

ACTA DE LA XXI EDICIÓN DEL PREMIO DE PSICOLOGIA "RAFAEL BURGALETA"

Reunidos a las 17.00 horas el Jurado designado por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, integrado por D^a Cristina Álvarez Peregrina, D. Roberto Domínguez Bilbao, D^a Ana María Ozcariz Arriaza, D. Miguel Ángel Santed Germán y D. Juan Carlos Duro Martínez, acuerdan lo siguiente, conceder el

PRIMER PREMIO «EXA-EQUO»:

- Prueba de evaluación de estrategias de resumen (RESUMeV). Elaboración de una prueba estandarizada para Primaria, Secundaria y Universidad.
- Terapia de Aceptación y Compromiso vs. Terapia Cognitivo-Conductual para cuidadores familiares de personas con demencia: resultados de un estudio aleatorizado.

ACCÉSIT:

- Factores de vulnerabilidad psicológica en mujeres víctimas de agresión sexual.

Una vez abiertas las plicas los autores han resultado ser:

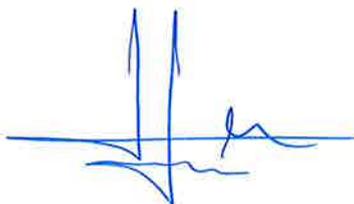
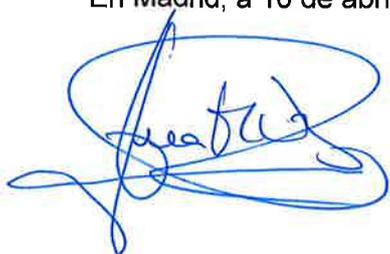
PRIMER PREMIO «EXA-EQUO»:

- D. José A. León Cascón, D. José D. Moreno Pérez y D^a Lorena A. Martín Arnal.
- D. Andrés Losada Baltar, D^a María Márquez González, D^a Rosa Romero Romero, D. Javier López Martínez, D^a Virginia Fernández Fernández y D^a Celia Nogales González.

ACCÉSIT:

- D^a M^a Ángeles de la Cruz Fortún, D^a M^a Elena de la Peña Fernández y D. José Manuel Andreu Rodríguez.

En Madrid, a 10 de abril de 2014



Prueba de evaluación de estrategias de resumen (RESUM_eV)

Elaboración de una prueba estandarizada para Primaria,
Secundaria y Universidad.

LEMA

(RESUM_EV)

ÍNDICE

Ficha técnica	4
1. Introducción	5
2. Fundamentación teórica: Procesos cognitivos que intervienen en la comprensión lectora y el resumen	10
2.1 Modelo teórico	10
2.2 El resumen en los procesos de comprensión y de competencia lectora	11
2.3 ¿Qué se entiende por resumir?	13
2.4 Niveles de representación y estrategias de resumen	14
2.5 El resumen y las estrategias metacognitivas	18
2.6 La tarea de resumen. Algunos criterios de evaluación	20
2.7 Criterios generales de evaluación de resúmenes para todos los textos	21
3. Proceso de desarrollo del RESUMEN	23
4. Descripción general	24
4.1 Finalidad	24
4.2 Ámbito de aplicación	25
4.3 Contenido y estructura	25
4.4 Puntuaciones	33
4.5 Materiales	34
4.5.1 Manual	34
4.5.2 Hoja de respuestas	34
5. Normas de aplicación	35
5.1 Recomendaciones generales	35
5.1.1 Condiciones de evaluación	35
5.1.2 Procedimientos básicos recomendados y buenas prácticas	36
5.1.3 Requisitos del evaluador	36
5.1.4 Aplicación colectiva e individual	37
5.2 Normas específicas de aplicación	37
5.2.1 Preparación del material de evaluación	38
6. Justificación estadística y análisis de los datos	39
6.1 Muestra de tipificación	39
6.2 Descriptivos de los resúmenes	40
6.3 Estudio de la fiabilidad	44
6.3.1 Estudio de la consistencia interna	44
6.4 Evidencias de validez	53
6.5 Baremación	54
7. Normas de corrección y puntuación	67
7.1 Cuestiones previas	67
7.2 Criterios generales de evaluación de resúmenes para cada texto de Primaria	69
7.2.1 Criterios específicos de evaluación para el texto “Glóbulos Rojos”	69
7.2.2 Criterios específicos de evaluación para el texto “El Hombrecito Sabelotodo”	74

7.3 Criterios generales de evaluación de resúmenes para cada texto de Secundaria y Universidad	80
7.3.1 Criterios específicos de evaluación para el texto “Arboles Estranguladores”	80
7.3.2 Criterios específicos de evaluación para el texto “Continuidad en los Parques”	87
8. Referencias Bibliográficas	94

FICHA TÉCNICA

Nombre: Resumen.

Autores: XXX

Procedencia: UAM

Aplicación: Individual y colectiva. Puede aplicarse uno o dos textos conjuntamente para cada nivel.

Ámbito de aplicación: Alumnos de 4º y 6º de Educación Primaria, de 2º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria y universidad.

Duración: Sin límite de tiempo. La aplicación completa de esta prueba puede requerir entre 15-20 minutos aproximadamente para cada texto.

Finalidad: Evaluar la calidad de los resúmenes en alumnos de E. Primaria, Secundaria y universidad.

Material: Manual con los textos, plantilla de corrección y baremos.

Baremación: Baremos en puntuaciones S y centiles para las diferentes puntuaciones.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la lectura y la escritura resultan instrumentos de vital importancia para adquirir conocimiento, para acceder a la cultura, para participar en ella. Este papel tan vital nos debe hacer conscientes de la importancia trascendental que posee la lectura y la escritura en el mundo educativo, social, cultural y laboral, así como en el propio enriquecimiento personal. La lectura, como la escritura, supone un proceso de formación inseparable del proyecto de una sociedad ilustrada por lo que constituye lo que se denomina «cultura lectora», esto es, como habilidades básicas sobre las que se desarrolla toda una actividad cultural, mediante la cual las personas nos desenvolvemos y aplicamos nuestros conocimientos y estrategias lectoras/escritas en múltiples contextos de la vida diaria de manera más o menos eficiente. Aún lo es más desde que interactuamos mediante la tecnología (acceso a Internet desde múltiples artefactos tecnológicos como ordenadores portátiles, tabletas, teléfonos inteligentes,...) desde los cuales podemos leer y comunicarnos de manera instantánea. Tanto es así, que muchos países desarrollados o en vías de desarrollo están dedicando mucho tiempo y esfuerzo a la investigación sobre este tema y también a su evaluación.

Un esfuerzo reciente ha sido el realizado por el *Informe PISA* (Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes) que se viene aplicando desde el año 2000 en todos los países de la OCDE en busca de asumir criterios comunes sobre la evaluación de la competencia lectora. El proyecto PISA de la OCDE es una evaluación internacional estandarizada que se aplica al alumnado de 15 años. En este proyecto, que se inició en el año 2000 y en el que participaron 32 países (y que ha pasado a duplicarse con 65 países participantes en 2009), se evalúa el rendimiento en tres ámbitos: Lectura, Matemáticas y Ciencias. En lo relativo a la lectura, esta prueba lleva a cabo diferentes tipos de tareas lectoras, tales como la elaboración de una comprensión global, la recuperación de información específica, la elaboración de una interpretación o la reflexión sobre el contenido o la forma del texto. Incluye también la habilidad para leer diversos materiales escolares y materiales de lectura no escolares, incluyendo la lectura para el uso personal (cartas personales, ficción, biografías, páginas web, etc.), para el uso público (documentos oficiales, información pública, prensa, etc.) o para el empleo y la educación (libros de texto, informes, etc.). En esta prueba nuestro país se sitúa, de manera sistemática, por debajo de la media. Del total de nuestros alumnos adolescentes, sólo el 4% alcanza los niveles máximos de puntuación, cuando suele ser más del 10% lo que obtiene la media europea. Algo parecido también sucede con las pruebas

de matemáticas y ciencias. Así que, desde hace más de una década, sabemos a), que nuestros alumnos de 15 años leen poco y son poco eficientes (sólo alrededor del 4% de los alumnos lo son); b), que esta situación negativa se mantiene estable en el tiempo; y c), que esta situación negativa de la lectura correlaciona, además, con las puntuaciones bajas que estos mismos alumnos obtienen en las materias de matemáticas y ciencias.

Hasta ahora sabíamos y pensábamos que este problema residía en nuestros alumnos adolescentes, pero lejos de ello, recientemente, hemos tenido también acceso a los resultados de otra prueba internacional denominada *PIRLS* (Estudio Internacional de Progreso en Comprensión Lectora), y que se viene aplicando en niños de 4º de Primaria en 45 países, al igual que se aplica otra llamada *TIMSS*, relativa a matemáticas y ciencias. Los resultados del informe de 2011 señalan que nuestros alumnos de 10 años obtienen puntuaciones en lectura por debajo de la media. De nuevo, sólo un 4% de los alumnos españoles obtienen la excelencia (frente a 10% de la media de la OCDE) y, además, un 6% de estos alumnos de 10 años se quedan rezagados (frente a un sólo 3 % de la media de la OCDE). Datos similares a estos también ocurren en las pruebas de matemáticas y ciencias. Así que, con estos datos que se repiten con los obtenidos en 2006 en esta misma prueba internacional, sabemos que: a), nuestros alumnos de 10 años también leen poco y son poco eficientes (sólo alrededor del 4 % de los alumnos lo son); b), que esta situación negativa parece mantenerse estable en el tiempo; y c), que esta situación negativa de la lectura correlaciona, además, con las puntuaciones bajas que estos mismos alumnos obtienen en las materias de matemáticas y ciencias (pruebas *TIMSS*). La implicación de la competencia lectora en la comprensión de la ciencias y de las matemáticas se hace aún más patente en estos datos, como también las tareas que más se prodigan y resultan más difíciles para nuestros alumnos se encuentran las relacionadas con la abstracción, la síntesis y la interpretación, ya sea esta oral o escrita. Estos resultados conjuntos nos desvelan, además, que el problema de la lectura se extiende dentro de todo el sistema educativo, pues afecta tanto a primaria como secundaria y que parece resumirse en la máxima "lee poco y serás como muchos, lee mucho y serás como pocos" (León, 2013).

