesidades de competencia y autonomía muestran tener un mayor efecto en la predicción de la experiencia de *burnout* de los odontólogos, en comparación con la necesidad de relación. Estos resultados son consistentes con estudios previos realizados en diferentes ámbitos y centrados en la teoría de las necesidades psicológicas básicas. Por ejemplo, estudios centrados en el ámbito deportivo defienden que la necesidad de relación a menudo tiene un menor papel predictor sobre el *burnout* (Deci & Ryan, 2000; Li et al., 2013). Sin embargo, parece necesario seguir profundizando en estos resultados ya que otros estudios centrados en el ámbito médico encontraron que las necesidades de relación y competencia tendrían mucho más peso que la necesidad de autonomía en cuanto a la predicción del malestar (Babenko, 2018). Tal y como se introduce en el trabajo, la odontología es una profesión solitaria

y dependiente de la habilidad manual del profesional (Te Brake et al., 2001) y, por ello, podría justificarse que la necesidad de competencia tenga más peso en la predicción del *burnout*, comparado con otros estudios en el ámbito médico, y que la percepción de las relaciones a nivel laboral pueda haber quedado relegada a un segundo plano para ellos. Por otro lado, la necesidad de autonomía también ha demostrado tener importancia en cuanto a la predicción del *burnout*, lo que indica que, a parte de ser competentes, los odontólogos necesitan autonomía para poder decidir sobre sus tratamientos, materiales a utilizar o la capacidad de gestionar su horario reduciendo así el riesgo de sufrir malestar.

Según la literatura científica revisada, el presente estudio es el primero realizado sobre odontólogos donde se ha podido analizar la relación existente entre la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y las experiencias de *burnout* por parte de los profesionales, siendo especialmente importante por las implicaciones que tienen los resultados para la elaboración de estrategias de prevención del *burnout* y diversas psicopatologías asociadas. Sin embargo, es importante detenerse y considerar algunas limitaciones observadas en el estudio. Por un lado, el estudio presenta un diseño observacional y correlacional, por lo que no podemos establecer relaciones causales directas. Además, los datos utilizados han sido obtenidos a través de la cumplimentación de

cuestionarios autoadministrados *on-line*, pudiendo no haber llegado a los rangos de mayor edad y comprometiendo la generalización de los resultados. Por último, consideramos que sería de especial interés que futuros estudios en el ámbito odontológico incorporen variables como la motivación de los profesionales o las características del clima laboral en el que trabajan. Como afirma Gagné y Deci (2005), el clima laboral es uno de los principales agentes para favorecer la satisfacción de las tres necesidades psicológicas básicas promoviendo la motivación intrínseca de los trabajadores y la internalización de las motivaciones extrínsecas, lo cual facilita importantes resultados como el rendimiento, particularmente en tareas que requieren creatividad, satisfacción laboral, actitudes positivas hacia el trabajo y bienestar psicológico.

Considerando los resultados del presente estudio, destacamos la importancia de que los odontólogos se sientan autónomos en sus actividades laborales, que se sientan competentes en los diferentes tratamientos que realizan y que se sientan valorados por los demás compañeros y personal clínico ya que esto disminuye sus experiencias de *burnout* a pesar de las exigencias o complicaciones del puesto laboral. Por otra parte, resulta necesario ampliar los estudios científicos entre estos profesionales y profundizar sobre las características de su ambiente laboral para poder

comprender mejor los antecedentes del *burnout* entre los odontólogos.

### Referencias

- Ahola, K. y Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, *104*(1–3), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.004>
- Anaya Aguilar, C. (2015). *El síndrome de Burnout en los dentistas en España*. Universidad de Salamanca.
- Babenko, O. (2018). Professional Well-Being of Practicing Physicians: The Roles of Autonomy, Competence, and Relatedness. *Healthcare*, *6*(1), 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare6010012>
- Baumeister, R. F., y Leary, M. R. (1995). Need To Belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 497–529.
- Calvo, J. M., Kwatra, J., Yansane, A., Tokede, O., Gorter, R. C., y Kalenderian, E. (2017). Burnout and Work Engagement Among US Dentists. *Journal of Patient Safety*, *00*(00), 1–7. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000355>
- Choy, H. B. y Wong, M. C. M. (2017). Occupational stress and burnout among Hong Kong dentists. *Hong Kong Medical Journal*, *23*(5), 480–488. <https://doi.org/10.12809/hkmj166143>
- Collin, V., Toon, M., O’selmo, E., Reynolds, L., y Whitehead, P. (2019). A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists. *British Dental Journal*, *226*(1), 40–49. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2019.6>
- Cordes, C. L., Dougherty, T. W., y Blum, M. (1997). Patterns of burnout among managers and professionals: A comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*, *18*(6), 685–701. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199711\)18:6<685::AID-JOB817>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199711)18:6<685::AID-JOB817>3.0.CO;2-U)
- DeCharms, R. C. (1968). *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. New York: Academic Press.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 37–41. <https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104>
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, *49*(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., y Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(8), 930–942. <https://doi.org/10.1177/0146167201278002>
- Delgado Herrada, M. y Garcia Cadena, C. (2015). *Validación de la Escala de las Necesidades Psicológicas Básicas en el Contexto Laboral*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Denton, D. A., Newton, J. T., y Bower, E. J. (2008). Occupational burnout and work engagement: A national survey of dentists in the United Kingdom. *British Dental Journal*, *205*(7), E13. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.654>
- Desrumaux, P., Lapointe, D., Ntsame Sima, M., Boudrias, J. S., Savoie, A., y Brunet, L. (2015). The impact of job demands, climate, and optimism on well-being and distress at work: What are the mediating effects of basic psychological need satisfaction? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *65*(4), 179–188. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.06.003>

*Relación entre las necesidades psicológicas básicas y el burnout en odontólogos de la Comunidad Valenciana*

- Divaris, K., Polychronopoulou, A., Taoufik, K., Katsaros, C., y Eliades, T. (2012). Stress and burnout in postgraduate dental education. *European Journal of Dental Education*, 16(1), 35–42. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2011.00715.x>
- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity - its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 48(4), 237–250. <https://doi.org/10.1093/occmed/48.4.237>
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide.
- Goetz, K., Hasse, P., Szecsenyi, J., y Campbell, S. M. (2016). Questionnaire for measuring organisational attributes in dental-care practices: Psychometric properties and test – retest reliability. *International Dental Journal*, 66, 93–98. <https://doi.org/10.1111/idj.12209>
- Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Brodowski, M., Steinhäuser, J., Wensing, M., y Szecsenyi, J. (2013). Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: An observational study. *Family Practice*, 30(4), 411–417. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt015>
- Goetz, K., Schuldei, R., y Steinhäuser, J. (2019). Working conditions, job satisfaction and challenging encounters in dentistry: a cross-sectional study. *International Dental Journal*, 69(1), 44–49. <https://doi.org/10.1111/idj.12414>
- González, L., Castillo, I., García-Merita, M., y Balaguer, I. (2015). Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades psicológicas y bienestar: Invarianza de un modelo estructural en futbolistas y bailarines (Autonomy support, psychological needs satisfaction and well-being: Invariance of a structural model in soccer players and dancers). *Revista de Psicología Del Deporte*, 24(1), 121–129.
- Gorter, R. C., Albrecht, G., Hoogstraten, J., y Eijkman, M. A. J. (1998). Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 106(6), 999–1005.
- Gorter, R. C., Eijkman, M. A. J., y Hoogstraten, J. (2000). Burnout and health among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 108(4), 261–267. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0722.2000.108004261.x>
- Gorter, R. C. y Freeman, R. (2011). Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(1), 87–95. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00568.x>
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., y Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work and Stress*, 22(3), 224–341. <https://doi.org/10.1080/02678370802379432>
- Hassan, A., y Al-jubari, I. (2015). Basic psychological needs satisfaction, need frustration and entrepreneurial intention. *International Journal of Business and Management*, 1(1), 1–11.
- Hetland, H., Hetland, J., Andreassen, C. S., Pallesen, S., y Notelaers, G. (2011). Leadership and fulfillment of the three basic psychological needs at work. *Career Development International*, 16(5), 507–523. <https://doi.org/10.1108/13620431111168903>
- Jowett, G. E., Hill, A. P., Hall, H. K., y Curran, T. (2016). Perfectionism, burnout and engagement in youth sport: The mediating role of basic psychological needs. *Psychology of Sport and Exercise*, 24, 18–26.

- <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2016.01.001>
- Levin, R. (2004). Is the dentist an entrepreneur? Yes and no. *Journal of the American Dental Association*, 135(12), 1733–1734. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0128>
- Li, C., Wang, C. K. J., Pyun, D. Y., y Kee, Y. H. (2013). Burnout and its relations with basic psychological needs and motivation among athletes: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(5), 692–700. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.04.009>
- Luzzi, L. y Spencer, A. (2011). Job satisfaction of the oral health labour force in Australia. *Australian Dental Journal*, 56(1), 23–32. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2010.01282.x>
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *The measurement of experienced Burnout*.
- Maslach, C., Jackson, S., y Leiter, M. (1986). Malasch Burnout Inventory (3rd edition). In *Evaluating Stress: A Book of Resources, Volume 1* (pp. 191–218). <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Moore, R. y Brødsgaard, I. (2001). Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dentistry y Oral Epidemiology*, 29(1), 73–80. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2001.029001073.x>
- Ne Gagné, M. y Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331–362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Ordell, S., Söderfeldt, B., Hjalms, K., Berthelsen, H., y Bergström, K. (2013). Organization and overall job satisfaction among publicly employed, salaried dentists in Sweden and Denmark. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71(6), 1443–1452. <https://doi.org/10.3109/00016357.2013.767933>
- Ortega Ruiz, C. y Lopez Rios, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137–160.
- Puriene, A, Aleksejuniene, J., Petrauskiene, J., Balciuniene, I., y Janulyte, V. (2008). Self-perceived Mental Health and Job Satisfaction among Lithuanian Dentists. *Industrial Health*, 46(3), 247–252. <https://doi.org/10.2486/indhealth.46.247>
- Reyes-Torres, M., Rios-Santos, J. V., Lopez-Jimenez, A., Herrero-Climent, M., y Bullon, P. (2012). Job satisfaction and depression in the Spanish Society of Periodontology and Research (SEPA) members, and their relation to the burnout syndrome. Creation of a structural model. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 17(5). <https://doi.org/10.4317/medoral.17478>
- Rios-Santos, J., Reyes-Torres, M., Lopez-Jimenez, A., Morillo-Velazquez, J. M., y Bullón, P. (2010). Burnout and depression among Spanish periodontology practitioners. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 15(5), 813–819. <https://doi.org/10.4317/medoral.15.e813>
- Roth, S. F., Heo, G., Varnhagen, C., Glover, K. E., y Major, P. W. (2003). Job satisfaction among Canadian orthodontists. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 123(6), 695–700. [https://doi.org/10.1016/S0889-5406\(03\)00200-2](https://doi.org/10.1016/S0889-5406(03)00200-2)
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., y Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(1), 2–6.

*Relación entre las necesidades psicológicas básicas y el burnout en odontólogos de la Comunidad Valenciana*

- Salazar, F. B. C., Sipiyaruk, K., White, S., y Gallagher, J. E. (2019). Key determinants of health and wellbeing of dentists within the UK: A rapid review of over two decades of research. *British Dental Journal*, 227(2), 127–136. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0485-2>
- Schultz, P. P., Ryan, R. M., Niemiec, C. P., Legate, N., y Williams, G. C. (2015). Mindfulness, work climate, and psychological need satisfaction in employee well-being. *Mindfulness*, 6(5), 971–985. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0338-7>
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario de "Burnout" de Maslach: Manual*. Madrid: TEA.
- Singh, P., Aulak, D. S., Mangat, S. S., y Aulak, M. S. (2016). Systematic review: Factors contributing to burnout in dentistry. *Occupational Medicine*, 66(1), 27–31. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv119>
- Sobrequés, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., y Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 31(4), 227–233. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79164-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79164-1)
- Sulea, C., van Beek, I., Sarbescu, P., Virga, D., y Schaufeli, W. B. (2015). Engagement, boredom, and burnout among students: Basic need satisfaction matters more than personality traits. *Learning and Individual Differences*, 42(4), 132–138. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.08.018>
- Te Brake, H., Gorter, R., Hoogstraten, J., y Eijkman, M. (2001). Burnout intervention among Dutch dentists: Long-term effects. *European Journal of Oral Science*, 109, 380–387.
- Te Brake, J. H. M., Bouman, A. M., Gorter, R. C., Hoogstraten, J., y Eijkman, M. A. J. (2008). Using the Maslach Burnout Inventory among dentists: Burnout measurement and trends. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(1), 69–75. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00372.x>
- Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C. H., y Rosen, C. C. (2016). A Review of Self-Determination Theory's Basic Psychological Needs at Work. *Journal of Management*, 42(5), 1195–1229. <https://doi.org/10.1177/0149206316632058>
- Van Den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., y Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work and Stress*, 22(3), 277–294. <https://doi.org/10.1080/02678370802393672>
- Van der Burgt, S. M. E., Kusrkar, R. A., Wilschut, J. A., Tjin A Tsoi, S. L. N. M., Croiset, G., y Peerdeman, S. M. (2019). Medical specialists' basic psychological needs, and motivation for work and lifelong learning: A two-step factor score path analysis. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1754-0>
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297–333.