Otra cuestión abierta e igualmente interesante es la de averiguar cómo se defienden nuestros alumnos en aplicar sus conocimientos y estrategias lectoras ante una tarea escrita como la realización de un resumen a lo largo del currículo escolar. Con este objetivo realizamos un amplio estudio en que se trató de evaluar como nuestros alumnos completan una tarea de resumen, y poder disponer así de datos que desvelase el competencia a lo largo de diferentes niveles académicos (León, Olmos, Escudero, Cañas y Salmerón, 2006; León y Otero, 2009). En dicho estudio participaron un total de 786 estudiantes procedentes de diferentes niveles académicos (6º de Primaria, 2º de ESO, 4º de ESO y 3º año de universidad), todos ellos procedentes de centros y universidades de Madrid. La tarea consistió en leer un texto de no más de 500 palabras extraído de una enciclopedia general y

sobre el que debían realizar posteriormente un resumen. La evaluación se realizó en base a dos criterios: El primero se basó en la evaluación del contenido, tratando de analizar la capacidad de reproducir el texto, de forma más o menos parafraseada y sintética. Se evaluaba, fundamentalmente, la estructura superficial y la base del texto. De esta manera, un resumen en el que se parafrasea parte del texto o se extrae alguna idea central de manera más o menos literal, correspondería a este tipo de análisis. La tarea se puntuaba en una escala de 0-10. La segunda evaluación se centró en la coherencia, esto es, en la forma en que se argumentaban las ideas contenidas en el resumen, la conexión entre ellas, el grado de síntesis y de conocimientos aportados por el lector.

Uno de los datos de interés que reveló este estudio fue la existencia de una interacción entre el nivel académico y el tipo de evaluación. Las diferencias entre la evaluación del contenido y de la coherencia fueron más acusadas en los niveles educativos inferiores. Este resultado era esperable, pues se considera aceptable que un niño de 10 años tenga menos recursos para realizar un buen resumen que un alumno universitario. Pero lo que llamó poderosamente la atención de estos resultados es que no existía ninguna mejora en la calidad de los resúmenes en los tres niveles educativos inferiores (6º de Primaria, 2º y 4º de ESO), detectándose diferencias significativas únicamente en el grupo universitario respecto al resto de estos niveles. Estos resultados pueden interpretarse como una indicación de que durante los cursos entre 6º de Primaria a 4º de ESO no se mejora la calidad de resúmenes, probablemente debido a una tendencia significativa de nuestros alumnos por realizar resúmenes muy ajustados al texto en lugar de otros basados en una elaboración más rica y sintética. Esta tendencia se elimina sólo en el nivel universitario. Otro dato de que corrobora esta hipótesis son los análisis sobre contenido y de la coherencia donde se produce la prevalencia de un tipo de resumen más ajustado al contenido (a la estructura superficial o la base del texto) que a su coherencia y carácter sintético. En otras palabras, nuestros alumnos desarrollan un tipo de resumen que alude más a la repetición del contenido, a la selección de algunas de las ideas del texto tratando de sintetizarla, pero siguiendo la estructura original del mismo.

Estos resultados conjuntos nos desvelan, de nuevo, que estas deficiencias en este caso de una tarea escrita como es el resumen, parece extenderse también dentro de todo el sistema educativo, pues afecta tanto a Primaria como secundaria y que parece resumirse en esta otra máxima "resume poco y serás como muchos, resume mucho y serás como pocos". Una sospecha que parece desprenderse de este tipo de estudios es la que nuestro sistema educativo no parece invertir suficiente tiempo en una lectura comprensiva, en el desarrollo de destrezas metacognitivas o en las que se requieren para hacer un buen resumen. Más bien, nuestro sistema educativo parece promover un tipo de enseñanza teórica, donde la excelencia está en la capacidad de reproducir, de forma más o menos parafraseada, bien a través de un examen, de un resumen o de cualquier otra forma de

respuesta, lo que dice el texto, profesor u otra fuente de información. Promovemos, quizás, los niveles más básicos de lectura, pero no los más importantes, los niveles de escritura más básicos, pero no los más reflexivos.

Al igual que ocurre con el aprendizaje, la lectura y la escritura son claros ejemplos de procesos enormemente complejos que requieren de un largo camino para alcanzar un nivel de competencia adecuado, un nivel de comprensión profundo. Hoy sabemos con certeza que los problemas de comprensión que se producen como consecuencia de una inhabilidad lectora, cuyo origen se sitúa frecuentemente en una clara desmotivación del alumno y que suele ser el denominador común del fracaso académico en cualquiera de sus fases y desarrollo. Es más, este problema ha trascendido al ámbito extraacadémico, convirtiéndose en un problema social (véase, por ejemplo, el porcentaje tan disparado de paro juvenil en nuestro país que se incrementa más cuanto menor sea la preparación del joven). Por ello, hoy se asume que las dificultades lectoras y de comprensión afecta de manera transversal al alumno y en cuyo estudio están implicadas múltiples áreas de conocimiento. Pero todo ello pasa, necesariamente, por disponer herramientas útiles que precisen un diagnóstico lo más correcto posible.

Los estudios de PISA o PIRLS, así como en las concepciones más actuales de la psicología y otras áreas afines, es que la lectura y escritura, ya como procesos o competencias, son asumidas como tareas extraordinariamente complejas, que requieren de la conjunción de múltiples procesos, y cuya actividad coordinada permite extraer, comprender, interpretar, sintetizar y juzgar lo leído. El lector/escritor queda lejos de considerarse como un sujeto pasivo y receptivo y que se limita únicamente, bien a la decodificación o a preocuparse del léxico, bien a la reproducción más o menos literal de lo leído. Por el contrario, es parte muy viva y activa, pues se enfrenta a ella con conocimientos y esquemas que, junto con sus habilidades y experiencia, le orientan a desvelar el significado de lo que lee y escribe. Es el lector quien genera la comprensión, aunque obviamente se sirva también del texto. El texto (o más bien el escritor) revela muchas pistas sobre la importancia de lo escrito, sobre su estructuración u organización, sobre el aporte ilustrativo de un buen ejemplo, lo que facilita extraer los significados y dar sentido a lo que se lee. Leer y escribir, por tanto, implican una interacción activa de los conocimientos y estrategias del lector con la información del texto y con lo que se escribe acerca de él. De esta manera, analizar el contenido de un pasaje, seleccionar algunas de sus partes, ser capaz de sintetizarlas, responder a cuestiones concretas o generales, relacionar una parte con otra, buscar explicaciones a partes más o menos incompletas, predecir posibles consecuencias, someterlas a juicio, detectar inconsistencias, repararlas, etc., no son sino múltiples manifestaciones de esa interacción entre el texto y el lector que produce como efecto la comprensión.

En esta dirección ya elaboramos la prueba XXXX (Autores, 2012), que está en línea con esta forma de concebir la lectura, la comprensión y la competencia lectora (como el informe PISA o PIRLS), así como la

forma de evaluarlas. Esta prueba aporta algunas importantes innovaciones respecto a los sistemas de evaluación anteriores. Una de ellas es que esta prueba permite analizar con mayor grado de precisión una "asimetría" de la comprensión y su consecuente competencia lectora, permitiendo analizar los posibles problemas de comprensión de una manera más diversificada y ajustada a cada caso de estudio. Esto es, en lugar de abordar una comprensión general, esta prueba introduce la posibilidad de evaluar distintos tipos de comprensión en función de los conocimientos que se requieren y de los tipos de textos con los que el lector se enfrenta. Este enfoque evalúa de una manera más acorde con la realidad. Desde esta perspectiva puede encontrarse, pongamos por caso, un alumno que manifiesta un comportamiento desigual en sus respuestas cuando aborda la lectura de un tipo de texto (e.g., un texto expositivo) frente a otro (e.g., un texto narrativo). Esta información puede resultar enormemente valiosa para diseñar estrategias de intervención específicas para cada problema e incluso para elaborar materiales didácticos que promuevan conocimiento y/o estrategias adecuadas de manera secuencial y no sobre una base de "todo o nada". Precisamente, este es el aspecto nuclear sobre el que se fundamenta el desarrollo y evaluación de la prueba, detectar problemas de comprensión de la lectura. Esta prueba incluye dos escalas de evaluación como vía de ajuste de los textos a los distintos niveles educativos estudiados, una para Primaria (4º y 6º de Primaria, ECOMPLEC.Pri) y otra para secundaria (2º y 4º de ESO, ECOMPLEC.Sec). Con ello se garantiza la adecuación del texto a los niveles de conocimiento, competencia y motivación de los alumnos a los que va dirigida la prueba. Pero todo ello resultaría estéril sino modificamos nuestra concepción de la lectura y asumimos que las dificultades lectoras y de comprensión afecta de manera transversal al alumno y que todo ello supone un reto que atañe a todos los docentes, a todos los responsables políticos y a toda la sociedad en su conjunto.

La tarea que presentamos aquí, la tarea de resumen, apunta también en esta misma dirección y complementa a la anterior pues, además de incluir una actividad de producción escrita, supone una habilidad que involucra necesariamente a los procesos de comprensión. En efecto, el resumen se convierte en una tarea que favorece una metódica exploración de la información almacenada, potencia la estrategia de estructuración del texto y fortalece las conexiones entre la nueva información y el conocimiento previo. Por todo ello, la tarea de resumen supone planificación y control de la propia comprensión, estimulando habilidades metacognitivas e incrementando, igualmente, la efectividad de los procesos de autorregulación, aspectos que tienen un favorable impacto en la construcción del conocimiento y en el aprendizaje a partir de los textos. Todo ello redundando en nuestra idea básica de que para resumir un texto resulta necesario antes comprenderlo, de modo que cuanto mayor sea el nivel de comprensión, mejor será la calidad del resumen. Así, el resumen puede considerarse como causa de la comprensión del texto o, también, como su

consecuencia. De esta manera presentamos una forma de evaluar y enseñar a nuestros alumnos a sintetizar, a abstraer lo esencial, a valorar la argumentación o interpretación ante un texto. En el desarrollo de esta propuesta inicial sobre la tarea de resumen incluimos cuatro textos, dos de primaria y dos de secundaria, aunque se irán integrando más textos y más niveles académicos, como el nivel universitario, que también se incluye en esta propuesta. La idea es establecer un criterio general de evaluación que permita evaluar la tarea de resumen, del uso de estrategias de escritura ante diferentes tipos de textos y niveles educativos para que, más adelante, se disponga de un sistema computacional y automático de evaluación de resúmenes en el que también estamos desarrollando.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: PROCESOS COGNITIVOS QUE INTERVIENEN EN EL RESUMEN

2.1.- Modelo teórico

El modelo teórico que asumiremos aquí ya ha sido desarrollado en el manual de la prueba Ecomplec (Autores, 2012). El modelo se describe como una concepción interactiva de la lectura en la que intervienen muchos factores como son los tipos de conocimientos y comprensión asociados a tipos de textos, a los niveles de representación mental, al grado de asimetría de la lectura, al papel de las inferencias o el distinto uso de estrategias lectoras. Todo ello sería el resultado de un proceso activo por parte del lector de búsqueda de significado y a esto es lo que llamamos *comprensión*.