Recibido: Noviembre, 2019 • Aceptado: Febrero, 2020

## *Sintomatología ansioso-depresiva y sobrecarga emocional en el cuidador familiar del paciente paliativo*

*Anxiety-depressive symptomatology and emotional overburden in the family caregiver of the palliative patient*

<sup>1</sup>Ana Soto-Rubio\*, <sup>1</sup>Yolanda Andreu & <sup>1</sup>Marián Pérez-Marín  
<sup>1</sup>Universidad de Valencia

\*Contacto: [ana.soto@uv.es](mailto:ana.soto@uv.es)

**Resumen:** La presente investigación tiene como objetivos elaborar el perfil descriptivo de las variables sociodemográficas y psicológicas (bienestar emocional y sobrecarga) de cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida. Participaron 213 cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida con patología variada (EPOC, cáncer, anciano frágil...). El rango de edad de estos cuidadores es de 22 a 92 años, con una media de 61,49 y una DT de 13,647 (mediana = 64). La gran mayoría de los cuidadores familiares principales son mujeres (77%), están inactivas laboralmente (56%), casadas (75%), cuyo parentesco con el paciente es principalmente cónyuge (50%) o hija (38%) y, sobretodo, cuentan con estudios primarios (55%). Al mismo tiempo, un 30% de los cuidadores familiares presenta un problema clínico de ansiedad; alrededor del 15% presenta un problema clínico de depresión; y más del 20% presenta un problema clínicamente significativo de malestar emocional global. Al mismo tiempo, un 40% de los cuidadores familiares presenta signos de sobrecarga por las tareas de cuidado, presentando un 20% de los cuidadores familiares una sobrecarga intensa. El presente estudio pone de manifiesto con datos significativos y relevantes el fuerte impacto emocional que la situación de final de vida supone no sólo para el paciente sino para el cuidador familiar que le acompaña.

**Palabras Clave:** Cuidador familiar principal, final de vida, paciente paliativo, ansiedad, depresión, sobrecarga, malestar emocional.

**Abstract:** The present research aims to elaborate the descriptive profile of the sociodemographic and psychological variables (emotional well-being and burden) of the main family caregivers of patients at the end of life. 213 main family caregivers of patients at the end of life with varied pathology (COPD, cancer, frail elderly...) participated. The age range of these caregivers is 22 to 92 years, with a mean of 61.49 and a TD of 13,647 (median = 64). The vast majority of primary family caregivers are women (77%), are inactive in the workforce (56%), married (75%), whose relationship to the patient is mainly a spouse (50%) or daughter (38%) and, above all, have primary education (55%). At the same time, 30% of family caregivers present a clinical problem of anxiety; about 15% present a clinical problem of depression; and more than 20% present a clinically significant problem of global emotional distress. At the same time, 40% of the family caregivers pre-sent signs of caregiving burden, with 20% of the family caregivers presenting intense burden. The present study demonstrates with significant and relevant data the strong emotional impact that the end of life situation has not only on the patient but also on the accompanying family caregiver.

**Keywords:** Primary family caregiver, end of life, palliative patient, anxiety, depression, overload, emotional distress.

## **Introducción**

En Europa, gran parte de las reagrupaciones familiares se producen porque un miembro mayor de la familia necesita algún tipo de cuidado. En relación a la pirámide poblacional, se estima que Europa perderá 9 millones de menores de 14 años entre 2010 y 2050, y simultáneamente ganará 35 millones de personas mayores de 80 años (Durán, 2012).

Esto hace prever un aumento significativo de las personas que requerirán cuidados por motivos de dependencia funcional, a la vez que una disminución en cuanto a la proporción de personas para proporcionar dichos cuidados. Por otra parte, los cuidados de los hospitales se están transfiriendo a la atención domiciliaria y ambulatoria, depositándose en la familia las responsabilidades del cuidado diario a largo plazo de pacientes médicamente complejos.

El cuidado de la persona mayor dependiente y/o en situación de final de vida en el seno familiar es proporcionado en la mayoría de los casos por mujeres (Aoun *et al.*, 2015; Taylor *et al.*, 2014; Montgomery, Kwak, Kosloski & O'Connell, 2011; Hudson *et al.*, 2008), especialmente por las hijas o las cónyuges de la persona que requiere los cuidados (Rodríguez-Rodríguez, 2005; Sörensen *et al.*, 2002; Kozachik *et al.*, 2001). Cuando el cuidado recae en un hijo, éste suele contar con la ayuda de su pareja, algo que raramente sucede cuando es una de las hijas la que se ocupa del cuidado (Crespo & López, 2008).

La familia supone una fuente fundamental de apoyo para los enfermos, posibilitando una asistencia flexible en las tareas de cuidado y proporcionando un soporte emocional no reemplazable por sistemas formales de apoyo. No obstante, las tareas de cuidado pueden suponer un fuerte impacto en la familia (Rodríguez-Rodríguez, 2005; Mitrani *et al.*, 2006) dado que:

-Cuidar de una persona en situación de final de vida es un acontecimiento familiar, especialmente en culturas como la nuestra.

-El cuidado afecta a una red extensa de personas que comparten una historia emocional y personal, y que se ve implicada en un proceso de ajuste a un nuevo equilibrio a medida que las necesidades de la persona en situación de final de vida aumentan.

-La familia necesita ir cubriendo, progresivamente, los roles que antes ocupaba la persona en situación de final de vida.

-Es probable que distintos miembros de la familia asuman de distinta forma la pérdida progresiva de la persona enferma y que tengan distintos grados de éxito en la aceptación y adaptación a los cambios.

-A menudo las familias están dispersas cuando surgen las necesidades de cuidado del enfermo al final de la vida. Al organizarse y reencontrarse de nuevo miembros que no tenían relación regular desde hacía años pueden resurgir asuntos y conflictos familiares previos.

-Pueden existir diversos puntos de vista entre los miembros de la familia sobre necesidad



y estrategia de cuidado.

-Con frecuencia, surgen discrepancias sobre la distribución y percepción de las tareas de cuidado (¿hay varias personas que puedan/quieran cuidar? ¿El cuidador principal las bloquea?).

-Un último factor a tener en cuenta es la relación previa de los distintos miembros de la familia con el paciente, pudiendo haber una reactivación de conflictos latentes (Choi & Marks, 2006).

-Ante la situación de enfermedad grave y final de vida de uno de sus miembros, la mayoría de las familias cuentan con una persona que asume la responsabilidad central del cuidado, el “cuidador familiar principal”, definido como: “aquel miembro de la familia que se encarga de los cuidados del paciente, la mayor parte del tiempo, o durante más tiempo que otros cuidadores familiares” (Pérez-Marín, 2000). Por tanto, los cuidadores familiares principales reciben, por definición, la principal carga de las tareas del cuidado. Los cuidadores principales suelen ser también las personas de la red familiar del paciente con una dedicación más extensa al cuidado, que no se contabiliza solo en el tiempo dedicado al mismo, sino en la “disponibilidad permanente” para cualquier necesidad de atención que presente la persona receptora de los cuidados. Esta falta de control sobre el uso del tiempo propio es un factor muy relevante que influye en la sobrecarga percibida por las personas que cuidan (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

-Los cuidadores familiares suelen proveer más de la mitad de los cuidados requeridos por pacientes en estado avanzado de enfermedad (Abellán y Esparza, 2012). Proveer cuidados a los pacientes en situación de final de vida es complejo y técnico, requiriendo un cierto nivel de sofisticación cognitiva e intelectual, y resistencia física, considerando que el nivel de dependencia física del enfermo suele ser alto (Hudson, 2004; Proot *et al.*, 2004). Sin embargo, muchos cuidadores familiares no han recibido preparación por parte del Sistema General de Salud para asumir ese rol (Blum y Sherman, 2010). Los miembros de la familia asumen con frecuencia el rol de cuidador con muy poca preparación, incluso sin contar los conocimientos, recursos o habilidades suficientes como para realizar las tareas de cuidado básicas (Ventura *et al.*, 2014).

-El asumir las tareas principales de cuidado puede tener un fuerte impacto en el bienestar físico y psicológico de la persona que las asume, convirtiéndose en el cuidador familiar principal. Este impacto puede influir negativamente tanto en la salud del paciente como en la del cuidador familiar (McCorkle *et al.*, 2007; Given *et al.*, 2004; Harding & Higginson, 2003; Northouse *et al.*, 2000). La mayoría de los cuidadores familiares están en una posición tanto de cuidar como de necesitar cuidados; por eso se les ha calificado como “el paciente oculto” (Kristjanson & Aoun, 2004; Wilkinson & Lynn, 2005).

La carga psicológica de cuidar a un

miembro de la familia en situación de final de vida ha sido bien documentada en la literatura científica (Groves *et al.*, 2005; Kurtz *et al.*, 2004; Grunfeld *et al.*, 2004). Numerosos estudios nos hablan de cómo el estrés que padecen los cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida afecta su bienestar emocional (Bevans y Sternberg, 2012; Cohen y Pollack, 2005; Hodges, Humphris, & Macfarlane, 2005; Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann & Strauss, 2005; Given *et al.*, 2004; Kurtz *et al.*, 2004; Pinquart & Sörensen, 2003; Gilbar y Ben-Zur, 2002; Northouse *et al.*, 2002). El malestar psicológico que presentan los cuidadores de pacientes al final de la vida puede llegar incluso a ser mayor que el experimentado por el propio paciente (Braun, Mikulincer, Rydall *et al.*, 2007; McCorkle *et al.*, 2007; Mellon, Northouse & Weiss, 2006; Hodges, Humphris y Macfarlane, 2005; Matthews, 2003). Los problemas de ansiedad y depresión son los más frecuentemente reportados por cuidadores familiares de pacientes altamente dependientes (Northouse *et al.*, 2012; Stenberg, Ruland & Mlaskowski, 2010; Cooper, Balamurali & Livingston, 2007; Pinquart y Sörensen, 2003; Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1991). La carga psicológica de cuidar a un miembro de la familia en situación de final de vida ha sido bien documentada en la literatura científica (Groves *et al.*, 2005; Kurtz *et al.*, 2004; Grunfeld *et al.*, 2004). Numerosos estudios nos hablan de cómo el estrés que padecen los cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida afecta

su bienestar emocional (Bevans & Sternberg, 2012; Cohen & Pollack, 2005; Hodges, Humphris, & Macfarlane, 2005; Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann & Strauss, 2005; Given *et al.*, 2004; Kurtz *et al.*, 2004; Pinquart y Sörensen, 2003; Gilbar & Ben-Zur, 2002; Northouse *et al.*, 2002). El malestar psicológico que presentan los cuidadores de pacientes al final de la vida puede llegar incluso a ser mayor que el experimentado por el propio paciente (Braun, Mikulincer, Rydall *et al.*, 2007; McCorkle *et al.*, 2007; Mellon, Northouse & Weiss, 2006; Hodges, Humphris y Macfarlane, 2005; Matthews, 2003). Los problemas de ansiedad y depresión son los más frecuentemente reportados por cuidadores familiares de pacientes altamente dependientes (Northouse *et al.*, 2012; Stenberg, Ruland & Mlaskowski, 2010; Cooper, Balamurali & Livingston, 2007; Pinquart & Sörensen, 2003; Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1991).

Por tanto, la presente investigación tiene como objetivos elaborar el perfil descriptivo de las variables sociodemográficas y psicológicas (bienestar emocional y sobrecarga) de los cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida.

## **Método**

### *Participantes*

Participaron 213 cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida con patología variada (EPOC, cáncer, anciano frágil...). El rango de edad de estos cuidadores

es de 22 a 92 años, con una media de 61,49 y una DT de 13,647 (mediana = 64). El 77,3% de los cuidadores eran mujeres.

### *Instrumentos*

Las principales características sociodemográficas del cuidador se registraron mediante una entrevista ad hoc (por ejemplo, la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de educación y el parentesco con el paciente).

El estado emocional del familiar se evaluó mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), adaptada a la población española (Quintana et al., 2003). Este instrumento se utiliza ampliamente en el ámbito clínico de adultos para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en personas con enfermedades físicas (Bahcecioglu, Tan & Dayapoglu, 2019; Zhang & otros, 2018). Para cada uno de los 14 puntos el cuidador familiar debe seleccionar la respuesta que mejor refleje su situación durante la semana anterior. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando los valores de las afirmaciones seleccionadas (0-3) en los respectivos ítems (ítems pares para la depresión, ítems impares para la ansiedad). Por ejemplo: "He perdido interés en mi apariencia personal" para la depresión, o "Me siento inquieto, como si no pudiera dejar de moverme" para la ansiedad. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. Estudios anteriores han demostrado propiedades psicométricas adecuadas (Tejero, Guimera, Farre

& Peri, 1986; Terol-Cantero, Cabrera-Perona & Martín-Aragón, 2015; Zigmond & Snaith, 1983). La sobrecarga del cuidador principal se evaluó mediante la entrevista de Zarit Burden (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980). Se trata de un cuestionario de autoinforme diseñado para medir el nivel de sobrecarga del cuidador, especialmente en las personas mayores con síntomas de demencia. Este cuestionario contiene 22 ítems ("¿Siente que su familiar está pidiendo más ayuda de la que realmente necesita?"), cada uno de los cuales es una pregunta que el cuidador debe responder utilizando una escala Likert de 5 puntos, donde 1 = nunca, y 5 = casi siempre. La puntuación total es la suma de todos los elementos y oscila entre 22 y 110. Estudios anteriores han mostrado propiedades psicométricas adecuadas (Blanco et al., 2007; Hébert, Bravo & Prévile, 2000).

### *Procedimiento*

A través del equipo de cuidados paliativos de cada hospital, se informó sobre el estudio a los cuidadores familiares de los pacientes que el equipo médico consideraba se encontraban en fase final de vida. Cada participante, firmó un documento de consentimiento informado y un acuerdo de confidencialidad dentro del marco de los principios de la Declaración de Helsinki (OMS, 1975). Todos los cuestionarios se cumplimentaron durante la segunda semana de ingreso del paciente. Tanto el pase de los cuestionarios relacionados con la evaluación de

## *Sintomatología ansioso-depresiva y sobrecarga emocional en el cuidador familiar del paciente paliativo*

las variables psicológicas como los registros ad-hoc sociodemográficos fueron llevados a cabo por un psicólogo miembro del equipo de investigación entrenado para ello.

### *Análisis de datos*

Para llevar a cabo el análisis descriptivo de las variables de estudio se ha utilizado el paquete estadístico SPSS en su versión 25.

### **Resultados**

#### *Perfil de las características sociodemográficas de los cuidadores familiares*

Como puede observarse en la Tabla 1, la gran mayoría de los cuidadores familiares principales son mujeres (77%), están inactivas laboralmente (56%), casadas (75%), cuyo parentesco con el paciente es principalmente cónyuge (50%) o hija (38%) y, sobretodo, cuentan con estudios primarios (55%).

**Tabla 1.** *Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los cuidadores familiares*

		Frecuencia	Porcentaje
Parentesco	Cónyuge	78	50,6
	Hijo	56	36,4
	Padres	2	1,3
	Hermano/a	5	3,2
	Otros	13	8,4
Estado civil	Soltero	18	11,7
	Pareja de hecho	2	1,3
	Casado	117	76,0
	Divorciado	5	3,2
	Viudo	12	7,8
Nivel de estudios	Sin estudios	29	19,1
	Primarios	82	53,3
	Bachiller elemental	18	11,2
	Bachiller superior	13	8,6
	Diplomatura	7	4,6
	Licenciatura	4	2,6
	Otros	1	,7
Situación laboral	Trabajador activo	34	22,1
	En paro	33	21,4
	Jubilado	66	42,9
	otros	21	13,6

#### *Perfil de las variables psicológicas de los cuidadores familiares*

Con respecto al perfil de las variables psicológicas de los cuidadores familiares principales puede señalarse lo siguiente: un 30% de los cuidadores familiares presenta un problema clínico de ansiedad; alrededor del 15% presenta un problema clínico de depresión; y más del 20% presenta un problema clínicamente significativo de malestar emocional global. Al mismo tiempo, un 40% de los cuidadores familiares presenta signos de sobrecarga por las tareas de cuidado, presentando un 20% de los cuidadores familiares una sobrecarga intensa. Estos datos pueden observarse en detalle en la Tabla 2.

**Tabla 2.** *Comparación de dimensiones por cursos*

		Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	normalidad	81	53,3
	caso probable	21	13,8
	problema clínico	50	32,9
Depresión	normal	114	75,0
	caso probable	18	11,8
	problema clínico	20	13,2
Malestar emocional	NPCS	119	78,3
	PCS	33	21,7
Sobrecarga	Sin sobrecarga	90	58,4
	Sobrecargar leve	29	18,8
	Sobrecarga intensa	35	22,7

*Nota.* NPCS = no problema clínicamente significativo; PCS = Problema clínicamente significativo

### **Discusión**

*Objetivo 1.* Elaborar el perfil descriptivo de las variables sociodemográficas de los cuidadores familiares principales.

El perfil sociodemográfico predominante de los cuidadores familiares es mujer, de alrededor de 64 años, casada con el paciente, sin

estudios o con estudios primarios, e inactiva laboralmente.

Hay que tener en mente que, aunque éste es el perfil sociodemográfico más común entre los cuidadores familiares, también se observa claramente un segundo tipo de perfil, menos común pero también claramente importante, que es el de las hijas de los pacientes, constituyendo éstas aproximadamente un tercio de los cuidadores familiares. Esto va en línea con los datos hallados en la literatura científica al respecto (Aoun et al., 2015; Taylor et al., 2014; Montgomery, Kwak, Kosloski & O'Connell, 2011; Hudson et al., 2008; Rodríguez-Rodríguez, 2005; Sörensen et al., 2002; Kozachik et al., 2001) así como con el perfil típico del cuidador familiar del paciente al final de la vida en España (INE, 2008).

El tipo de parentesco junto con el rol que se ocupa dentro del sistema familiar influye en las distintas dificultades a las que hacen frente estas cuidadoras familiares. Si a esto se añade el hecho de que casi la mitad de las cuidadoras familiares están en activo, estos datos estarían indicando que una parte importante de las cuidadoras familiares tienen que hacer frente a la conjunción de demandas de distintos roles, por lo menos, el de esposas, empleadas, y cuidadoras; y muy probablemente, el de madres y abuelas; lo cual supondría retos añadidos a los del rol de cuidadora, tal y como informan los estudios precedentes al respecto (Savundranayagam y Montgomery, 2010; Mitrani et al., 2006).

*Objetivo 2.* Elaborar un perfil descriptivo de las variables psicológicas (bienestar emocional y sobrecarga) de los cuidadores familiares principales. En línea con estudios preliminares, el perfil descriptivo de las variables psicológicas de los cuidadores familiares presenta una alta incidencia de sintomatología ansioso-depresiva (Hodges, Humphris & Macfarlane, 2005; Montgomery et al., 2011), predominando los síntomas de ansiedad y siendo menos frecuentes los de depresión (Northouse et al., 2012; Stenberg, Ruland y Mlaskowski, 2010; Cooper, Balamurali & Livingston, 2007; Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1991).

Al mismo tiempo, la mayoría de los cuidadores familiares no presenta síntomas clínicamente significativos de malestar emocional global; esto es, síntomas que requerirían de una intervención psicológica especializada.

No obstante, una minoría de ellos sí que requeriría de este apoyo psicológico especializado en este tipo de situaciones, y podría beneficiarse de ellas no sólo para afrontar mejor las dificultades presentes durante el período de cuidados, sino de cara a la prevención del desarrollo posterior de otro tipo de psicopatologías, como puede ser un duelo patológico o crónico al fallecer el receptor de los cuidados. Si esto se analiza en conjunción con los datos que señalan que 4 de cada 10 cuidadores presenta síntomas de sobrecarga, cobra todavía mayor importancia el acceso de

estos cuidadores familiares a un servicio de apoyo psicológico.

Es importante detectar aquellos cuidadores familiares que no sólo podrían beneficiarse de un programa de apoyo psicológico especializado sino que lo necesitarían para hacer frente a los numerosos retos que conlleva el cuidar a un familiar en situación de final de vida. Este tipo de intervenciones llevadas a cabo a tiempo podrían no sólo reducir situaciones de sufrimiento para pacientes y familiares, como pueden ser el pacto de silencio, sino también contribuir a la prevención de problemas más complejos como las de claudicación familiar y abandono del paciente (Aoun et al., 2015; Hudson et al., 2008; Gomes & Higginson, 2006; Shalowitz, Garrett-Mayer & Wendler, 2006; Song, 2004; Guo & Harstall, 2004), que suponen no solo un increíble coste emocional para los implicados, sino también un coste económico considerable a los servicios de salud, pues como se ya se ha comentado en el apartado de introducción teórica, la buena atención a los cuidadores familiares supone un enorme ahorro económico a los sistemas sociales y de salud (Hall, Moriarty, Mittelman & Foldes, 2014; Oliva et al., 2011).

### **Conclusiones**

El presente estudio pone de manifiesto con datos significativos y relevantes el fuerte impacto emocional que la situación de final de vida supone no sólo para el paciente sino para el

cuidador familiar que le acompaña. El cuidar de un familiar en situación de final de vida supone, como puede observarse en el presente estudio, un fuerte impacto emocional reflejado en síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional general. Al mismo tiempo, este fuerte impacto emocional suele ir acompañado, como se observa en la presente investigación, de una sensación de sobrecarga debida a las tareas de cuidado y el desgaste emocional antes mencionado. Es fundamental detectar de manera temprana esta sintomatología ansioso-depresiva, así como las señales de sobrecarga en el cuidador, de cara a intervenir para reducir en la medida de lo posible el sufrimiento en este tipo de situaciones, mejorando la salud emocional y psicológica de estos familiares y previniendo el posible desarrollo de otro tipo de psicopatologías más complejas. El presente estudio destaca la importancia de cuidar a una figura tan fundamental para los pacientes y para la sociedad en general, como es la del cuidador familiar.

### **Limitaciones y líneas futuras de investigación**

La principal limitación el presente estudio es que realiza un análisis descriptivo de la sintomatología ansioso-depresiva y sobrecarga del cuidador familiar del paciente al final de la vida, sin adentrarse en las posibles variables que podrían estar modulando o influyendo en estos altos niveles de malestar emocional. Futuras investigaciones podrían estudiar también variables en los pacientes al final de la vida y

analizar las posibles relaciones entre las variables de los pacientes y sus familiares, teniendo en cuenta la díada paciente-cuidador. Pese a estas limitaciones, consideramos que los datos que aporta la presente investigación son relevantes dado que se obtienen de una muestra con un tamaño considerable, teniendo en cuenta que las muestras finales obtenidas en este tipo de estudios suelen ser reducidas por diversas razones significativas propias del tipo de situación que las define.

### Referencias

- Álvarez, J. (2011). *Los deportes colectivos: teoría y realidad. Desde la iniciación al rendimiento*. Prensas universitarias de Zaragoza.
- Aquino, A. E. (2003). *Diferencias de Género y Edad en la Inteligencia Emocional de un Grupo de Internautas*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Arrabal, E. M. (2018). *Inteligencia emocional*. Editorial Elearning, SL.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Multi-Health Systems.
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 54, 63-94.
- Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., & Chacón-Cuberos, R. (2018). Inteligencia emocional en deportistas en función del sexo, la edad y la modalidad deportiva practicada. *Sportis*, 4(2), 288-305.
- Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., & Chacón-Cuberos, R. (2019). Clima motivacional en deportistas en función de la modalidad deportiva. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 8(1), 31-38.
- Chermack, T. J., Fofonah, I., Balthaser, S., Coons, L. M., Harmon, J., Wichmann, B., & Nathan, J. (2019). The Effects of Scenario Planning on Perceptions of Emotional Intelligence. *World Futures Review*.
- Dunn, J. (1990). *La elaboración del sentido*. Paidós.
- Fernández, M. S., Perera, J. J. D., Padilla, H. A. S., & Izquierdo, S. J. (2019). Inteligencia emocional; cuestión de género. *Revista Boletín Redipe*, 8(5), 158-167.
- Fernández, M. S., Perera, J. J. D., Padilla, H. A. S., & Izquierdo, S. J. (2019). Inteligencia emocional; cuestión de género. *Revista Boletín Redipe*, 8(5), 158-167.
- Fröhner, G. (2003). *Esfuerzo físico y entrenamiento en niños y jóvenes*. Paidotribo.
- Gallardo-Peña, A. M. (2019). *Relación entre el compromiso deportivo, la resiliencia, la inteligencia emocional y la agresividad de los deportistas en función de las horas de entrenamiento, la modalidad deportiva, la edad y el sexo* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.
- García, M., & Giménez, I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista Digital del Centro del Profesorado Cuevas-Olula*, 43-52.
- García, V., Graupera, J. L., Ruiz, L. M., & Palomo, M. (2013). Inteligencia Emocional en el Deporte: Validación española del Schutte Self Report Inventory (SSRI) en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 13(1), 25-36.
- García, J. E. M., Román-Palmero, J., García, S. L., Guillamón, A. R., Soto, J. J. P., & Cantó, E. G. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Motivación Deportiva y análisis de la motivación en las clases de educación física y su relación con nivel de práctica de