Conviene resaltar aquí que leer y escribir un resumen acerca del texto implica necesariamente comprenderlo, sea cual sea la naturaleza de éste y que conlleva sobre todo impregnarnos de su significado, extraerlo y hacerlo consciente en nuestra mente. Todo ello supone un importante esfuerzo, porque nos obliga a realizar múltiples actividades que deben darse conjuntamente, mediante las cuales integramos información léxica, sintáctica, semántica, pragmática, esquemática e interpretativa, a la vez que volcamos buena parte de nuestros conocimientos previos con el objeto de dotar de coherencia, de cierta lógica, de un contexto o de un hilo argumental lo más apropiado posible sobre aquello que leemos. La comprensión así entendida se identifica entonces con las formas de entablar relaciones inteligentes entre el que comprende y el objeto de la comprensión, y como resultado de una interacción entre varios factores: los procesos cognitivos que afectan a la comprensión misma, esto es, las operaciones mentales que se llevan a cabo, los conocimientos de los que

se dispone, la información entrante y las demandas o el contexto de la tarea. Estas relaciones deben ser capaces de responder a una variedad de situaciones que demandan conocimiento acerca de un tema o contenido determinado, tales como explicar, encontrar evidencias y ejemplos, generalizar, aplicar, establecer analogías y representar este tema o contenido de una forma nueva. Estos aspectos también lo extenderemos a la tarea de resumen, pues resumir requiere de la comprensión previa del texto.

2.2.- El resumen en los procesos de comprensión y de competencia lectora

La realización de un resumen, además de incluir una actividad de producción escrita, supone una habilidad que involucra necesariamente a los procesos de comprensión. Actualmente se asume que la realización de una tarea de resumen conlleva una importantísima actividad comprensiva, pues el lector cuando comprende un texto debe realizar una abstracción de sus ideas esenciales y establecer relaciones de coherencia entre ellas. También debe diferenciar, por ejemplo, entre ideas relevantes y de detalles sobre la que construir una representación mental interna de las relaciones semánticas establecidas en el texto. Implica, además, enfrentarse a un texto ya existente, lo que exige al lector un control activo sobre la valoración y la importancia relativa de la información expuesta.

La tarea de resumen supone, por tanto, un importante ejercicio mental y de planificación escrita, con lo que precisa operaciones mentales conscientes que requieren mucho tiempo y esfuerzo. Tanto es así que para algunos autores, una tarea de resumen consiste fundamentalmente en una planificación y control de la propia comprensión, lo que favorece la comprensión misma estimulando las habilidades metacognitivas e incrementando la efectividad de los procesos de autorregulación (Karbalaeei y Rajyashree, 2010). De esta forma, el resumen se convierte en una tarea que favorece una metódica exploración de la información almacenada, potencia la estrategia de estructuración del texto y fortalece las conexiones entre la nueva información y el conocimiento previo. Todo ello redundando en nuestra idea básica de que para resumir un texto resulta necesario antes comprenderlo, de modo que cuanto mayor sea el nivel de comprensión, mejor será la calidad del resumen. Así, el resumen puede considerarse como causa de la comprensión del texto o, también, como su consecuencia (Thiede y Anderson, 2003; Brown y Day, 1983). Quizás por ello, la tarea de resumir sea considerada como una de las mejores técnicas para evaluar la comprensión (Idris, Sapiyan y Abdullah 2008).

Existe un importante número de estudios experimentales que han puesto de manifiesto que el resumen favorece tanto la comprensión como el recuerdo del contenido (véase, por ejemplo, Rinehart, Stahl, y Erickson, 1986; Hidi y Anderson, 1986; Kintsch, 2000; Anaya, 2005; León y Otero, 2009; León y Escudero,

en prensa). De manera más específica, otros estudios han puesto de manifiesto la validez del resumen como medida de la comprensión (e.g., Al-Shabanah, 2005; Ambruster y cols., 1987; Cordero-Ponc, 2000; Jorge y Kreis 2003; Kirkland y Saunders, 1991; León et al., 2006; Nelson y Smith, 1992; Taylor, 1983; Thomas y Bridge, 1980; Vadlapudi y Katragadda, 2010; Zipitria, Arruarte, Elorriaga y Díaz de Llaraza, 2007). Así, por ejemplo, Thomas y Bridge (1980) obtuvieron una correlación alta ($r=.80$) al comparar resultados entre los obtenidos en un test de *cloze* (cerramiento de frases) con los obtenidos en una tarea de resumen. Por su parte, Nelson y Smith (1992) evaluaron la calidad de los resúmenes en relación al contenido del pasaje leído, computando el porcentaje de información importante incluida en cada resumen que expresaban como proporción del total de ideas importantes que los evaluadores expertos habían predeterminado. En esta misma línea se sitúan los estudios de Ambruster y cols. (1987) o Cordero-Ponc (2000). Además, en diversos estudios aparece recogido que la capacidad de comprensión a edades tempranas es un poderoso predictor de comprensión en edades más tardías (Oakhill y Cain, 2007). En los últimos cursos de Primaria, la comprensión lectora se vuelve especialmente importante, sobre todo porque aporta una de las bases más importantes para el aprendizaje en secundaria. De hecho, el progreso académico de dichos estudiantes sería muy restringido sin la comprensión lectora y la motivación de leer para aprender (Guthrie, Wigfield et al., 2004).

Son innumerables las ventajas que ofrece poseer una buena habilidad para realizar un resumen. Entre ellas, destaca una ventaja esencial, la de favorecer una lectura activa en la que los lectores procesan y manipulan la información usando las redes mentales semánticas para organizar la información entrante, recuperar contenidos almacenados y focalizar la atención en los conceptos claves (Pearson y Fielding, 1991). Una actividad como el resumen también promueve la construcción del conocimiento y el aprendizaje a partir de textos. El resumen también ayuda y enseña a mantener y mejorar la propia comprensión, a organizar y recordar los contenidos importantes del texto funcionando como un mecanismo mnemotécnico, sintetizando y comprimiendo la información de forma que resulta más fácil de recordar (Knudson, 1992). En general, podemos señalar que el resumen entrena a los alumnos a una mayor conciencia de la estructura de los textos, a identificar sus relaciones semánticas, a favorecer los aspectos metacognitivos del control de la comprensión, a potenciar el uso de otras estrategias necesarias para una adecuada comprensión como la generación de inferencias, la verificación y la activación de conocimiento previo.

El resumen posee, además de una estrecha relación con la lectura activa, otras propiedades cognitivas. Así lo han puesto autores como Hardwin, Kirby y Woohouse (1999) quienes estudiaron la influencia de variables como la memoria de trabajo, la habilidad verbal y el conocimiento previo como

predictores de la habilidad de resumir y la eficacia del recuerdo del contenido. Los resultados de sus estudios pusieron de manifiesto que la calidad de los resúmenes escritos fue el predictor más importante del rendimiento académico y de las diferencias individuales de los estudiantes.

2.3.- ¿Qué se entiende por resumir?

Como es sabido, no hay un consenso unitario sobre lo que debería ser un buen resumen. De hecho, autores como Irwin y Doyle (1992) han revisado la posición que toman diferentes autores y han considerado, al menos, tres tipos diferentes de resumen. Así que, mientras algunos autores consideran que un resumen es, básicamente, una producción sintética de recuerdos extraídos y acotados alrededor de la información descrita en el texto, para otros, en cambio, prefieren definirlo como una descripción de los principales acontecimientos del relato o la trama expuesta en el texto. Una tercera posición considera un resumen como la extracción del sentido o esencia de una historia, idea principal o tesis. Ante tal diversidad de pareceres no nos debe extrañar que su evaluación sea asumida por algunos autores como una prueba de comprensión lectora, en la medida que éste sea fiel y preciso al reflejar lo que han leído, mientras que para otros autores lo asumen como un resultado de la comprensión más amplia, cuando el lector asume proposiciones individuales, las comprende y, posteriormente, las relaciona entre ellas y construye una microestructura del texto.

Nuestra posición es más cercana a la que plantea Pérez (2005), quien entiende que los resúmenes son un tipo de medida que requiere que el lector utilice sus destrezas de producción escrita (además de la comprensión), y reconoce que existen, por ello, grandes diferencias individuales en la habilidad de los alumnos para utilizar dichas destrezas. Si un lector es medianamente diestro, habrá conseguido un cierto nivel de comprensión de aquello que leyó. Si se le pide a continuación que exprese por escrito lo que ha leído, realizará, sin duda, una interpretación de lo que leyó, es decir, una construcción elaborada a partir del proceso interactivo establecido entre texto y lector. Pero es aquí es donde se establece la diferencia de lo que entiende el lector: reproducir con cierto nivel de detalle la información del texto, conservando su estructura superficial del texto original (tarea de selección y reproducción, porque considera que es así como hay que hacer un resumen) o, por el contrario, realizar una interpretación más libre y ajustada a los conocimientos del lector (comprensión e interpretación de lo leído).

Al realizar un resumen, se espera que el lector identifique las ideas principales del texto, lo que es una tarea muy importante para la comprensión del mismo, pero debemos resaltar también que la comprensión implica reconocer e identificar las diferentes conexiones causales de los elementos del texto, identificar su estructura causal del texto y extraer las parte principales de dicha estructura dentro de una coherencia causal

más global (León y Peñalba, 2002; van den Broek, Lynch, Naslund, levers-Landis y Verduin, 2003). Requiere, en definitiva, no sólo diferenciar entre ideas relevantes y de detalles, sino que construye el significado en una forma más sucinta y con mayor nivel de abstracción y generalización (van Dijk y kintsch, 1983). De esta forma, se convierte en una actividad que favorece una metódica exploración de la información almacenada sobre las redes semánticas presentes en el texto y ayuda a estructurar la información. La cuestión que deseamos desarrollar aquí es hasta qué punto el resumen reflejará tanto el contenido como la estructura causal del texto y si este reflejo tiene que ver con la coherencia causal y competencia del lector, independientemente a la concepción que se posea sobre lo que es o no un resumen.

2.4.-Niveles de representación y estrategias de resumen

Decíamos que la comprensión implica una actividad cognitiva compleja, un esfuerzo que requiere de las demandas mentales más exigentes. Tanto es así que, dependiendo de que todos o sólo algunos de esos procesos se pongan en funcionamiento, podemos hablar de una comprensión adecuada y completa o, por el contrario, de una comprensión superficial y fragmentada. La obtención de una comprensión completa del texto requiere que el lector agregue información complementaria de su propio conocimiento, con el objeto de verter aquella información que no fue explicitada en el texto y, además, resulte coherente con lo que texto expresa. En este sentido, el resumen contribuye al objetivo de construir una sólida estructura del conocimiento conceptual porque contribuye al reforzamiento de la representación mental de los contenidos que se van adquiriendo a través de la lectura (Idris,Sapiyan y Abdullah 2008). De esta manera y asumiendo que los niveles de representación mental pudiesen quedar explicitados en un resumen, tales niveles podrían servirnos como un criterio de evaluación del mismo.