- actividad física extraescolar (Psychometric properties of the Sports Motivation Scale, and. *Retos*, 36(36), 283-289.
- Gardner, H. (1993). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Fondo de cultura y economía.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Kairós.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia social*. Kairós.
- Greenspan, M. J., & Feltz, D.F. (1989). Psychological interventions with athletes in competitive situations: a review. *The Sport Psychologist*, 3, 219-236.
- Grewal, D. D., & Salovey, P. (2006). Benefits of emotional intelligence. A life worth living: *Contributions to positive psychology*, 104-119.
- Güel, M. (2013). *¿Tengo inteligencia emocional?* Ediciones Paidós.
- Hidalgo, S. (2013). *Estrés, ansiedad y rendimiento en el deporte de alta competición*. Paidotribo.
- Juanmartí, F. B., Bernal, J. S., Puig, V. F., & Matas, M. S. (2019). Trastorno límite de la personalidad e inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(2), 229-238.
- Maricela, M. & Rivas, L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. INNOVAR, *Revista de Ciencias Sociales y Administrativas*, 9-24.
- Märting, D. & Boeck, K. (2012). *EQ. Inteligencia Emocional: Claves para triunfar en la vida*. Edaf.
- Mora, J. A. (2008). *Visión actual de la psicología del deporte*. Wanceulen.
- Noten, M. M. P. G., van der Heijden, K. B., Huijbregts, S. C. J., Bouw, N., Van Goozen, S. H. M., & Swaab, H. (2019). Empathic distress and concern predict aggression in toddlerhood: The moderating role of sex. *Infant behavior and development*, 54, 57-65.
- Pérez, N. & Filella, G. (2019). Educación emocional para el desarrollo de competencias emocionales en niños y adolescentes. *Praxis & Saber*, 10(24), 23-44.
- Ruiz-Melero, M. J., Ferrando, M., Sainz, M., & Prieto, M. D. (2019). La inteligencia emocional en alumnos de arte dramático. En D. Padilla, J. M., Aguilar y R. López (Ed.), *Salud y ciclo vital* (pp. 67-70). Dykinson, S.L.
- Sáez-Abelló, G. A. & Ocampo-Pineda, J. C. (2019). Características Psicológicas en Deporte Individual y Colectivo. *Revista de Entrenamiento Deportivo*, 33(4).
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J., & Brackett, M. (2004). *Emotional intelligence*. Dude publishing.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177.
- Siguenza, V., Carballido, R., Pérez, A. P., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Implementación y evaluación de un programa de inteligencia emocional en adolescentes. *Universitas Psychologica*, 18(3), 1-13.
- Sordo, S. Á. (2019). El cerebro en el deporte: cómo mejorar el rendimiento a través del entrenamiento en regulación emocional. *Revista de Nutrición Práctica* (23), 22.
- Soriano, J. G., Molero, M. D. M., Pérez, M.D.C., Barragán, A. B., Simón, M. D. M., Martos, Á., Oropesa, N.F., Sisto, M., & Gázquez, J. J. (2019). Análisis de modelos teóricos explicativos de la inteligencia emocional.



*Variables Psicológicas y Educativas*, 3, 295-306.

Suberviola, I. (2019). Diferencias en competencias emocionales desde la variable género. *Variables Psicológicas y Educativas para la intervención en el ámbito escolar*, 3, 281-286.

Suero, S. F., Almagro, B. J., & Buñuel, P. S. L. (2019). Necesidades psicológicas, motivación e inteligencia emocional en Educación Física. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2).

Valladares, F. E. (2019). La estabilidad psicológica en la actividad deportiva. *PODIUM Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 14 (3), 334-336.

Recibido: Octubre, 2019 • Aceptado: Febrero, 2020

## *Ethnocultural Aspects of the Identity of an Adult Personality*

*Aspectos etnoculturales de la personalidad del adulto.*

<sup>1</sup>Nataliia Krasovskaia\*, <sup>1</sup>Kamilya Aliyeva, <sup>2</sup>Julia Perevozkina, <sup>2</sup>Ekaterina Veterok, <sup>1</sup>Ibragimbekova Rena

<sup>1</sup>Baku State University, Azerbaijan

<sup>2</sup>Novosibirsk State Pedagogical University, Russia

\*Contacto: krasovskaya.mcm@gmail.com

**Resumen:** Este artículo presenta un análisis teórico y empírico de los aspectos etnoculturales de la identidad adulta. Para estudiar los aspectos etnoculturales de la identidad personal, se utilizó la prueba de «identidad del ego» (autor J. G. Marcia, modificación de G. y E. Amineva) y el método «identidad personal y social» (autor A.A. Urbanovich). La elección de los métodos está determinada por su validez, confiabilidad y cumplimiento con el propósito y los objetivos del estudio. La muestra consistió en encuestados rusos en el número de 174 personas y encuestados azerbaiyanos en el número de 126 personas. La edad de los encuestados en ambas muestras osciló entre 24 y 53 años. Para las variables independientes, el análisis comparativo se realizó utilizando el criterio paramétrico de la prueba t de Student. Se descubrió que los rusos difieren significativamente en la gravedad de su estado de identidad con los azerbaiyanos. Los análisis revelaron que la muestra de Azerbaiyán se caracteriza principalmente por una identidad formada, que se manifiesta en la satisfacción con la actividad profesional y su importancia social, en el deseo de alcanzar sus objetivos de vida. La muestra rusa, por el contrario, se caracteriza por una crisis de identidad, que se manifiesta en la incertidumbre de la identidad, que se acompaña de dudas propias de la identificación grupal.

**Palabras Clave:** aspectos etnoculturales, identidad, personalidad adulta, crisis de identidad

**Abstract:** This article presents theoretical and empirical analysis of ethno-cultural aspects of adult identity. To study the ethno-cultural aspects of personal identity, the «Ego-identity» test was used (author J. G. Marcia, modification of G. and E. Amineva) and the method «Personal and social identity» (author A.A. Urbanovich). The choice of methods is determined by their validity, reliability and compliance with the purpose and objectives of the study. The sample consisted of Russian respondents in the number of 174 people and Azerbaijani respondents in the number of 126 people. The age of respondents in both samples ranged from 24 to 53 years. For independent variables the comparative analysis was carried out using the parametric Student's t-test criterion. It was found that Russians differ significantly in the severity of their identity status with Azerbaijanis. Analyses revealed that the Azerbaijani sample is mainly characterized by a formed identity, which is manifested in satisfaction with professional activity and its social significance, in the desire to achieve their life goals. The Russian sample, on the contrary, is characterized by an identity crisis, which manifests itself in the uncertainty of identity, which is accompanied by self-doubt associated with group identification.

**Keywords:** ethno-cultural aspects, identity, adult personality, identity crisis.

Psychological literature demonstrates a high degree of interest in the issue of personality identity in an ethnocultural context. This is due to ethnic tensions in the society, sociocultural contradictions and uncertainty, diversity of social roles and behaviors, social variability of modern reality, issue of the safe and sustainable development of civilization based on the moral guides of society, in particular, related to the ethnocultural aspects of the individual's worldview. Theoretical analysis of scholarly psychological literature on this topic demonstrates that currently data on the characteristics of the ethnocultural aspects of the identity of an adult are fragmented and contradictory. This is due to the lack of research on the identity of representatives of various national groups. Meanwhile, in modern Azerbaijan, state and national transformations, determined by the gain of independence by the country at the end of the 20th century, are associated with a crisis of personal and social identity, which determines the relevance of this study. The study aims to identify the influence of nationality on various aspects of adult identity. To achieve the goal of the study, we formulated the following tasks: 1). To create a sample from different national groups; 2). To select methods for studying various aspects of identity; 3). To conduct a comparative analysis of various aspects of the identity of the Russian and Azerbaijani samples; 4). To detect identity features among Russians and Azerbaijanis.

In the process of the study, we

hypothesized that ethnocultural aspects determine the specificity of the identity of an adult person. In particular, we suggested that the Russian sample is more prone experiencing an identity crisis than Azerbaijani sample, due to the lack of well-formed sociocultural traditions.

### **Research Methods**

The first stage considered the selection of methods with subsequent diagnosis of the test subjects. To study the ethnocultural aspects of personality identity, we used the Ego-Identity test (author J. Marcia, a modification of G. and E. Amineva) and the methodology "Personal and Social Identity" (author A. A. Urbanovich). The choice of the methods is due to their validity, reliability and relevance to the purpose and objectives of the study. The Russian sample consisted of 174 people, and the Azerbaijani sample 126 people. The age of the respondents in both samples ranged from 24 to 53 years. The nationality, which has two options, acted as an independent variable: 1 - Russian; 2 - Azerbaijani. The dependent variables were variables that measure various aspects of identity: four statuses of identity, personal and social identity. At the second stage of the study, based on the assumption of the presence of ethnocultural aspects of the adult identity, was applied the Student's t-test parametric criterion for independent variables. The choice of the Student's t-test criterion is determined by the size of the sample under 100, which allows the use of this criterion. The reliability and validity

of the results were provided by a comprehensive analysis of the results of Russian and foreign studies on the problem in determining the initial theoretical and methodological principles. For this reason were used methods appropriate to the subject of the study and the application of mathematical and statistical data processing procedures in accordance with the purpose and objectives of the study; sample representativeness; a combination of quantitative and qualitative analysis of the results.

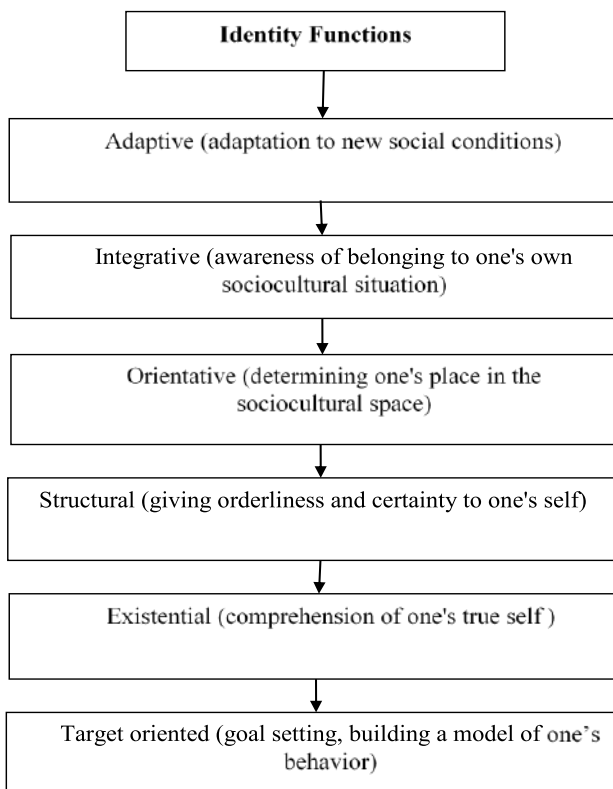
### **Literature review**

Large number of Russian and foreign scholarly papers consider ethnocultural aspects of identity. The study of identity in psychology is associated with the research of Freud (1991, p. 456), who noted the influence of identification with parents and other ideal figures on this psychological phenomenon. In his turn, Erickson (2006, p.342) comprehended identity in relation to socio-psychological adaptation and age-related crises. The author described a number of stages in the development of identity, at each stage the subject needs to make a choice between the alternative phases of solving age-related and situational development tasks. The author considered the success or failure of the subsequent life stage to be the consequence of the choice. E. Erickson also introduced the concept of identity crisis, by which he understood a temporary stage in the personal development of the subject. Study by Marcia (2002) confirms and clarifies the theory of

identity of Erickson (2006). The results of an experiment indicate that the critical stages of the development of the ego associated with various periods of the life cycle can be considered from the point of view of the status of identity, expanding the concept of E. Erickson.

In his study, Schwartz (2001) describes the Erickson and Neo-Erickson approaches to personality identity, introducing an extension of the theory of identity to include more ideas of Erickson (2006), provisions for understanding the relations between alternative theories and systems of their integration. McLean, Pasupathi (2012) have similar views specifying that, on the basis of Erickson's concept of identity (2006), past and future events of a subject's life can be constructed, which allows for integration of various events into a single unity. Tavitian-Elmadjian et al. (2020) also note the importance of the subject's past experience in the formation of his / her identity. Soldatova (2007) also notes the role of age-related crises in the formation of identity, which, according to the author, transforms from the status of a predetermined identity to diffusive, from diffusive identity to the achieved one. In the framework of this theory, identity is considered as a personality structure, which by the implementation of evaluating, managing and regulating functions ensures the continuity and integrativity of the subject's inner world under the influence of the social development situation during age-related crises. As noted by a number of foreign authors, the family factor plays a

special role in the formation of the identity (Baldwin et al., 2018). While going through the age crisis and interacting with the social environment, a person internalizes qualitatively new psychological characteristics into the personality structure and his / her self-relationship is transformed, which is a predictor of the transition to the next stage of development of the individual. During the age-related crises, the subject undergoes the formation of sustainable behavioral expectations and reflexivity. Kozlova (2015) notes that identity represents the experience and construction by the subject of his/her individuality in the space of options refracted by the specifics of the modern era, the guide marls of social reality. The author also introduces the social functions of identity, which are presented in Figure 1.



**Figure 1.** *The social function of identity of the person.*

In modern science, identity is understood as the result of the psychic activity of the subject, which reflects the individual's self-image and is associated with the experience of internal identity sameness, manifested in the understanding of life moments as a lasting sequence of certain events. Identity is considered as a multidimensional phenomenon, which is represented by several levels of consciousness that have ontogenetic and sociogenetic grounds. Identity is directly related to self-actualization, because a person in the modern, constantly transforming world strives for stability, confirmation of his / her uniqueness, and the utilization of his / her internal resources. Nevertheless, the personality also exists as a constantly changing system that at every new moment is not consistent with the previous itself. In this regard, the complexity of the issue of human identity lies in the continuous variability of the personality and external conditions of the subject, which affect each other.

Accordingly, the problem of preserving identity sameness in conditions of internal and external transformation is a dialectical moment of personal identity, that is manifested at the border of the subject's contact with the objective world, which leads to the emergence of qualitatively new psychological characteristics under the influence of perception of reality through significant others. Klochko and Lukyanov (2009) note that identity is due to the success of the transition of opportunity into reality and reality into desired existence.

In his study, Weisskirch (2019) notes that there is a connection of identity with the psychological well-being of the individual, a tendency to reflection, persistency and focus on achieving the goal.

Identity is formed as a result of conflicting tendencies on the verge of feeling of personal boundaries regarding individual uniqueness and the desire to follow social ideals and patterns of behavior. This represents the relationship of personal and social identity, which is understood as the continuity of the subject's life history and adherence to the requirements of social-role systems, into which the individual is engaged on the basis of psychophysiological basic characteristics (Perevozkina et al., 2016).

Accordingly, personal identity is the result of the integrative processes of the individual in social space and time. A number of socio-psychological components of achieving personal identity are presented in the scholarly literature, they include: the subject's belonging to various social groups, situational differences in belonging to social groups. In this process the criteria according to which individuals experience their own identity sameness and non-sameness are significant. According to Jongman-Sereno, and Leary (2018), the experience of identity at different time periods in the same subject can be of different intensity. The degree of self-identity sameness of a person is influenced by such factors as self-suggestion or suggestion from other persons, confirming the

authenticity of the individual. Boulu-Reshef (2015) also emphasizes a potential conflict between personality identities, including between strategies of identification and individualization, as well as between various social obligations and normative evaluations.

In its turn, social identity is a dynamic result of self-identification of the subject with various social groups, that forms the basis for the personality to conform with the sociocultural space, as well as to identify oneself with value orientations, motives, goals, models of behaviors in the context of a number of social spheres of individual's life and activity. In particular, Zomeren et al., (2018) write about the connection of social identity with moral motives, which are an integrative aspect in a group. Ellemers et al. (2013) also emphasizes the role of moral norms in regulating people's behavior in groups and social systems. According to the authors, the processes of social identification help to understand how the observance of moral standards can contribute to improving self-image at the group level.

The authors examine the importance of morality for group identity and intra-group behavioral regulation, in particular, the role of moral standards for people's ideas about the groups to which they belong. The authors also demonstrate the role of group-specific moral norms in assessing behavior of individuals that contributes to their identity as group members. Boer (2008) notes the connection of social identity with collective intention. The author

claims that social identity includes both desire and conviction, and that its hallmark is that it participates in the decision-making process of the subject.

Studies also show that group emotions are the basis of perceiving social identity. The importance of social identity affects the emotions associated with the group. The results of the study provide evidence of the importance of group evaluations as components of group emotions (Kuppens et al., 2013). Study by McIntyre et al. (2018) showed that a high level of social identity negatively correlates with experiencing stress and loneliness. Levine and Manning (2013) describe the components of social identity, which include the boundaries of social identity, the content of social identity and the interests of social identity. In their turn, Chiang et al. (2017) believe that social identity includes social categorization (fundamental and hedonistic values) and social comparison (self-esteem). The authors argue that fundamental and hedonistic values influence the social identity of the subject, which therefore affects his / her self-esteem.

Socio-personal consolidation of identity acts as a system of holistic socio-psychological phenomenon that determines the integration of the individual in society. Gómez and Vázquez (2015) and a number of other authors (Autiero, 2015) note that personal and social identities in the scholarly literature are considered as two separate phenomena, describing their influence on each other. Moreover, Davis (2009) believes

that belonging to social groups and the presence of social identities can impede the formation of individual personality.

The identity of representatives of national groups, in particular Azerbaijanis, has its own specifics described by a number of authors. In particular, in the study of Kadyrova (2007) it is noted that belonging to a certain national group, manifested in the internalization of emotional and value aspects, can become part of the structure of personality identity.

According to the research of Kadyrova, it was revealed that Azerbaijanis have a high level of identification with their national group, which increases as the respondents grow older. Furthermore, the degree of identification correlates with the linguistic parameters: persons speaking the Azerbaijani language have a higher level of identification.

In addition, a study by Iacoviello et al. (2019) noted the role of intra-group status in identification with their national group. The authors argue that the relationship is closer in groups with low status, which can be explained by the search for collective support through assimilation with the group. A study by Kurzweil (2019) showed that national, ethnic, and other identities are situationally determined. Based on this provision, the author writes about the relationship of personal and social identity as a manifestation of various identities that determine a person. According to the author, the subject is able to successfully adapt the situational nature of social identity, while at the

same time the author recognizes its existential significance for personal identity. Weng and Yang (2014) note that social identity, in particular, ethnic identity, leads to a tendency to make decisions in favor of members of your own group. A study by foreign scholars showed the relationship of ethnic identity with mnemonic processes, in particular, it was found that the inclusion of the subject in an ethnic minority is a favorable factor for the development of his / her memory (Yang et al., 2008). In a society characterized by a high degree of transformational processes, there is a loss of stability, values and structuredness, which leads to the formation of a differentiated identity, which is an identity crisis, manifested in the loss of connectivity in one's life.

Overcoming the crisis of identity is associated with the representation in the context of sociocultural reality of a number of psychological phenomena, in particular:

- aspirations for self-regulation and self-actualization, which includes the internalization of social patterns,
- creating an image of the future represented by a system of life goals and personality strategies;
- consolidation of knowledge formed under the influence of sociocultural reality.

Foreign researchers note that the crisis of identity is manifested in the uncertainty of identity, which is accompanied by self-doubt

associated with group identification.

The authors argue that the uncertainty of social identity consists of two components: the uncertainty of identity (that is, the uncertainty regarding the identity of the group) and the uncertainty of belonging (that is, the uncertainty regarding belonging to the group) (Wagoner et al., 2017).

The research results of Kadyrova (2007), Kurzwelly (2019), Weng and Yang (2014), Iacoviello et al. (2019) suggest that identity is determined by nationality, which is relevant to the suggested hypothesis. Although the above studies provide valuable information about the characteristics of the identity of an adult, they nevertheless have limitations in describing the ethnocultural aspects of the psychological phenomenon being studied. This fact determines the timeliness to consider the issue of ethnocultural aspects of the identity of an adult. All of the above determined the direction of this empirical study.

### **Findings of the study**

The study of ethnocultural aspects of personality identity revealed the following results. A comparative analysis of the identity indicators of the Russian and Azerbaijani samples based on the Student's t-test criterion. As part of the study, we calculated the data obtained using the Student's t-test (Table 1).



**Table 1.** Comparison of psychological parameters of Russian and Azerbaijani samples (Student's t-test)

Variables	Azerbaijanis	Russians	t-value	p
Diffusion	5,67	8,34	-7,388	0,0000
Foreclosure	4,48	9,69	-3,407	0,0009
Moratorium	8,14	8,38	-0,325	0,7459
Achievement	7,48	7,72	-0,439	0,6616
Service	7,62	5,63	2,869	0,0048
Financial situation	7,81	6,15	0,362	0,7180
Inner world	7,64	5,75	2,643	0,0093
Health	6,40	5,49	0,309	0,7576
Family	8,50	7,49	0,780	0,4366
Acquaintances	8,00	8,32	-0,829	0,4087
Future	8,00	6,04	2,727	0,0073
Society	6,74	5,15	0,961	0,3384

*Comparative analysis of ego-identity indicators of the Russian and Azerbaijani samples.* The analysis of statistically significant differences on the diffusion identity scale in subjects demonstrates that Russians reliably differ in the severity of their ego-identity status with Azerbaijanis ( $t = - 7.39$  at  $p = 0,000$ ). In other words, for the Russian sample the lack of identity is predominantly characteristic. It was also revealed that Russians reliably differ in the severity of their ego-identity status with Azerbaijanis ( $t = - 3.41$  at  $p = 0.001$ ), which is confirmed by statistically significant differences on the “foreclosure” scale. It means that the Russian sample is predominantly characterized by the absence of its own search for goals, ideals, the existence of a system of values, beliefs and obligations formed under the influence of external circumstances.

*Comparative analysis of indicators of social identity of the Russian and Azerbaijani samples.* Analysis of statistically significant

differences on the “service” scale among subjects showed that Russians significantly differ in the level of social identity from Azerbaijanis ( $t = 2.87$  at  $p = 0.005$ ). In this regard, it can be argued that the Azerbaijani sample is mainly characterized by satisfaction with professional activities, confidence in its social significance.

*Comparative analysis of indicators of personal identity of the Russian and Azerbaijani samples.* It was also found that Russians significantly differ in the level of personal identity from Azerbaijanis ( $t = 2.64$  at  $p = 0.009$ ), which confirms the analysis of statistically significant differences on the scale of the “inner world”. In other words, the Azerbaijani sample is mainly characterized with its persistence in the implementation of its personal development plan. For the Russian sample, on the contrary, an identity crisis is lineament, which is manifested in the uncertainty of identity, which is accompanied by self-doubt

associated with group identification.

The analysis of statistically significant differences on the “future” scale among the subjects demonstrates that Russians significantly differ in the level of personal identity from Azerbaijanis ( $t = 2.73$  at  $p = 0.007$ ). In other words, the Azerbaijani sample is predominantly characterized by a desire to achieve their life goals, a willingness to possible revision of their life goals, independence in achieving goals.

Summarizing empirical data, it can be argued that Azerbaijanis have more pronounced manifestations of identity than Russians, which applies to both personal and social identities. The data obtained are correlated with the study of Kadyrova (2007), which notes that belonging to a particular national group, manifested in the internalization of values and emotional aspects, can become part of the identity structure of an adult. The results of an empirical study can be explained by the fact that identity as belonging to a certain group is more pronounced among Azerbaijanis, since collectivism, clannishness, the adoption of national and group norms, laws and rules are culturally characteristic of them. In the case of exclusion from a main group, it is difficult for them to experience this loss.

### **Discussion**

Analysis of statistically significant differences on the “diffuse identity” scale of the subjects demonstrates that Russians reliably differ in the severity of their ego-identity status from Azerbaijanis. According to the theory of

Soldatova (2007), in this case, the subjects have a disruption of the continuity and integrativity of the inner world. The Russian sample has a low degree of experiencing internal sameness, manifested in the understanding of life moments as a continuing sequence of certain events. In its turn, the Azerbaijani sample has a higher ability to construct its individuality in the space of options, refracted by the specifics of the modern era, and reference points of social reality.

It can be assumed that identification with one's national group is a dynamic result of the subject's self-identification, on the basis of which the alignment of personality with the sociocultural space is established, as well as identification with value orientations, motives, goals, behaviors in the context of a number of social spheres of an individual's life and activity. The results obtained are consistent with the research of Kadyrova (2007), it is noted that belonging to a certain national group, manifested in the internalization of value and emotional aspects, can become part of the structure of personality identity.

Analysis of statistically significant differences on the “service” scale in subjects shows that Russians significantly differ in the level of social identity from Azerbaijanis. The results are consistent with the study by Kurzwelly (2019), which showed that national, ethnic and other identities are situationally determined. Based on this provision, the author writes about the relationship of personal and social identity as a manifestation of various

identities that determine a personality. According to the author, the subject is able to successfully adapt the situational nature of social identity, while at the same time recognizing its existential significance for personal identity. Russian respondents show a loss of sustainability, values and structuredness, which leads to an identity crisis and manifests itself in a loss of coherence in their lives.

It was also found that Russians significantly differ in the level of personal identity with Azerbaijanis ( $t = 2.64$  at  $p = 0.009$ ), which is confirmed by the analysis of statistically significant differences on the scale of the “inner world”. In other words, the Azerbaijani respondents are mainly characterized by persistence in the implementation of their personal development plan. For the Russian sample, on the contrary, an identity crisis is characteristic, which is manifested in the uncertainty of identity accompanied by self-doubt associated with group identification.

It was also found that the Russians significantly differ in the level of personal identity from Azerbaijanis, which confirms the analysis of statistically significant differences on the scale of the “inner world”. The data obtained can be interpreted by the fact that for the Russian sample in the context of the lack of established sociocultural traditions, compared with Azerbaijanis, an identity crisis is characteristic, which manifests itself in an uncertainty of identity, which is accompanied by self-doubt

associated with group as well as national identification.