Muchas de las teorías de procesamiento del discurso consideran que comprender un texto implica crear una representación mental con al menos tres niveles de representación en la memoria, niveles que han sido investigados y consensuados por un amplio número de investigadores. Estos tres niveles son la *estructura superficial*, la *base del texto* y el *modelo mental*. Estos distintos niveles de representación mental también se corresponden con diferentes maneras de resumir, con diversas estrategias de resumen y que expondremos a continuación.

A) Estructura superficial del texto. Este primer nivel corresponde a la representación literal con las mismas palabras y organización sintáctica del original. De manera natural en nuestra memoria sólo se retienen las cláusulas más recientes que hayan sido leídas y durante un corto espacio de tiempo, a menos que nos esforcemos por retenerlas. Sabemos que existen situaciones en las que esta representación resulta

fundamental cuando, por ejemplo, tratamos de aprender la letra de una canción o recitar algunos versos de una poesía. En ambos casos se guardan las palabras y la organización sintáctica de manera idéntica al formato original. Ahora bien, aunque podamos crear una representación de la estructura superficial memorizando un texto, no por ello consideramos que se haya comprendido dicho texto. Más bien sería el caso de una reproducción literal, de una repetición que no conlleva necesariamente una comprensión del texto.

En este nivel de representación suele ubicarse la estrategia de resumen denominada *suprimir y copiar* (*copy-delete strategy*) propuesta por Brown, Day y Jones (1983). Estas autoras detectaron que esta estrategia de resumen era bastante frecuente en estudiantes de Primaria y que se caracterizaba por operar de la siguiente manera: el resumen es una copia literal del texto, tomado palabra a palabra aquellas ideas u oraciones que consideran importantes; no se desvían de la estructura superficial del texto, no parafrasean, no combinan ideas, y se detienen cuando ya no le queda espacio. Así, por ejemplo, si un texto sobre el que se quisiera realizar un resumen constase de 20 frases, un alumno que aplicara esta estrategia seleccionaría entre esas veintena de frases aquellas que considerara de mayor interés (pongamos por caso que fuesen las frases 3, 5, 6, 7, 12, 13 15 y 20). El resultado de esta aplicación tendría un resumen de estas ocho oraciones tomadas literalmente del texto donde se suprimirían el resto de oraciones "sobrantes".

b) Base del texto. La base del texto es el nivel de representación mental del contenido que se ha explicitado en el texto de una forma abstracta y reducida, en la que se preserva el significado pero no la exactitud de las palabras y de la sintaxis. Este nivel contiene las proposiciones explícitas en una forma reducida, parafraseada, y que incluye inferencias para establecer la coherencia local. Este nivel de representación adopta, por tanto, un formato abstracto y conceptual, pero muy próximo al contenido explícito en el texto. Afecta a todo tipo de tareas que requieren comprensión, pero relacionadas con la información explicitada en el texto (opera sobre el contenido del mismo) La tarea que más se acoge a este nivel de representación es la búsqueda o localización de la información explicitada en el texto o también la búsqueda de relaciones o conexiones entre diversas partes del texto. Para que se comprenda, se debe construir una representación mental formada por los significados asociados a los términos y oraciones del texto. Consideremos, a modo de ilustración de lo hasta aquí descrito, un breve texto como el que nos proponen Otero, Caldeira y Gomes (2001):

"El agua que contiene una nube está en forma de minúsculas gotitas, que dispersan la luz y le dan a las nubes su característico color blanco".

Supongamos que a un alumno al que se le pide que recuerde por escrito este texto lo hiciera del siguiente modo, "El agua que está en una nube tiene la forma de gotas muy pequeñas...". Se trata de una paráfrasis y aunque no corresponde exactamente con la formulación superficial porque las palabras utilizadas no son exactamente las mismas se corresponden, sin embargo, con el significado del texto original. Esta información así representada pervive en la memoria durante más tiempo que la estructura superficial, como ya se ha comprobado ampliamente por los investigadores sobre la comprensión del discurso.

En relación con las estrategias de resumen relacionadas con este nivel de representación, los lectores más capaces suelen focalizarse sólo en la información relevante, utilizan reglas para condensar el texto, y producen textos más sucintos y coherentes. Según Brown et al.,(1983) siguen las siguientes reglas: a) eliminan la información innecesaria; b) eliminan la redundancia; c) sustituyen una lista de ítems por otro término supraordinado y que suele aparecer en el texto; d), hacen lo mismo con una secuencia de sucesos; e) seleccionan un tema o un título si lo proporciona el texto.

C) El *modelo mental*. Este nivel de representación guarda más parecido con nuestra experiencia propia relacionada con la situación referida por el texto que con las características gramaticales o estructurales del propio texto. Así, cuando elaboramos un modelo mental acerca de, pongamos por caso, una historia, dicho modelo genera los personajes de esa historia, sus rasgos físicos y psicológicos, el lugar donde transcurre la acción y los sucesos que tienen lugar dentro de ella. De esta manera, el lector construye un micromundo mental mediante la conexión de la información del texto con el conocimiento previo fruto de su propia experiencia. Este micromundo se construye a través de inferencias entre el texto explícito y el conocimiento previo del mundo del lector.

El *modelo mental* se considera un nivel más complejo, pues requiere de una abundante aportación de conocimientos del lector y de realización de inferencias. En nuestro caso, la evaluación de este nivel resulta fundamental, puesto que afecta a mucha información implícita que el lector debe aportar para su comprensión completa. Esta información se realiza mediante inferencias, deducciones lógicas, abstracciones, relaciones, predicciones,... Tiene mucha relación con tareas que requieren de información implícita (relacionar, inferir, deducir, abstraer) y con otras demandas que afectan a otros procesos posteriores a la comprensión (como interpretar o juzgar). Con ello, se conoce también el grado de comprensión, esto es, si se sitúa en un nivel más explícito y sujeto a la información contenida en el texto o, por el contrario, se complementa con un nivel más reflexivo, completo y eficiente. Esta aportación es muy complementaria a la anterior pues también detecta, desde otra panorámica, los problemas o las causas que pueden producir una comprensión

inadecuada. Supone una medida de "profundidad" de la comprensión y también un nivel de eficiencia de la competencia lectora.

Supongamos, siguiendo con el ejemplo anterior, que la situación de este hipotético sujeto que realiza una paráfrasis con otro que, después de leer el texto, preguntase, "¿Si la luz del sol dispersada por las diminutas gotas (llamadas técnicamente *gotículas*) y les da su color blanco, por qué las nubes son grises en ocasiones?" Este ejemplo nos lleva a plantearnos la pregunta de si la comprensión de este alumno es idéntica a la de los que almacenan estrictamente los significados del texto en la memoria? Parece que no. Este último alumno no solamente almacena los significados del texto, sino que trata, además, de relacionar activamente la información del texto con otros conocimientos existentes que ya tiene almacenados en su memoria. Sabemos esto porque el alumno encuentra que parte de estos conocimientos (hay nubes grises) son incompatibles con la información proporcionada por el texto (las nubes tienen color blanco) y, por esta razón, formula la pregunta. En otras palabras, este alumno ha generado una representación mental, más rica que la anterior, pues incluye no solamente la información proporcionada por el texto, sino también los conocimientos relevantes que ya posee: trata de crear un *modelo mental* de la situación descrita en el texto. Este nivel se corresponde con la representación cognitiva de los acontecimientos, acciones, personas o, en general, de la situación de que trata el texto, y se crea añadiendo a la información proporcionada estrictamente por el texto otra relacionada con ella, recuperada de la memoria del lector.

En relación con las estrategias de resumen relacionadas con el modelo mental, al igual que en el nivel de representación de la base del texto, los lectores más capaces suelen focalizarse en la información relevante, utilizan reglas para condensar el texto, y producen textos más sucintos y muy coherentes. Siguen las siguientes reglas: a) eliminan la información innecesaria; b) eliminan la redundancia; c) sustituyen una lista de ítems por otro término supraordinado o técnico esté o no en el texto (*gotículas*); d), hacen lo mismo con una secuencia de sucesos; e) seleccionan un tema o un título si lo proporciona el texto; f) lo inventan si no lo encuentran (desde sus conocimientos previos). Pero, además, en este nivel, los alumnos que lo alcanzan revisan y supervisan el resumen para evaluar si es demasiado reducido o poco integrado con el original (Hare & Borchardt, 1984). De la misma manera, estos lectores también revisan la coherencia (León, 2004).

El término coherencia es central en la comprensión de discurso. Se asume como una característica esencial de la representación mental del lector (importante en la base del texto y esencial en el modelo de la situación) acerca del contenido de lo leído. Son muchos los aspectos del discurso que ayudan a generar una representación coherente, tales como la correferencia, las relaciones causales, el uso de conectivas y, en general, todo lo que contribuye a una mejora de la comprensión. El resumen es quizás la tarea que mejor

refleja la coherencia alcanzada, pues requiere de una integración de los diferentes niveles de representación ya referidos: la base del texto y el modelo de la situación. El resumen, ya sea escrito u oral, exige, además, una tarea de producción donde todo debe expresarse de una manera sintética, organizada y relevante. Un buen resumen implica, por tanto, un buen nivel de comprensión y un buen nivel de redacción donde quede reflejado un nivel adecuado de coherencia. El resumen que un lector realiza de un texto es un reflejo de la coherencia de la representación que tiene ese lector de ese texto y, consecuentemente, de si lo ha comprendido y de si sabe expresarlo.

A modo de conclusión podemos señalar entonces que una forma efectiva de evaluar un resumen es tener presente el uso que se hace de los tres niveles de representación es la realización de dicho resumen sobre un texto dado. Un resumen está considerado como una de las tareas más complejas, pues requiere de habilidades metacognitivas, tanto para identificar y seleccionar la información relevante, como para comprenderla e interpretarla, organizarla y, en último caso, asimilarla de manera crítica y personal. En toda esta secuencia, el lector debe dotar de sentido a lo que lee y ponerlo en orden con sus ideas propias. En otras palabras, el lector dota de *coherencia* a su propia representación del texto al reducir y sintetizar la información textual, por una parte, y al ampliar y fundir sus propios conocimientos en la representación, por otra.

2.5.- El resumen y las estrategias metacognitivas

Muchos investigadores concuerdan en que no se puede afirmar que alguien haya comprendido un texto a menos que haya sido capaz de crear un modelo de la situación adecuado. De acuerdo con esto, una pregunta de interés para la mejora de la comprensión lectora podría ser, ¿cómo decide un sujeto cuando ha alcanzado una representación adecuada del texto?, ¿cómo controla el lector su propia comprensión?, ¿cómo sabe el lector que ha realizado un resumen correctamente?