The analysis of statistically significant differences on the “future” scale among the subjects demonstrates that Russians significantly differ in the level of personal identity from Azerbaijanis. Accordingly, the identity of the Azerbaijani respondents is associated with self-actualization, as a person in the modern, constantly transforming world seeks stability, confirmation of his / her uniqueness, and utilization of his / her internal resources.

## **Conclusions**

To conclude, the results of the study show that Russian respondents in the sample are predominantly characterized by a low degree of identity, the absence of a personal search for goals and ideals, their system of values, beliefs and obligations is formed under the influence of external circumstances. Respondents demonstrate disturbed continuity and integrativity of the inner world. The Russian respondents have a low degree of experiencing internal identity sameness, manifested in the understanding of life moments as a continuing sequence of certain events. In its turn, the Azerbaijani sample has a higher ability to construct its individuality in the space of options, refracted by the specifics of the modern era, and reference points of social reality ( $p \leq 0,01$ , Student's t-test). It can be assumed that identification with one's national group is a

dynamic result of the subject's self-identification, on the basis of which the alignment of personality with the sociocultural space is established, as well as identification with value orientations, motives, goals, behaviors in the context of a number of social spheres of an individual's life and activity.

It was also revealed that the Azerbaijani sample is mainly characterized by satisfaction with professional activities, confidence in its social significance. While, Russian respondents show a loss of sustainability, values and structuredness, which leads to an identity crisis and manifests itself in a loss of coherence in their lives ( $p \leq 0,01$ , Student's t-test). Accordingly, the identity of the Azerbaijani respondents is associated with self-actualization, as a person in the modern, constantly transforming world seeks stability, confirmation of his / her uniqueness, and utilization of his / her internal resources.

For the Russian sample, on the contrary, an identity crisis is characteristic, which is manifested in the uncertainty of identity accompanied by self-doubt associated with group identification. There is a probability that there are factors other than ethnicity that determine various aspects of identity. In particular, it can be assumed that these factors include such as age, gender, family and education. Conducting additional research will give a more discrete picture of the formation of identity in various ethnic groups.

## References

- Autiero, G. (2015). Social and Personal Identities: Their Influence on Scholastic Effort. *Review of Social Economy*, 73(1), 19-33. doi: 10.1080/00346764.2014.986968
- Baldwin, M., Molina, L.E. & Naemi, P. (2018). Family ties: Exploring the influence of family legacy on self and identity. *Self and Identity*, 10, 1-21. doi: 10.1080/15298868.2018.1526820.
- Boer, J. (2008). Collective intention, social identity, and rational choice. *Journal of Economic Methodology*, 15(2), 169-184. doi: 10.1080/13501780801919139
- Boulu-Reshef, B. (2015). Toward a Personal Identity Argument to Combine Potentially Conflicting Social Identities. *Review of Social Economy*, 73 (1), 1-18. doi: 10.1080/00346764.2014.990745
- Chiang, L.L., Xu, A., Kim, J., Tang, L.R. & Manthiou, A. (2017). Investigating festivals and events as social gatherings: the application of social identity theory. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 34(6), 779-792. doi: 10.1080/10548408.2016.1233927
- Davis, J.B. (2009) The Capabilities Conception of the Individual. *Review of Social Economy*, 67(4), 413-429. doi: 10.1080/00346760903254250
- Ellemers, N., Pagliaro, S. & Barreto, M. (2013). Morality and behavioural regulation in groups: A social identity approach. *European Review of Social Psychology*, 24(1), 160-193. doi: 10.1080/10463283.2013.841490
- Erickson, E. (2006). Identichnost': yunost' i krizis [Identity: youth and crisis]. M.: Flinta [in Russian]. p.342.
- Freud, Z. (1991). Vvedenie v psikhoanaliz [Introduction to psychoanalysis]. M.: Nauka [in Russian].
- Gómez, Á. & Vázquez, A. (2015) Personal identity and social identity: two different

- processes or a single one? *Revista de Psicologia Social*, 30(3), 468-480. doi: 10.1080/02134748.2015.1065091
- Iacoviello, V., Lorenzi-Cioldi, F. & Chipeaux, M. (2019). The identification-similarity relationship as a function of ingroup status: A social identity perspective. *Self and Identity*, 18(6), 685-708. doi: 10.1080/15298868.2018.1513375
- Jongman-Sereno, K.P. & Leary, M.R. (2018). Self-judgments of authenticity. *Self and Identity*, 10, 1-32. doi: 10.1080/15298868.2018.1526109
- Kadyrova, R. (2007). O nekotorykh sotsial'no-psikhologicheskikh aspektakh razvitiya natsional'noi identichnosti azerbaidzhanskoi molodezhi [On some socio-psychological aspects of the development of national identity of Azerbaijani youth]. *Kavkaz i globalizatsiya – The Caucasus and globalization*, 3, 93-104 [in Russian].
- Klochko, V.E. & Lukyanov, O.V. (2009). Lichnostnaya identichnost' i problema ustoychivosti cheloveka v menyayushchemsya mire: sistemno-antropologicheskii rakurs [Personal identity and the problem of human stability in a changing world: system-anthropological perspective]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of Tomsk state University*, 324, 333-336 [in Russian].
- Kozlova, E.G. (2015). Sovremennoe ponimanie professional'noi identichnosti lichnosti [Modern understanding of professional identity]. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem. Elektronnyi zhurnal VAK – Modern studies of social problems. Electronic journal of the WAC*, 3, 451-460 [in Russian].
- Kuppens, T., Yzerbyt, V.Y., Dandache, S., Fischer, A.H. & Schalk, J. (2013). Social identity salience shapes group-based emotions through group-based appraisals. *Cognition and Emotion*, 27(8), 1359-1377. doi: 10.1080/02699931.2013.785387
- Kurzweily, J. (2019). Being German, Paraguayan and Germanino: Exploring the Relation Between Social and Personal Identity. *Identity*, 19(2), 144-156. doi: 10.1080/15283488.2019.1604348
- Levine, M. & Manning, R. (2013). Social identity, group processes, and helping in emergencies. *European Review of Social Psychology*, 24(1), 225-251. doi: 10.1080/10463283.2014.892318
- Marcia, J.E. (2002). Identity and Psychosocial Development in Adulthood. *Identity*, 2(1), 7-28. doi: 10.1207/S1532706XID0201\_02
- McIntyre, J.C., Worsley, J., Corcoran, Rh., Woods, P.H. & Bentall, R.P. (2018). Academic and non-academic predictors of student psychological distress: the role of social identity and loneliness. *Journal of Mental Health*, 27(3), 230-239. doi: 10.1080/09638237.2018.1437608
- McLean, K.C. & Pasupathi, M. (2012). Processes of Identity Development: Where I Am and How I Got There. *Identity*, 12(1), 8-28. doi: 10.1080/15283488.2011.632363
- Perevozkina, Yu.M., Veterok, E.V. & Andronnikova, O.O. (2016). Rolevye viktimnye kharakteristiki muzhchin i zhenshchin s raznym profilem funktsional'noi asimmetrii mozga [Role victim characteristics of men and women with different profiles of functional asymmetry of the brain]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – Bulletin of Novosibirsk state pedagogical University*, 6(5), 88-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.15293/2226-3365.1605.06> [in Russian]
- Schwartz, S.J. (2001). The Evolution of Eriksonian and, Neo-Eriksonian Identity Theory and Research: A Review and Integration. *Identity*, 1(1), 7-58. doi: 10.1207/S1532706XSCHWARTZ
- Soldatova, E.L. (2007). Struktura i dinamika normativnogo krizisa perekhoda k vzroslosti

[Structure and dynamics of the normative crisis of transition to adulthood]. Chelyabinsk: Publishing house of SUSU [in Russian].

Tavitian-Elmadjian, L., Bender, M., Van de Vijver, F.J.R., Chasiotis, A. & Harb, C. (2020). Autobiographical recall of mastery experiences is a mechanism of self-affirming under social identity threat. *The Journal of Social Psychology, 160*(1), 39-60. doi: 10.1080/00224545.2019.1606775

Wagoner, J.A., Belavadi, S. & Jung, J. (2017). Social identity uncertainty: Conceptualization, measurement, and construct validity. *Self and Identity, 16*(5), 505-530. doi: 10.1080/15298868.2016.1275762

Weisskirch, R.S. (2019). Grit Applied Within: Identity and Well-being. *Identity, 19*(2), 98-108. doi: 10.1080/15283488.2019.1604345

Weng, W. & Yang, F. (2014). The impact of social identity on trust in China: experimental evidence from cross-group comparisons. *Applied Economics, 46*(16), 1855-1860. doi: 10.1080/00036846.2014.887196

Yang, H., Liao, Q. & Huang, X. (2008). Minorities remember more: The effect of social identity salience on group-referent memory. *Memory, 16*(8), 910-917. doi: 10.1080/09658210802360629

Zomeran, M., Kutlaca, M. & Turner-Zwinkels, F. (2018). Integrating who «we» are with what «we» (will not) stand for: A further extension of the Social Identity Model of Collective Action. *European Review of Social Psychology, 29*(1), 122-160. doi: 10.1080/10463283.2018.1479347

Recibido: Septiembre, 2019 • Aceptado: Enero, 2020

## *Revisão Sistemática da dinâmica neuropsicológica no adicto*

### *Revisión sistemática de la dinámica neuropsicológica en el adicto*

Silvestre Falcão Santana  
Universidad de Flores

\*Contacto: [sfalcaos@hotmail.com](mailto:sfalcaos@hotmail.com)

**Resumen:** Este artículo de revisión sistemática tiene por objeto presentar el fenómeno de la neuroplasticidad en la dependencia y la abstinencia del uso indebido de drogas, así como su intervención y contribución para la intervención con el adicto a través del método denominado siete pasos del proceso terapéutico de recuperación. Actualmente, no hay suficientes estudios que relacionen la neuroplasticidad como un proceso neuropsicológico que contribuya a la aplicación de este método, que es una creación contemporánea e inédita del autor, desarrollada y observada en un centro de tratamiento de dependientes químicos llamado Pequena Comunidade de Jesus em Serra -ES Brasil. Este enfoque puede contribuir a varios modelos de tratamiento para los adictos, de modo que además de contener la enfermedad adictiva, también contribuye a la evolución existencial del individuo. Como resultado, se discuten las implicaciones de la neuroplasticidad en el cerebro del adicto como factor de transformación a través de los estímulos de su contexto social, que, junto con el método de los siete pasos, sirven como un refuerzo que causa cambios mentales y de comportamiento en el escenario del adicto en recuperación. Como discusión y conclusión señaló que las experiencias vividas y las personas cercanas al adicto pueden ser desencadenantes neuropsicológicos para contribuir positivamente a su proceso terapéutico de recuperación.

**Palabras Clave:** Neuropsicología, adicção, neuroplasticidade, tratamento.

**Abstract:** This systematic review article aims to present the phenomenon of neuroplasticity in dependence and abstinence from drug abuse, as well as its intervention and contribution to the addict through a method called seven steps of the therapeutic process of recovery. Currently, there are not enough studies that relate neuroplasticity as a neuropsychological process that contributes to the application of this method, which is a contemporary and unprecedented creation by the author, developed and observed in a treatment center for drug addicts called Little Community of Jesus in Serra -ES, Brasil. This approach can collaborate for several treatment models for addicts, so that in addition to containing the addictive disease, it also contributes to the individual's existential evolution. As a result, the implications of neuroplasticity in the addict's brain as a transformation factor through stimuli from his social context are discussed, which, together with the seven-step method, served as reinforcers that caused mental and behavioral changes in the addict's scenario in recovery. As a discussion and conclusion, he observed that the experiences lived and people who are close to the addict can be neuropsychological activators to contribute positively in their therapeutic recovery process.

**Keywords:** Neuropsychology, addiction, neuroplasticity, treatment.

### **Delimitação do objeto de estudo**

O cérebro humano não é um circuito rígido, portanto o sistema nervoso cerebral tem poder adaptativo de provocar mudanças de comportamento no ambiente e de se reorganizar a partir de novas experiências que surgem das necessidades e desejos do indivíduo. Através de repetições persistentes de ações conexas de mudanças de hábitos no meio social ocorre o fenômeno chamado neuroplasticidade - plasticidade neuronal. Desta forma o cérebro pode sofrer mudanças de acordo com as experiências vividas do indivíduo em seu contexto, ou seja, uma adaptação neural de comportamento.

A neuroplasticidade acontecerá sempre a partir de estímulos no qual o indivíduo é submetido (Chopra y Tanzi, 2013). O cérebro ao receber novas informações através de velocidade e repetição, faz registro do que recebe com objetivo de influenciar novos comportamentos. Esta capacidade do cérebro de reorganizar seu sistema sensorio-perceptivo promove adaptação às novas atividades de aprendizagem, o que se torna um elemento fundamental para que ocorra o funcionamento de um novo estilo de vida no adicto em recuperação. Segundo Doidge (2018) o adicto mostra a perda de controle de suas atividades através de sua compulsividade e suas consequências negativas. Ele desenvolve tolerância necessitando de níveis mais altos de estímulos para sua satisfação, sofrendo de abstinência quando não faz uso de sua droga. A sua adicção envolve uma mudança

neuroplástica, pois todo uso de drogas ativam o neurotransmissor do prazer no cérebro que é a dopamina. Ela é um transmissor de recompensa, pois quando realizamos algo, nosso cérebro estimula sua liberação. Ainda segundo Doidge (2018) os vícios interferem diretamente no cérebro que produzirá uma proteína, chamada delta-FosB, que vai se acumulando e ativando um “interruptor” genético que causa mudanças que persistem muito tempo depois que a droga é suspensa, levando a danos irreversíveis no sistema dopaminérgico e com maior predisposição ao vício.

São os “centros do prazer” no sistema límbico dopaminérgico que se processa as emoções, pois é um sistema cerebral de recompensa. Doidge (2018) apresenta que o adicto ao usar cocaína, baixa o limiar de ativação dos centros do prazer, fazendo-o se excitar apetitosamente para qualquer outra forma de prazer. Ou seja, plasticamente o adicto busca o prazer fácil não somente em sua droga de preferência, mas também em suas atitudes adictivas que causam emoção.

O cérebro condicionado e adaptado a repetições do uso de drogas, faz com que o adicto tenha pouca motivação para abstinência, ou seja, tenha pouca consciência e desejo de parar com seu uso. Desta forma ele não consegue, porque no seu cérebro apresenta fortes registros reforçadores de ativa que o condicionou para o comportamento repetitivo insano. Devido a este condicionamento de ativa nas drogas é que se justifica a importância do



adicto chegar ao fundo de poço, com grandes perdas e prejuízos, o que deverá provocar um despertar produzindo energia motivacional para a mudança. Desta forma considero que tais evidências expressam a neuroplasticidade motora e sensorial do cérebro como um componente importante que agrega a um processo terapêutico para as repetições de novos hábitos conductuais no meio social.

O Centro de Tratamento para Dependentes Químicos o CTDQ - PCJ, localizado na cidade de Serra- Brasil proporciona aos seus residentes o método de tratamento chamado Sete Passos do Processo Terapêutico de Recuperação (PTR): 1º Passo – Aceitação, admissão da doença adictiva e abertura pessoal na relação de ajuda; 2º Passo - Propósito, firme decisão para mudança de estilo de vida; 3º Passo - Identificação, perceber fatores que caracterizam e alimentam a doença adictiva; 4º Passo – Leitura, visão da dinâmica do contexto do que foi identificado; 5º Passo - Desdobramento de consciência, Inserir novos registros mentais no lugar de velhos registros; 6º passo - Movimento contrário, ter uma conduta diferente e oposta da doença adictiva ; 7º Passo - Angústia da Recuperação, agir com integridade emocional diante dos desafios do cotidiano (Teixeira y Falcão, 2018). Este método ocorre através da convivência dos residentes no período de internação, como também na pós internação.

E sendo, esse método de natureza neuropsicosocial, ele é subjetivo e intrínseco, redesenhando o caráter neuropsicológico

comportamental do adicto em recuperação. Esse processo de sete passos ocorre de forma sequencial ou alternado, e pode ser considerado um mecanismo para o desempenho da neuroplasticidade. O desempenho persistente do adicto nos sete passos promoverá sua recuperação, adquirindo assim, a plasticidade em usar o que aprendeu nas diversas situações e necessidades do cotidiano.

Ocorre, então uma confluência entre o mecanismo da neuroplasticidade com o processo dos sete passos. Os sete passos podem mostrar que os hábitos das pessoas com adicção podem ser modificados ao longo de suas vidas, como por exemplo, Nordengen (2018, p. 58) refere-se ao fato de que "a personalidade está tão intimamente ligada ao cérebro com o que nascemos e com a educação que recebemos", criando assim, mudanças de hábitos. Algumas regiões do cérebro ativam a ocitocina que é um neuromodulador que tem a capacidade de eliminar o comportamento aprendido de conexões neuronais existentes para a formação de novas ligações possibilitando novos padrões de aprendizagem. Enquanto, a dopamina nos deixa eufóricos e excitados, a ocitocina induz ao estado de tranquilidade, ternura e ao sentimento de dedicação e compromisso (Santana, 2019). Doidge (2018) os neurotransmissores são liberados nas sinapses para excitar ou inibir neurônios, e os neuromoduladores aumentam ou diminuem a eficácia global das conexões sinápticas e criam mudança duradoura. Quando nos apaixonamos, é liberado o neuromodulador

cerebral ocitocina que às vezes é chamado de neuromodulador do compromisso porque reforça os laços afetivos. Assim como o adicto resistente em sua ativa se apaixonou pela sua droga de preferência, o adicto com seu propósito, 2º passo do PTR, de recuperação se apaixonou pela mudança e evolução pessoal.

Considerando o fator neuropsicológico, ocorre uma estreita relação do método dos 7 passos, com a ocitocina, mais especificamente no propósito e movimento contrário, 2º e 6º passo do PTR que se torna um instrumento importante em relação ao condicionamento cerebral repetitivo, pelo fato do adicto ter-se acomodado em comportamentos de riscos, prejuízos, traumas e perdas. Esses dois passos estimulará o recuperando ao descondicionamento da conduta insana repetitiva que se adaptou no nível cerebral.

Além do condicionamento cerebral, alguns adictos, também apresentam dificuldades de parar com o uso de drogas por uma questão psicossocial, 1º passo do PTR. Existem fontes intrapsíquicas que alimentam a doença adictiva sendo canal que viabiliza a permanência do uso. Essas fontes são desordens subjetivas, complicações emocionais, que se aliam a desordens objetivas, complicações sociais, fazendo uma aliança que dificulta a pessoa na construção de um novo estilo de vida com movimentos contrários, 6º passo do PTR, à sua doença adictiva. Dentro deste contexto psicossocial considero que o mecanismo cerebral de tolerância e de sensibilização são barreiras

para a recuperação, se fazendo necessário então identificar, 3º passo do PTR, as questões que precisam ser superadas.

De acordo com Nordengen (2018) a personalidade é uma combinação de material genético único e experiências singulares que levam conexões neuronais particulares ao nosso cérebro, relacionando-se, nesse contexto com a identidade adictiva, como uma expressão da natureza deteriorada pela progressão da doença que deformou áreas internas e externas do adicto e em diversas dimensões de sua vida. Essa deterioração acontece e se revela através das consequências da doença adictiva no meio em que a pessoa vive. E assim a identidade adictiva se torna o resultado da doença adictiva, através de comportamentos insanos que se desajustam dos padrões da boa convivência social.

Doidge (2018) a neuroplasticidade que promove a mudança, também pode levar à rigidez e à repetição cerebrais, pois o cérebro plástico só será alterado através dos estímulos de contato e interação. O adicto que desenvolveu hábitos e posturas insanas será difícil corrigir, mas se ele desenvolve um novo estilo de funcionamento psicossocial, seus hábitos e postura serão solidificados, pois nossos neurônios alteram sua estrutura e fortalecem as conexões sinápticas entre eles enquanto aprendemos. Em recuperação, ele precisará admitir constantemente suas necessidades de ser e estar inserido no meio social, consciente que experimentará eventuais angústias de recuperação, 1º e 7º passo do PTR.

O cérebro juntamente com o método dos sete passos pode interferir no processo de desconstrução da identidade adictiva de forma eficaz e assertiva oferecendo sua parte de contribuição em moldar uma nova identidade a partir de modelos subjetivos e objetivos. Os modelos subjetivos para construção da nova identidade é tudo que se refere a princípios internos que reconstrói valores de dignidade humana. Os modelos objetivos refere-se a mudança de hábitos, lugares e pessoas, ou seja, busca de qualidade de vida dentro do cotidiano social. A neuroplasticidade tem participação importante, com novos caminhos neurais, de inserir o recuperando numa nova cultura que promova o ajustamento de uma nova identidade na integração e convivência social, apresentando assim, novas posturas no relacionamento interpessoal.

A ação cognitiva é fundamental para que o recuperando aprenda com os próprios erros de quando estava em seu abuso de drogas e também quando internado em comunidade terapêutica. Desta forma ele vai reprogramando suas atitudes e instalando novo padrão de funcionamento com novas habilidades sociais expressando assim competências do universo de recuperação. A neuroplasticidade contribui para que o adicto desenvolva novas maneiras de ser, resignificando assim, sua presença no meio social. Esse é um longo processo que se houver perseverança e disciplina contribuirá também para extinção de estigmas que ele trouxe de sua ativa nas drogas. Mas para que todo esse

processo transformador aconteça são importantes estímulos eficientes por parte de pessoas e instituições que se encontram na relação de ajuda.

Para Doidge (2018), quando a aprendizagem ocorre de acordo com as leis que regem a plasticidade cerebral, o estado mental do sujeito poderá se aperfeiçoar e aprender e perceber com maior precisão velocidade e retenção, ou seja, o córtex cerebral refina seletivamente a capacidade de se adaptar a cada tarefa. O recuperando que se mantém em processo terapêutico de recuperação pode sustentar seus hábitos e estilo de vida seletiva em sua capacidade plástica. Os neurônios podem receber sinais excitatórios e inibitórios. Cabe ao recuperando filtrar os elementos circunstanciais de seu cotidiano e com seu propósito exercer tudo que é excitante e inibitório que venha promover sua recuperação.

O recuperando ao fazer a leitura, 4º passo do PTR, terá os seus neurônios treinando seu processamento de dados mentais mais eficientes, tornando a velocidade do pensamento mais plástica, ou seja, mais rápida através do exercício cerebral. E este treinamento deve acontecer sempre a partir de uma identificação bem feita, 3º passo do PTR. Doidge (2018) é importante dar ao cérebro o estímulo certo, na ordem e no tempo certo para promover a mudança plástica, treinando-o para funções mentais diversas, 3º passo do PTR. O cérebro oferece ao indivíduo, e em especial ao adicto a possibilidade de aprender, desaprender e

reaprender no que se refere tanto a doença adictiva instalada, quanto ao seu investimento de recuperação. Inserir registros novos e romper com os velhos faz parte do caminho para um novo estilo de vida através de diversos desdobramentos de consciências, 5º passo do PTR.

A neuroplasticidade envolve as diferentes substâncias químicas que estão envolvidas no aprendizado - neurônios se juntam, e no desaprendizado - neurônios se desprendem. A natureza humana tem um potencial plástico para capacidade de mudança, 6º passo do PTR. Mas as mesmas propriedades neuroplásticas que flexibilizam a mudança cerebral e comportamental, também podem nos levar a um estado mental e comportamental mais rígido. Vivemos num mundo multicultural, portanto nosso cérebro se encontra nesse paradoxo plástico. O adicto é convidado a fazer mudança de sua cultura mental com novos costumes e novas maneiras de perceber, de sentir e de agir no mundo, o que geralmente é acompanhado por desconfortos internos, 7º passo do PTR.

Enfim, a ação simultânea entre a neuroplasticidade e o método dos sete passos do PTR em relação à adicção, permite a capacidade cerebral de utilizar os mecanismos de adaptação que contribui na superação dos danos adictivos, assim como possibilita ao adicto experimentar novas habilidades mentais e comportamentais em seu processo de recuperação.

### **Objetivo**

Conhecer os materiais científicos publicados a cerca do fenômeno da adicção e neuropsicologia considerando o mecanismo da neuroplasticidade e os sete passos como um método de recuperação nos indivíduos com identidade adictiva.

### **Método**

Se levou adiante uma busca baseada em Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) obtendo 4.409 artigos. Ao final do desenvolvimento da presente investigação se selecionou os artigos publicados em 2019 e no idioma em espanhol e português, como disciplina a psicologia, obtendo um total de 2 trabalhos. Se destacou que no ano de 2015 se produziram a maior quantidade de publicação de artigos com total de 369.

Se levou adiante uma busca baseada em REDIB Red (Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico) obtendo 3 artigos. Ao final do desenvolvimento da presente investigação se selecionou os artigos publicados em 2019 e no idioma em espanhol e português, como disciplina a psicologia, obtendo um total de 3 trabalhos desenvolvimento da presente investigação se selecionou os artigos publicados em 2019 e no idioma em espanhol e português, como disciplina a psicologia, obtendo um total de 6 trabalhos. Se levou adiante uma busca baseada em Google Académico baseado no nome do artigo obtendo 570 artigos. Ao final do desenvolvimento da presente investigação se selecionou os artigos publicados em 2019 e no

idioma em espanhol e português, como disciplina a psicologia, obtendo um total de 6 trabalhos.