El control de la comprensión pertenece a las llamadas *estrategias metacognitivas*. La metacognición se refiere al conocimiento que se puede tener sobre la propia actividad de conocer (saber, por ejemplo, qué es lo que hace que algo sea fácil o difícil de memorizar) y a los procesos de control de la cognición (por ejemplo, a las estrategias utilizadas para restablecer la comprensión ante las dificultades encontradas en un texto). Existen procesos metacognitivos de control o vigilancia, mediante los cuales el nivel meta recibe información de procesos en el nivel objeto; por ejemplo, notando que la coherencia de la representación del texto alcanzada es insatisfactoria. Y existen también procesos de control propiamente dichos, o de regulación, mediante los cuales aumenta la generación de inferencias hasta alcanzar un nivel de coherencia que el lector considere

satisfactorio. La comprensión lectora, como la realización de un resumen, por tanto, dependen de manera crucial de la operación de estos procesos metacognitivos. Un mal funcionamiento de los procesos de control o vigilancia impedirá al lector saber que no está entendiendo.

Dicho esto, ¿qué podemos hacer para mejorar la comprensión lectora a través de tareas como el resumen? El reto de esta línea de pensamiento es doble. Por un lado, se debe intentar que los logros obtenidos en la enseñanza sistemática que se produce en el aula sean transferidos a la vida cotidiana. Se trata de que, mediante estas estrategias un lector (niño, adolescente o adulto) no sea sólo capaz de comprender mejor, sino que, sobre todo, sea más competente. Por otro lado, el otro gran reto es la implicación educativa, esto es, que la experiencia individual que adquiere el alumno sea, a la vez, la consecución de un objetivo compartido entre el alumno y el profesor. Precisamente, creemos que el extraordinario y repetido éxito de los estudiantes finlandeses obtenidos en las pruebas PISA o PIRLS parece deberse más a todo un conjunto de factores interrelacionados que tienen que ver tanto con una educación comprensiva de la lectura, tomando en cuenta los propios intereses y aficiones de los alumnos, como con una estructura del sistema educativo que promociona y cuida la formación del profesorado y las prácticas escolares y que, además, cuenta con muy distintas variables que operan en esa sociedad y no en la nuestra: (número de bibliotecas y de libros por habitante, no subtitulan ni doblan la cinematografía y la televisión, etc.). En suma, tiene que ver con una cultura lectora a la que debemos acercarnos. Puede que este objetivo esté más a nuestro alcance en la medida de que seamos capaces de sensibilizarnos no sólo a las necesidades de aprendizaje de los alumnos, como ya lo somos ahora, sino, y sobre todo, que seamos capaces de sensibilizarnos también a las necesidades de aprendizaje de los profesores. No es tarea fácil para el profesor asumir las innovaciones (que a veces se introducen de manera muy rápida y poco elaborada) en el modo de afrontar el desarrollo de la capacidad de comprensión de sus alumnos sin una ayuda y colaboración extra. Es muy probable que tengamos que hacer un esfuerzo importante en este último aspecto en el futuro inmediato.

En las páginas siguientes desarrollaremos un sistema de evaluación acorde con este marco teórico que pueda ser a la vez, fácil de transmitir a los docentes que deseen utilizarlo para evaluar resúmenes de sus alumnos y fácil de instruir en el aula, siguiendo algunas pautas esenciales.

2.6.- La tarea de resumen. Algunos criterios de evaluación

La asunción de la que partimos es que un buen resumen lleva implícita una buena comprensión, de tal manera que el lector no sería capaz de realizar un buen resumen si antes no comprendiese el texto. Ello implicaría, por ejemplo, establecer una buena línea argumental en la que la relación de ideas fundamentales expresadas en el texto conlleve un buen nivel de coherencia, una lógica causal y una expresión adecuada. Luego estamos aludiendo a factores que tienen que ver con el contenido del texto como son las ideas relevantes y también como el lector aporta sus conocimientos para establecer un nivel de coherencia en lo que escribe.

Otro aspecto a tener en cuenta es conocer cómo se procesan los textos atendiendo al género, narrativo y expositivo. Los textos narrativos suelen establecer conexiones particulares entre hechos, mientras que los textos expositivos tienden hacia la búsqueda de condiciones verdaderas y universales (León et al., 2006). La forma narrativa generalmente se centra en reflejar acciones, tanto de la vida cotidiana como de la ficción, así como sucesiones de hechos, mientras que la forma expositiva se dirige más conceptualizar ideas, explicitar y especificar la información. De igual modo, estos últimos se caracterizan por emplear un buen número de tecnicismos, cosa que los primeros no hacen. De este modo, tratándose de estructuras tan dispares, puede intuirse que resumir las ideas de textos de los ambos tipos se plantean como tareas muy diferentes. Resumir las ideas principales de un texto expositivo se convierte en una tarea diferente de la de resumir el argumento secuencial de una narrativa. De la misma manera, sintetizar información de un texto expositivo para construir nuevas relaciones de conocimiento será bastante distinto de resumir un texto narrativo con evocaciones emocionales o acciones de los protagonistas.

¿Cómo evaluar entonces?, ¿se utilizan criterios diferentes según el tipo de texto? En algunos trabajos como el desarrollado por Kirkland y Saunders (1991) se propone una evaluación de los resúmenes siguiendo cuatro criterios que estas autoras ajustan a textos expositivos. Son los siguientes: a), si el resumen proporciona una visión general del texto enfatizando las relaciones entre las ideas principales; b), si se clarifica la información aportada según las ideas secundarias; c), si se explicita el carácter vicario del resumen respecto al texto fuente y d), si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Por su parte, Jorge y Kreis (2003) generaron un modelo de análisis de los resúmenes para todo tipo de texto cuya calidad era evaluada según cuatro índices: coherencia y cohesión, inclusión de ideas principales, concisión, información sobre la fuente del texto y ausencia de opiniones personales. En este mismo contexto podemos destacar en nuestro país el estudio de Zipitria y cols., (2007) quienes desarrollaron un sistema basado en la observación y análisis del proceso de evaluación del resumen que realizaron profesionales expertos.

Consiguieron identificar algunas variables como coherencia, cohesión, adecuación y corrección lingüística y de contenido, que inciden en la calidad del resumen, así como la relevancia relativa de cada una de ellas. Los evaluadores emitían un juicio global del resumen y las puntuaciones parciales se recogían en una escala de 0-10. El estudio incluía también análisis estadísticos que pusieron de manifiesto la independencia de las variables.

En esta prueba partiremos de la idea de que la tarea de resumen es un tipo de medida que requiere que el lector utilice sus destrezas de producción escrita y de comprensión. Por consiguiente, hemos de tener en cuenta que existen importantes diferencias individuales en la habilidad de los alumnos de Primaria para llevar a cabo dichas tareas. Al realizar un resumen, se espera que el lector identifique las ideas más relevantes del texto (contenido), pero también supone ser capaz de identificar las diferentes conexiones causales presentes en el texto y de establecer el grado de relevancia de cada una de ellas (grado de coherencia), tanto si se trata de un texto narrativo como expositivo. Por ello pensamos que si un lector es capaz de identificar las relaciones causales más importantes del texto con el que esté tratando, ese lector habrá realmente comprendido el contenido del texto. Esta idea nos lleva a pensar que resolver con éxito una tarea de resumen, puede ser un predictor de la comprensión lectora de los alumnos. En base a esto, el estudio que nos ocupa pretende evaluar dicha comprensión lectora a través de una tarea de resumen en la que se comprobará en qué medida los alumnos son o no capaces de identificar correctamente las ideas relevantes del texto (contenido), las conexiones causales que las unen (grado de coherencia) y la forma escrita.

2.7.- Criterios generales de evaluación de resúmenes para todos los textos

Como asunción general consideramos que la tarea de resumir no consiste en reproducir un texto, sino construir una representación concisa y coherente del mismo. Por ello, un resumen debe resaltar y organizar los contenidos más relevantes del texto, pero también debe poseer una coherencia global, esto es, dichas ideas deben ser expuestas de forma organizada y coherente, ya que consideramos a este el factor fundamental sobre el que se organiza la comprensión y producción del resumen. Y todo ello de una manera sintética (nuestra propuesta el resumen no debe sobrepasar más de 150 palabras). Como objetivo principal de esta propuesta es tratar de generar un mismo tipo de evaluación, un armazón común, que sea válido para todos los resúmenes de los textos estudiados, tanto narrativos como expositivos. Para ello, contamos con tres criterios para evaluar el resumen: contenido, coherencia y expresión escrita.

1. CONTENIDO. El resumen debe reflejar los contenidos esenciales sobre los que se sustenta el texto original. La evaluación de este apartado se basa fundamentalmente en el nivel de representación de la base del texto, en la exposición de las ideas más relevantes del texto. El contenido se evalúa de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

Introducción: Dependiendo del tipo de texto se valora la introducción del personaje y lugar donde transcurre la historia, en caso de tratarse de un texto narrativo, o la introducción al problema o sobre los conceptos fundamentales sobre los que trata el texto si este es de carácter expositivo, o sobre la del texto. Este apartado se valora de 0 a 1 punto (0; 0,5; 1).

Proceso: (cómo). Se describe el plan o proceso en el que se han expuesto las ideas del primer apartado. Hasta 1 punto (0; 0,5; 1).

Finalidad: (para qué). el resumen proporciona una visión general del texto enfatizando las relaciones entre las ideas principales, Aquí se recoge la parte importante de las ideas del texto, la intención del autor, la finalidad o pretensión del texto. Hasta 2 puntos (0; 0,5; 1; 1,5; 2).

2. COHERENCIA. La coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en el nivel de representación del modelo mental. Siguiendo este planteamiento, podríamos identificar resúmenes como estilísticamente pobres (o inclusive incorrectos desde el punto de vista léxico o sintáctico) pero que posean un alto nivel de coherencia. El uso de la correferencia, las relaciones causales, el uso de conectivas y, en general, todo lo que contribuye a una mejora de la comprensión y que aporta el lector se evalúa en este apartado. Se valora de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

Establecimiento de la red causal: Queda explicitada las relaciones causales, el por qué o la consecuencia. Lo importante es valorara el establecimiento de relaciones causales entre las ideas relevantes u otros aspectos que, ligados al lector, doten de mayor coherencia al resumen. Hasta 2 puntos [0; 0,5; 1; 1,5; 2].

Orden de las ideas: Sigue el orden de secuencial de las ideas, con cierta lógica o cronología, no hay saltos grandes entre ellas. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

Cohesión escrita. Se evalúa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

3. EXPRESION ESCRITA. Hace referencia al estilo y forma, a la personalización y síntesis adecuada (0 a 2 puntos)

Resumen “personalizado”. Se elabora sobre una base original, de si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Se evalúa aquí el uso de paráfrasis, y se penaliza o no se puntúa si sigue la estrategia de suprimir y copiar. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

Expresión sintética o concisa. Se puntúa la síntesis, si no hay frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

3. PROCESO DE DESARROLLO DEL RESUMEN

Todo lo expuesto hasta ahora indica que la evaluación de una tarea de resumen supone procesos muy complejos. En los siguientes párrafos se describe brevemente cómo se ha plasmado en el test el modelo teórico planteado y cómo ha sido el proceso de desarrollo del mismo.

La prueba de resumen ha sido diseñada teniendo en cuenta diferentes tipos de textos (narrativo, expositivo) y tres niveles de representación (estructura superficial, base del texto y modelo mental). Un aspecto a destacar en esta prueba es su disposición a desvelar posibles estrategias, lagunas de conocimientos, organización de las respuestas y otros componentes que pueden ser útiles a la hora de elaborar un diagnóstico y de diseñar su intervención. También cabe resaltar aquí es que este test también puede detectar una asimetría de la comprensión, en el sentido de que textos narrativos pueden ser mejor comprendidos que el expositivo, lo que puede ser muy útil para detectar diferencias individuales entre los distintos alumnos y dentro de cada alumno. En otras palabras, la prueba permite detectar diferencias intraindividuales en función de los distintos contenidos de los textos y permite detectar diferencias interindividuales como cualquier otra prueba estándar de evaluación.

La combinación de las diferentes variables que vertebran el resumen permite examinar los diferentes aspectos del modelo teórico en el que se sustenta. La operativización de estas variables se traduce en puntuaciones específicas del test que pueden ser comparadas entre sí para obtener una visión completa de la competencia lectora del alumno mediante el análisis de su perfil de fortalezas y debilidades. A su vez, las puntuaciones del resumen permiten realizar una interpretación jerárquica en la que se puede ir desde un índice general del resumen hasta un análisis minucioso de las puntuaciones más específicas, como contenido, coherencia o expresión escrita.

4. DESCRIPCIÓN GENERAL

Esta prueba ha sido desarrollado dentro de un marco multidimensional que está inspirado en el modelo sobre comprensión lectora desarrollado por León (2004 y 2009; León, Escudero y Olmos, 2012) y también en las pruebas internacionales sobre competencia lectora PISA y PIRLS. Todos ellos coinciden en señalar la estrecha relación existente entre las características del lector, del texto y de las actividades de lectura y la escritura. Pero una aportación característica del modelo propuesto es la asunción de que cada nivel de competencia puede mostrarse más eficaz en unos casos que en otros, con lo que hablaríamos, por tanto, de una competencia “asimétrica”. Por este motivo, dicha evaluación se basará en analizar los procesos y productos psicológicos basándonos en dos ejes fundamentales: dos niveles de representación mental necesarios para producir dicha respuesta coherente (la base del texto identificada con la base del texto y el modelo mental identificado aquí con la coherencia y expresión escrita) y dos tipos de textos (narrativos y expositivos). Por último, cabe señalar que este trabajo se inserta dentro de la diversidad de géneros discursivos y se acomoda al Plan de Fomento de la Lectura propuesto por el Ministerio de Educación y a las pruebas de PISA.

4.1.- Finalidad

Se trata de una prueba para evaluar la calidad del resumen de los alumnos de Primaria y Secundaria. En esta prueba hemos incluido también una muestra de alumnos universitarios. Esta prueba permite:

1) Obtener una **evaluación diferenciada de la expresión escrita**, en función de cada tipo de texto aplicado, con la que se obtiene información clave sobre:

- su nivel de abstracción relacionado con su nivel de representación mental (más explícito y ajustado al texto o más implícito y complementado con sus propios conocimientos),
- el uso de estrategias que el niño, adolescente o adulto está aplicando (reproductiva u organizativa), así como de otros mecanismos que no están funcionando adecuadamente y que no le están permitiendo realizar una adecuada comprensión y que resultan de vital importancia para diseñar su recuperación o una línea de intervención.

2) Detectar **diferencias intraindividuales** en función de los distintos contenidos de comprensión de la lectura, así como detectar diferencias interindividuales como cualquier otra prueba estándar de evaluación.

4.2. Ámbito de aplicación

Esta prueba ha sido diseñado para evaluar a alumnos de 4º y 6º de Educación Primaria, a alumnos de 2º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria y alumnos que cursa una carrera universitaria, ofreciendo baremos diferenciados para cada uno de estos cursos. No obstante, también podría aplicarse a alumnos de otros cursos adyacentes. En estos casos el profesional responsable de la evaluación podrá obtener el perfil intraindividual del sujeto, aunque debería interpretar los resultados con cautela al comparar el rendimiento del alumno con el del resto de la muestra normativa.

El ámbito de aplicación del test es amplio puesto que por sus características es muy adecuado para evaluar el nivel de expresión escrita muy vinculada a los procesos de comprensión de los alumnos en el ámbito educativo, aunque también es muy útil en el ámbito clínico para obtener un perfil diferenciado de las fortalezas y debilidades del sujeto que permita afinar en el diagnóstico de algún posible problema relacionado con el lenguaje y para diseñar el plan de intervención. A su vez, puede ser utilizado en proyectos de investigación y con el objetivo de promover el desarrollo de pautas didácticas más ajustadas a cada alumno.

La aplicación puede realizarse de forma individual o colectiva y la duración es de aproximadamente de 15-20 minutos por texto, pudiéndose tanto la aplicación de uno sólo como los dos textos por nivel académico seleccionado.

4.3. Contenido y estructura

A continuación se describe el contenido y estructura de la prueba de resumen

ETAPAS. Con el objetivo de adaptar la evaluación a los niveles de expresión escrita de los alumnos, la evaluación del resumen se ha dividido en dos etapas diferentes en función de su ámbito de aplicación: alumnos de Educación Primaria y alumnos de Educación Secundaria y universidad. La estructura en ambas etapas es idéntica y solo difiere en los textos que se utilizan. De este modo, es posible evaluar longitudinalmente a los alumnos con el mismo test durante los periodos clave de las dos etapas educativas, lo que sin duda constituye una ventaja de cara al seguimiento de los alumnos con dificultades académicas o específicas en el área de la lectura y escritura. Se ofrecen baremos independientes para cada curso.

TEXTOS. En cada etapa los textos que se utilizan son diferentes. A continuación se describen los textos utilizados en cada una de ellas.

Textos para Primaria. Para los alumnos de E. Primaria los textos son los siguientes:

- Un texto narrativo denominado *El hombrecito sabelotodo* (542 palabras) en formato de diálogo cuya estructura narrativa y lingüística se acomoda a los alumnos de Primaria y donde se promueve la activación de una comprensión empática, orientada a metas y conceptual. Extraído de *El patio de mi casa. Realidad y lectura I*. Madrid: Santillana, 1982.
- Un texto expositivo denominado *Los glóbulos rojos* (348 palabras, cinco párrafos) cuyo formato adopta la forma de texto académico en el que se describen funciones y características del sistema circulatorio. Abundan conceptos y términos técnicos con los que se promueve un tipo de comprensión más científica y conceptual. Extraído de *El cuerpo humano, ese desconocido*. Barcelona: Ediciones Toray, 1984.

Textos para Secundaria. Para los alumnos de E. Secundaria los textos son los siguientes:

- Un texto narrativo denominado *Continuidad de los parques* (541 palabras en un solo párrafo), que corresponde a un pequeño pasaje de Julio Cortázar, considerado como una obra perteneciente al realismo mágico y donde se logra una trasgresión de la cronología narrativa típica, técnica muy recurrente en los escritos de este autor. En dicho pasaje se entremezclan y confunden dos realidades independientes para lograr un único desenlace. Este texto posee una importante complejidad de comprensión, no sólo por la estructura narrativa, sino también por la cantidad de información implícita que requiere, obligando al lector a generar de manera continua inferencias, considerándose por ello el texto más complejo de este test. Extraído de Julio Cortázar (1956). *Final de juego*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana (1969).
- Un texto expositivo denominado *Los árboles estranguladores* (500 palabras, siete párrafos), en el que se describe de manera argumentada el proceso de supervivencia de algunos árboles tropicales y la búsqueda de la luz. Abundan conceptos y términos técnicos con los que se promueve un tipo de comprensión más académica y conceptual. Extraído de *Los árboles estranguladores. Ciencias de la Naturaleza 6º EGB*. Madrid: Anaya, 1972.

ESCALAS E INDICES.

La prueba está compuesta por un total de un índice general (uno por resumen para cada texto), 3 escalas (*contenido, coherencia y forma escrita*) y 8 subescalas (*introducción, proceso, finalidad, establecimiento de la red causal, orden de la secuencia de ideas, cohesión escrita, resumen personalizado y expresión sintética*). El significado y la interpretación de las escalas e índices del test se comentan más detenidamente en el capítulo 5.

Subescalas del Resumen.

El nivel de interpretación más básico y específico se realiza a partir de las puntuaciones de las subescalas del resumen. En total el test incorpora 8 + 8 subescalas, que son el resultado de cruzar tres variables: la estructura del resumen (contenido y coherencia y expresión escrita), nivel de representación (base del texto, modelo mental) ambos comunes para todos los resúmenes y el tipo de texto (narrativo, expositivo). Son las siguientes:

1-Contenido-introducción N y E. La puntuación de la subescala **Contenido-introducción N** refleja el nivel de rendimiento del sujeto en el resumen realizado del texto narrativo. Esta puntuación representa una parte del nivel de representación de la base del texto, es decir, aquel nivel de representación mental más acorde con la búsqueda o localización de la información explicitada en el texto o también con la búsqueda de relaciones o conexiones entre diversas partes del texto. La puntuación directa de esta subescala se calcula a partir de la información explicitada en el resumen relativa a la introducción del personaje y lugar donde transcurre la historia. La puntuación de la subescala **Contenido-introducción E** refleja en nivel de rendimiento del sujeto en los ítems del texto expositivo. Esta puntuación representa una parte del nivel de representación de la base del texto. La puntuación directa de esta subescala se calcula a partir de la información explicitada en el resumen relativa a la introducción del al problema o sobre los conceptos fundamentales sobre los que trata el texto.

2. Contenido-proceso N y E. La puntuación de la subescala **Contenido-proceso N** refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto narrativo. Esta puntuación representa también una parte del nivel de representación de la base del texto, es decir, aquel nivel de representación mental más acorde con la búsqueda o localización de la información explicitada en el texto o también

con la búsqueda de relaciones o conexiones entre diversas partes del texto. La puntuación directa de esta subescala se calcula a partir de la información explicitada en el resumen relativa al plan o proceso en el que se han expuesto las ideas del primer apartado. Idéntico criterio se aplica a la puntuación de la subescala **Contenido-proceso E** que refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto expositivo.