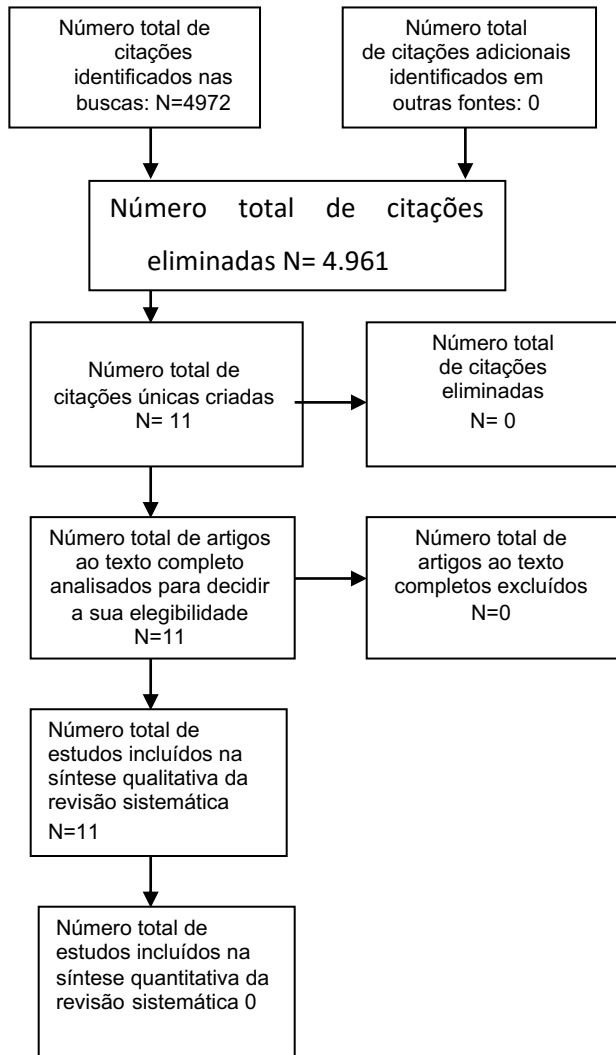


Figura 1. Diagrama de Fluxo

## Resultados

Existem diferentes tratamentos e métodos de intervenção para o tratamento de adictos. Mas deve-se considerar que cada terapeuta se identifica com um método específico na

intervenção com seus pacientes, assim como também cada adicto reagirá em seu processo de mudança pessoal de acordo o método que lhe for aplicado, já que não existem tratamento e método único para todos os terapeutas e adictos em recuperação. Esta abordagem multidisciplinar é relatado por Casari et al (2019) que é sugerida pelo National Institute of Drug Addiction - NIDA -(2010).

As equipes psicossociais nas políticas públicas sobre drogas encontram diversas dificuldades como apresentam Olivares-Aising et al (2019): pela falta de uma teoria social e precárias condições laborais e sociais, falta de reconhecimento, escassez de sistematização aos atendidos, falta de uma teoria social que ofereça base às ações de políticas públicas, falta de definições e posicionamentos de políticas publicas, alta rotatividade de profissionais e com limitados espaços de encontros, negação da subjetividade, emoções e expressão de afetos, falta de valorização aos sujeitos como seres completos e complexos que constituem e são constituídos por um contexto particular, e falta de uma programação integral. Bolanños et al (2013) apresentam em seu estudo científico múltiplos benefícios da prática de meditação, porém nesta pesquisa não encontrei uma colaboração teórica para o tema específico da neuroplasticidade e os sete passos do processo terapêutico de recuperação. O mecanismo da neuroplasticidade em conjunto com o método dos sete passos do PTR oferece ao adicto a possibilidade de conter a compulsão ao uso de

drogas proporcionando assim a sua abstinência. Introzzi et al. (2014) através do estudo da inibição conductual medido com o sinal de parada em corrida de cavalos entenderam a relevância de diferentes tarefas específicas e atraentes dentro de um programa específico.

Podell et al. (2012) consideram que os lobos frontais são fundamentais para a tomada de decisão centrada nos agentes. Este entendimento vem confirmar a importância da vivência dos sete passos do PTR e a intervenção neuropsicológica que faz o adicto em recuperação se decidir em administrar melhor a realidade de seu contexto com perdas e ganhos, realizando assim suas preferências a partir de sua cognição, e considerando sua subjetividade humana. O abuso de drogas produz danos neuropsicológicos atacando regiões e sistemas cerebrais do indivíduo, como demonstram Rodrigues et al (2019).

Com a plasticidade cerebral tais desordens promovem a inadequação social, porém se o adicto exercita os sete passos do PTR a plasticidade contribuirá para ordenar a adequação social através de novos hábitos de funcionamento psicossocial. O desenvolvimento da dependência química no indivíduo afeta seu nível psicológico e social, pois em concordância com Rojas et al (2019) ocorre mudanças estruturais e funcionais em substâncias neuroquímicas do sistema de recompensa cerebral.

Ocorre então, distúrbios neurocognitivos de: atenção, memória, funções de longo prazo,

habilidades visuoespaciais, agressividade, sintomas ansiosos e depressivos, sendo um risco grave para integridade neuropsicosocial.

A pesquisa de Vallejo Reyes (2019) sobre avaliação da função executiva em usuários com dependência de pasta base de cocaína mediante uma bateria neuropsicológica, não foi encontrado dados que pudesse contribuir com este artigo. Há uma concordância entre Carmona et al. (2019) e Oliveira et al. (2019) de que o adicto traz consigo sintomas pré frontais refletido na alteração de seu comportamento e no ambiente que vive, de forma a produzir um déficit no seu funcionamento social em decorrência da mudança do seu padrão de personalidade. Eles relatam os impactos neuropsicológicos devido ao uso de drogas com prejuízos, comportamentais, emocionais e cognitivas, e implicações no tratamento.

Há uma diversidade de variáveis neuroplásticas que interferem no desenvolvimento da doença adictiva, mas que também podem contribuir para o processo terapêutico de recuperação.

Os estudos de García Fernandez, García y Secades (2011) sobre a reversibilidade de distúrbios neuropsicológicos referente a função executiva e tomada de decisões no funcionamento psicossocial para o sucesso do tratamento se alinha com a junção da neuroplasticidade com diversos métodos de intervenção, inclusive nos sete passos do PTR.

**Tabela 1.** Estudos selecionados de Neuropsicologia e adicção

<b>Autores</b>	<b>População</b>	<b>Método/Instrumento</b>	<b>Resultados</b>
Martín et al.	429 Terapeutas	Questionário	Relevância da experiência profissional dos terapeutas em adicção
Olivares Aising y Barrera.	3 equipes de profissionais de saúde mental	Avaliação participativa: matriz de necessidades, de satisfações e entrevistas	Falta de uma teoria social e as precárias condições laborais e sociais
Sarmiento Bolaños y Gomez Acosta	Pessoas que praticam meditação	Técnica de meditação	Múltiplos benefícios da meditação
Introzzi et al.	Consumidores de cocaína: 43 participantes	Corrida de cavalos	Inibição conductual medido com o sinal de parar
Podell , Funk, y Goldberg	Usuários de drogas	Testes	Testes/Tomada de decisão centrada no agente
Da Silva	Avaliação de 170 adolescentes	Estudo comparativo	Consumo de cristal - diferentes prejuízos neuropsicológicos
Rojas et al.	Usuários de cocaína	Seleção de artigos	Alterações neuropsicológicas
Vallejo Reyes	Grupos de adictos	Estudo comparativo	Déficits cognitivos em consumidores de Cocaína afetando a memória
Mendoza, Lopes y Cuello	Sujeitos com alterações cerebrais	Avaliação / Entrevistas	Sequelas neuropsicológicas em adictos
Oliveira et al.	Não mencionado	Artigos analisados	Impactos neuropsicológicos em adictos
García Fernández et al.	Grupo de 50 adictos de cocaína e um grupo de controle de 22 sujeitos	Estudos clínicos	Alterações nas funções executivas

## Discussão

Esta pesquisa possibilitou fazer uma releitura clínica dentro de um campo empírico, transcorrendo a história do CTDQ-PCJ por mais de trinta anos. Esse espaço e tempo foi o vetor para a criação e desenvolvimento do método dos sete passos do PTR que foi testado e retestado continuamente com experimentos práticos dentro do cotidiano desta Instituição.

E nesta pesquisa resgato da atualidade a neuropsicologia com seu nobre elemento da neuroplasticidade para enriquecer a efetividade desta intervenção terapêutica.

Neste presente trabalho se encontrou a dinâmica significativa entre a neuroplasticidade e o método dos sete passos do PTR apresentando o grau de envolvimento entre ambos, em relação à dependência química. Nesse sentido, a relação do método dos sete passos do PTR é concomitante com os mecanismos cerebrais que cooperam efetivamente de forma a influenciar positivamente na sua recuperação, tal como refere Nordengen (2018), pois os humanos tem um cérebro desenhado para permitir a colaboração e executar ordens, sendo um processo decisivo para o funcionamento social. Esta dinâmica tem por objetivo final ser uma

ação terapêutica determinante para mudança neuropsicosocial do indivíduo.

Mesmo que ainda não tenhamos alcançado uma cura, mas é de grande interesse para a ciência e para as políticas antidrogas, encontrar meios assertivos para o tratamento da adicção, de forma que aqui apresento mais uma alternativa de tratamento enfatizando a conexão da plasticidade com os sete passos. Por isto que a proposta deste trabalho foi de descrever de forma sintética aspectos relevantes da neuropsicologia dentro do processo de recuperação do adicto. E sua importância se constitui na proposta de um novo e efetivo método, sete passos do PTR que vem para somar e não desconsiderar tantos outros que já existem.

O método de tratamento aqui apresentado compreende processos tanto de contenção da progresso da doença adictiva, abstinência, quanto também promove uma reconstituição mental e comportamental para um novo estilo de vida, sobriedade, ordenada intrínseca e extrinsecamente. E a importância prática da aplicação deste método é que pode se estender não somente aos adictos, mas também aos seus familiares e as pessoas em geral, de forma a alcançar qualquer outro tipo de demanda que não seja somente ao da adicção.

Por fim, é importante ressaltar que a neurociência tem contribuído e poderá contribuir ainda mais, oferecendo uma perspectiva positiva no tratamento da adicção em conjunto com algum método terapêutico. Tem-se muito ainda que pesquisar sobre a flexibilidade cerebral

como resultante do mecanismo da neuroplasticidade, o que favorecerá muito nas intervenções com adictos, assim como destaquei aqui a dos sete passos do PTR.

## Referências

- Casari, L. M., Ison, M. S. & Gómez, B. (2019). Estilo Personal del Terapeuta: comparación entre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 57-73.
- Chopra, D., Tanzi, R. (2013). *Super cérebro*. Alaúde Editorial.
- \*Da Silva, Ch., Carvalho, P. & Pombo, P., Gómez, J. (2019). Alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de la Dextro-metil-anfetamina en adolescentes mexicanos. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(1), 15-22.
- Doidge, N. (2018). *O cérebro que se transforma*. 11ª edição. Record.
- \*García Fernández, G., García, O. & Secades, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 159-165.
- \*Introzzi, I. R., Comesaña, A. & Canet Juric, L. (2014). El paradigma stop signal como medida de inhibición conductual. médicas uis *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander*, 27(3), 89-98.
- \*Martín, L; Ison, M. & Gómez, B. (2019). Estilo Personal del Terapeuta: comparación entre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general. *Revista Costarricense de Psicología* 38(1), 57-73.
- \*Mendoza, L., Lopes, M & Cuello, P. (2019). Sobre La sintomatología prefrontal y lãs



adicciones en la vida cotidiana. *Revista eletrónica de psicología Iztacala*, 22(1), 187-205.

\*Olivares Aising, D. y Barrera, M. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas*, 18(2) 70-85.

\*Nordenger, K. (2018). *Tu super cerebro*. Paidós.

\*Oliveira, A., Tida, L., Marquezi, L. Fujiko, R. & Ramos, M., et al. (2019). Alterações de neuropsicológicas decorrentes de substâncias psicoativas: prejuízos cognitivos e implicações para o tratamento. *Revista Saúde Pública*, 2(1), 148-158.

\*Podell, K., Funk, B. & Goldberg, E. (2012). Agent Centered Decision Making in Normal and Abnormal Cognition. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4(2), 32-42.

\*Rojas, H., Triviño, M., Guzmán, A. & Olaya, H. (2019). Repercusiones neuropsicológicas del consumo de bazuco: una revisión de la literatura. *Informes Psicológicos*, 19(2), 125-142.

Santana, S. (2019). *A identidade adictiva y sus interferencias en el proceso de recuperacion social*. Universidad Kennedy. Doctorado em Psicologia Social. Tese no publicada.

\*Sarmiento Bolaños, M. & Gómez Acosta, A. (2013) Mindfulness. Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 140-155.

Teixeira, R. & Falcão, S. (2018) *Porque a gente é assim: abordagem terapêutica sistêmica e corporal na dependência química - uma*

*visão e intervenção psicossocial*. 1a edição. São Paulo. Conexão Nacional.

\*Vallejo Reyes, F. (2019). Evaluación de la Función Ejecutiva en Usuarios con Dependencia de Pasta Base de Cocaína Mediante una Bateria Neuropsicológica. *Psyche*, 28(1), 1-17.

Recibido: Septiembre, 2019 • Aceptado: Febrero, 2020