3. Contenido-finalidad N y E. La puntuación de la subescala **Contenido-finalidad N** refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto narrativo. Esta puntuación representa también una parte del nivel de representación de la base del texto, es decir, aquel nivel de representación mental más acorde con la búsqueda o localización de la información explicitada en el texto o también con la búsqueda de relaciones o conexiones entre diversas partes del texto. La puntuación directa de esta subescala se calcula a partir de la información explicitada en el resumen relativa a una visión general del texto enfatizando las relaciones entre las ideas principales. Aquí se recoge la parte importante de las ideas del texto, la intención del autor, la finalidad o pretensión del texto. Idéntico criterio se aplica a la puntuación de la subescala **Contenido-proceso E** que refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto expositivo.

4. Coherencia-establecimiento de la red causal N y E. La puntuación de la subescala **Coherencia-establecimiento de la red causal N** refleja el nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto narrativo. Esta puntuación representa una parte del nivel de representación modelo mental, es decir, aquel nivel de representación mental que requiere de una importante aportación de conocimientos del lector y de la realización de inferencias para su comprensión completa. La puntuación directa de esta subescala se obtiene a partir de la información explicitada en el resumen relativa a la exposición de las relaciones causales, el por qué o la consecuencia. Se evalúa aquí el establecimiento de relaciones causales entre las ideas relevantes u otros aspectos que, ligados al lector, doten de mayor coherencia al resumen. Idéntico criterio se aplica a la puntuación de la subescala **Coherencia-establecimiento de la red causal E** que refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto expositivo.

5. Coherencia-secuencia de las ideas N y E. La puntuación de la subescala **Coherencia-secuencia de las ideas N** refleja el nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto narrativo. Esta puntuación también representa una parte del nivel de representación modelo mental, es decir, aquel nivel de representación mental que requiere de una importante aportación de conocimientos del

lector y de la realización de inferencias para su comprensión completa. La puntuación directa de esta subescala se obtiene a partir de la información explicitada en el resumen relativa al orden de la exposición de las ideas expresadas con cierta lógica o cronología, no habiendo grandes saltos entre ellas. Idéntico criterio se aplica a la puntuación de la subescala **Coherencia-secuencia de las ideas E** que refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto expositivo.

6. Coherencia-cohesión escrita. La puntuación de la subescala **Coherencia-cohesión escrita N** refleja el nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto narrativo. Esta puntuación también representa una parte del nivel de representación modelo mental, es decir, aquel nivel de representación mental que requiere de una importante aportación de conocimientos del lector y de la realización de inferencias para su comprensión completa. La puntuación directa de esta subescala se obtiene a partir de la información explicitada en el resumen relativa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra. Idéntico criterio se aplica a la puntuación de la subescala **Coherencia-cohesión escrita E** que refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto expositivo.

7. Expresión escrita-resumen personalizado. La puntuación de la subescala **Expresión escrita-resumen personalizado N** refleja el nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto narrativo. Esta puntuación también representa una parte del nivel de representación modelo mental, es decir, aquel nivel de representación mental que requiere de una importante aportación de conocimientos del lector y de la realización de inferencias para su comprensión completa. La puntuación directa de esta subescala se obtiene a partir de la información explicitada en el resumen y que se elabora sobre una base original, de si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Se evalúa aquí el uso de paráfrasis y se penaliza o no se puntúa si sigue la estrategia de suprimir y copiar. Idéntico criterio se aplica a la puntuación de la subescala **Expresión escrita - resumen personalizado E** que refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto expositivo.

8. Expresión escrita-síntesis. La puntuación de la subescala **Expresión escrita-síntesis N** refleja el nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto narrativo. Esta puntuación también representa una parte del nivel de representación modelo mental, es decir, aquel nivel de representación mental que requiere de una importante aportación de conocimientos del lector y de la realización de inferencias para su comprensión completa. La puntuación directa de esta subescala se

obtiene a partir de la información explicitada en el resumen relativa a la habilidad para sintetizar, considerando la no existencia de frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. Idéntico criterio se aplica a la puntuación de la subescala **Expresión escrita -síntesis E** que refleja en nivel de rendimiento del sujeto en el resumen del texto expositivo.

ESCALAS DEL RESUMEN

Las escalas del Resumen son puntuaciones compuestas que se calculan a partir de las puntuaciones de las subescalas. Son las siguientes:

CONTENIDO N y E

La escala CONTENIDO N se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las subescalas **Contenido-introducción N, contenido-proceso N y contenido-finalidad N**. Por tanto, esta escala indica el rendimiento o nivel de competencia del sujeto en el resumen que evalúa el nivel de representación *base del texto* en el texto narrativo. El resumen debe reflejar los contenidos esenciales sobre los que se sustenta el texto original. Las puntuaciones de esta escala permiten apreciar si el sujeto presenta una fortaleza o debilidad específicamente relacionada con el nivel de representación más relacionado con la información explicitada en el texto (base del texto) en relación al texto narrativo.

La escala CONTENIDO E se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las subescalas **Contenido-introducción E, contenido-proceso E y contenido-finalidad E**. Por tanto, esta escala indica el rendimiento o nivel de competencia del sujeto en el resumen que evalúa el nivel de representación *base del texto* en el texto expositivo. El resumen debe reflejar los contenidos esenciales sobre los que se sustenta el texto original. Las puntuaciones de esta escala permiten apreciar si el sujeto presenta una fortaleza o debilidad específicamente relacionada con el nivel de representación más relacionado con la información explicitada en el texto (base del texto) en relación al texto expositivo.

COHERENCIA N y E

La escala COHERENCIA N se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las subescalas **Coherencia-establecimiento de la red causal N, Coherencia-secuencia de las ideas N y Coherencia-cohesión escrita N**. Por tanto, esta escala indica el rendimiento o nivel de competencia del sujeto en el resumen que evalúa el nivel de representación *modelo mental* en el texto narrativo. La coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en el nivel de representación del modelo mental.

Siguiendo este planteamiento, podríamos identificar resúmenes como estilísticamente pobres (o inclusive incorrectos desde el punto de vista léxico o sintáctico) pero que poseen un alto nivel de coherencia. El uso de la correferencia, las relaciones causales, el uso de conectivas y, en general, todo lo que contribuye a una mejora de la comprensión y que aporta el lector, se evalúa en este apartado. Las puntuaciones de esta escala permiten apreciar si el sujeto presenta una fortaleza o debilidad específicamente relacionada con el nivel de representación más relacionado con la información explicitada por los conocimientos del lector (modelo mental) en relación al texto narrativo.

La escala COHERENCIA E se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las subescalas **Coherencia-establecimiento de la red causal E**, **Coherencia-secuencia de las ideas E** y **Coherencia-cohesión escrita E**. Por tanto, esta escala indica el rendimiento o nivel de competencia del sujeto en el resumen que evalúa el nivel de representación *modelo mental* en el texto expositivo. Al igual que ocurre con el narrativo, las puntuaciones de esta escala permiten apreciar si el sujeto presenta una fortaleza o debilidad específicamente relacionada con el nivel de representación más "profundo" (modelo mental) y que requiere de una importante aportación de conocimientos del lector y la realización de inferencias para la comprensión completa del texto expositivo.

EXPRESIÓN ESCRITA N y E

La escala EXPRESION ESCRITA N se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las subescalas **Expresión escrita-resumen personalizado N** y **Expresión escrita-síntesis N**. Por tanto, esta escala muestra el rendimiento o nivel de competencia del sujeto en el resumen del texto narrativo. Las puntuaciones de esta escala permiten apreciar si el sujeto presenta una fortaleza o debilidad específicamente relacionada con el estilo y forma de resumen, a la personalización y síntesis relacionadas con el texto narrativo.

La escala EXPRESION ESCRITA E se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las subescalas **Expresión escrita-resumen personalizado E** y **Expresión escrita-síntesis E**. Por tanto, esta escala muestra el rendimiento o nivel de competencia del sujeto en el resumen del texto expositivo. Las puntuaciones de esta escala permiten apreciar si el sujeto presenta una fortaleza o debilidad específicamente relacionada con el estilo y forma de resumen, a la personalización y síntesis relacionadas con el texto expositivo.

Como forma de simplificar la evaluación final, pueden integrarse las escalas de coherencia y expresión escrita en una única escala Coherencia, sumando las puntuaciones inicialmente obtenidas en cada una de las escalas por separado.

IRES, Índice de RESUMEN N Y E, Índice de RESUMEN GLOBAL

Índice de RESUMEN N Y E (IRES). El índice IRES N se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las escalas Contenido N, Coherencia N y expresión escrita N. Por tanto, este índice muestra el rendimiento o nivel de competencia del sujeto en el resumen del texto narrativo, incluyendo tanto el nivel de representación *modelo mental* como la *base del texto*. Las puntuaciones en este índice permiten apreciar si el sujeto presenta una fortaleza o debilidad específicamente relacionada con la calidad del resumen de los textos de tipo narrativo. El índice IRES E se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las escalas Contenido E, Coherencia E y expresión escrita NE. Por tanto, este índice muestra el rendimiento o nivel de competencia del sujeto en el resumen del texto expositivo, incluyendo tanto el nivel de representación *modelo mental* como la *base del texto*. Las puntuaciones de este índice permiten apreciar si el sujeto presenta una fortaleza o debilidad específicamente relacionada con la calidad del resumen de los textos de tipo expositivo

Índice de RESUMEN GLOBAL. Este índice (IRES G) se obtiene sumando las puntuaciones típicas de los índice N y E. Por tanto, es un indicador global o general del nivel de la calidad del resumen del sujeto en los diferentes tipos de textos y considerando los distintos niveles de representación. Es la puntuación más global del Resumen y permite resumir en una única puntuación los resultados del sujeto en la evaluación. Esto puede tener algunas ventajas (p. ej., facilita la comparación de los alumnos de una clase o puede ser útil para detectar a los alumnos menos competentes) pero, en general, lo más aconsejable es interpretar las puntuaciones de cada lector dentro de las escalas y subescalas e IRes N o E, para poder obtener así un perfil específico e individualizado de sus fortalezas y debilidades. Esto supone otra verdadera ventaja que ofrece el Resumen frente a otras pruebas similares y es el motivo por el que fue desarrollado: comprender las carencias específicas de los alumnos para mejorar su proceso de aprendizaje.

Índices complementarios del RESUMEN

Los índices complementarios del RESUMEN .resumen permiten explorar el grado de asimetría del resumen en los diferentes textos, un aspecto clave del modelo teórico en el que se sustenta el RESUMEN (León et al., 2012). Son puntuaciones compuestas que se calculan a partir de las puntuaciones de las escalas N y E. El índice N-E se obtiene restando las puntuaciones típicas de las escalas N y E. Por tanto, este índice indica la discrepancia o asimetría en el rendimiento del sujeto en los ítems del texto narrativo y del expositivo. Las puntuaciones de este índice permiten analizar si el sujeto presenta una asimetría en su competencia lectora en función del tipo de texto al que se enfrenta (narrativo o expositivo).

4.4. Puntuaciones

El *Resumen* proporciona un total de 15 puntuaciones (8 de las subescalas, 3 de las escalas y 4 de los índices). Estas puntuaciones se expresan en diferentes escalas de medida, tal y como se explica a continuación. En primer lugar, se trabaja con las puntuaciones directas (PD). Las PD de las subescalas se obtienen sumando el número de puntuaciones correctas que componen cada una de ellas. La PD de las escalas se obtiene sumando las puntuaciones típicas de las subescalas que contribuyen a su cálculo. Por último, la PD de los índices se obtiene sumando o restando las puntuaciones típicas de las escalas.

Las puntuaciones directas son difícilmente interpretables en sí mismas, por lo que es necesario realizar una transformación a una escala directamente interpretable. En el Resumen las puntuaciones transformadas que se utilizan son los percentiles (Pc) y las puntuaciones típicas (S).

Los **percentiles** son puntuaciones transformadas que indican el porcentaje de la distribución de referencia que obtiene un valor igual o inferior al dado. Así, un rango percentil de 75 indica que el 75% de la muestra de tipificación puntúa igual o por debajo de la puntuación concreta obtenida por el sujeto.

Las **puntuaciones típicas** que se utilizan en el Resumen se distribuyen en una escala de medida *S* que, por definición, tiene una media de 50 y una desviación típica de 20. Las puntuaciones típicas tienen la ventaja de ser muy fácilmente interpretables y permiten comparar directamente las escalas e índices entre sí. En el Resumen las puntuaciones *S* se han calculado a partir de las puntuaciones típicas normalizadas.

4.5. Materiales

Como se ha comentado a lo largo de este manual, el Resumen está dividido en dos etapas diferentes en función de su ámbito de aplicación: alumnos de Educación Primaria y alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y universidad. De este modo, se ha pretendido ajustar el formato del test a las necesidades concretas de los profesionales, quienes podrán optar por adquirir aquella etapa que se acomode más a su ámbito de actuación (p. ej., Centros de Educación Primaria o Secundaria y universidad).

4.5.1. Manual

En el manual se recogen los fundamentos teóricos y una descripción detallada del test. Proporciona toda la información necesaria para aplicar, corregir e interpretar el Resumen y aporta información relativa a sus características técnicas. Este manual es común para las dos etapas en las que está dividido el test.

4.5.2. Hoja de respuestas

Los sujetos evaluados con el Resumen deben anotar sus respuestas en una hoja de respuesta independiente o bien si existiese un formato on-line, directamente en el ordenador. Esta hoja incluye los espacios necesarios para anotar los datos de identificación del sujeto y para que desarrolle su tarea de resumen. Las hojas de respuesta del Resumen contienen las indicaciones necesarias sobre la forma de anotar las respuestas y se han diseñado una plantilla con un formato sencillo y fácil de utilizar por parte de los sujetos y también para el evaluador. Estas hojas son fungibles, es decir, se consume una por cada sujeto evaluado.

5. NORMAS DE APLICACIÓN

En los siguientes apartados se describen las normas de aplicación de la prueba de resumen y se ofrecen pautas y sugerencias para que los resultados del test sean válidos y fiables y se pueda proceder a su interpretación con garantías.

5.1.- Recomendaciones generales

5.1.1. Condiciones de evaluación

Asegúrese de que el lugar donde se realizará la evaluación es adecuado y que proporciona la suficiente intimidad para que el sujeto realice la tarea con comodidad. Si la aplicación es colectiva procure que la separación entre los sujetos sea suficiente. Si la evaluación se realiza en un contexto escolar programe la sesión de evaluación de forma que no interfiera con otras actividades de los alumnos ni les prive de sus tiempos de descanso. Al estimar la duración de la sesión tenga en cuenta el tiempo que requieren los preparativos previos y asegúrese de que los sujetos dispondrán del tiempo necesario. El resumen no tiene un tiempo de aplicación establecido, pero no suele requerir más de 15-20 minutos por cada texto.

La aplicación de la prueba debe realizarse en una sala o despacho que esté adecuadamente iluminada, evitando los ruidos y las distracciones. Cada sujeto debe disponer de una mesa lo suficientemente grande para que pueda desplegar sobre ella el cuadernillo de la prueba y la hoja de respuestas. En la mesa no debe haber otros elementos diferentes a estos salvo los lapiceros o bolígrafos que utilizará el sujeto para anotar sus respuestas.

Durante la aplicación de la prueba solo permanecerán en la sala el examinador y el sujeto. En el caso de que la aplicación sea colectiva solo deberán permanecer en la sala el examinador, sus ayudantes (si son necesarios) y los sujetos evaluados. Ponga los medios necesarios para que no se produzcan interrupciones durante la sesión. Suele ser útil colocar un cartel en la puerta indicando que se está realizando una evaluación.

5.1.2. Procedimientos básicos recomendados y buenas prácticas

En cualquier proceso de evaluación es recomendable seguir algunas buenas prácticas para garantizar la validez del proceso y la calidad de los resultados. Estas buenas prácticas contribuyen a establecer un adecuado contexto de evaluación y a que los alumnos se sientan más cómodos en el mismo. Además, es necesario salvaguardar en todo momento la intimidad y los derechos de las personas evaluadas. Antes de empezar la aplicación, es importante establecer un buen clima de evaluación y motivar a los sujetos hacia la tarea. Para lograrlo pueden serle de ayuda las siguientes recomendaciones:

- Preséntese a sí mismo y a las personas que estén presentes (ayudantes, tutores, etc.) antes de empezar.
- Dedique algunos minutos a intentar establecer una buena relación conversando sobre cuestiones generales con el alumno o planteando algunas preguntas al grupo si se trata de una aplicación colectiva (p. ej., preguntar qué asignaturas/s les gustan más y cual/les menos, a qué han jugado en el recreo, etc.). Estos minutos ayudarán a reducir en parte la ansiedad que se pueda sentir ante la evaluación.
- Plantee la tarea como una actividad distendida en la que el alumno pueda actuar con naturalidad.
- En las aplicaciones colectivas es posible que algunos niños traten de hablar o interactuar con sus compañeros interfiriendo con la evaluación. Tome las medidas oportunas para evitarlo.
- Ofrézcase para responder a cualquier pregunta antes o durante la tarea, siempre y cuando ésta no verse sobre el contenido de los textos.
- Pregunte al lector o lectores que van a realizar la prueba si tienen alguna duda o si desean hacer alguna pregunta.
- Muéstrese cercano y abierto para facilitar que se planteen las dudas y responda con claridad y empleando un lenguaje sencillo.

5.1.3. Requisitos del evaluador

La aplicación del resumen es muy sencilla. No obstante, requiere de la presencia de un profesional que enmarque la aplicación dentro de unos objetivos específicos, garantice el correcto cumplimiento de las normas profesionales y deontológicas aplicables a cualquier evaluación psicológica y estar en posesión de la titulación exigida en cada país (en general, titulados en Psicología o Psicopedagogía). En determinados casos, también pueden aplicar el test otros profesionales como tutores, profesores u orientadores, aunque es necesario que éstos dispongan de la formación necesaria en evaluación psicológica y actúen bajo la

supervisión directa de un profesional titulado. Para **interpretar** esta prueba es necesario disponer de una titulación que le acredite específicamente para realizar evaluaciones psicológicas. Por tanto, es una prueba fundamentalmente destinada a los profesionales especializados en Psicología.

5.1.4. Aplicación colectiva e individual

El resumen puede ser aplicado de forma individual o colectiva. Es importante resaltar que en ambas aplicaciones las instrucciones, los criterios de evaluación, la corrección y los baremos son los mismos.

En una aplicación individual puede seguirse más pormenorizadamente el desarrollo de la aplicación en el estudiante y así tener más información sobre su habilidad escrita. Por ejemplo, en una aplicación individual, a diferencia de la aplicación colectiva, se podrá averiguar si el estudiante está más tiempo con un texto que con otro, o si encuentra especial dificultad en algunas preguntas en concreto, si corrige demasiado las líneas que escribe, si duda de manera constante, si relee muchas veces el texto, etc.

La aplicación colectiva permite utilizar el test para evaluar a grandes cantidades de alumnos invirtiendo una cantidad de tiempo muy inferior, lo que la hace preferible cuando sea necesario valorar el nivel de expresión escrita, por ejemplo, un aula o de todos los alumnos de un curso. Es recomendable que el examinador cuente con la ayuda de asistentes en aquellas aplicaciones colectivas con un gran número de alumnos.

5.2.- Normas específicas de aplicación

A continuación se describe el procedimiento de aplicación colectiva. La aplicación individual se realiza del mismo modo con las adaptaciones oportunas. Aunque las normas de aplicación son muy sencillas, conviene que el personal evaluador encargado de aplicar la prueba esté familiarizado con los textos que forman parte del cuadernillo.

5.2.1. Preparación del material de evaluación.

Con el objetivo de no añadir tiempo adicional a la evaluación y evitar posibles errores y retrasos es muy conveniente que el examinador prepare con antelación todos los materiales necesarios para la evaluación. El examinador deberá preparar con el texto o textos y una hoja de respuestas de la etapa correspondiente (primaria, secundaria y universidad). Puesto que es habitual que los sujetos cometan algún error a la hora de anotar sus respuestas, es muy recomendable disponer de algunas hojas de respuesta adicionales para poder sustituirlos si fuera necesario. También puede ser útil disponer de bolígrafos, lapiceros y gomas de borrar para distribuirlos entre los sujetos que no dispongan de ellos. Tras la presentación inicial se les pedirá que retiren todo lo que tengan encima de la mesa salvo un lápiz y una goma para escribir el resumen. Una vez cumplimentados los datos de identificación, explique a los sujetos cómo deben escribir sus respuestas en la hoja. Remarque que NO deben anotar nada en los textos que se les va a entregar, sino en la hoja de resumen específica para ello.

6. JUSTIFICACIÓN ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS DE DATOS

6.1- Muestra de tipificación

En el estudio de esta prueba participaron un total de 1323 estudiantes, de los cuales 528 pertenecían a primaria (de los que 236 de 4º de primaria y 292 a 6º de primaria) y 795 a secundaria y universidad, de los cuales, 427 realizaron los resúmenes tanto del texto expositivo como del texto narrativo. Entre los cursos representados de estos estudiantes más mayores están 2º de ESO (N = 393), 4º de ESO (N = 290) y universidad (N = 112).

Tabla 6.1. Distribución por etapa y curso

Etapa	Curso académico	N	%
RESUMeV Primaria	4 Primaria	236	44,70%
	6 Primaria	292	55,30%
	Total	528	100,00%
RESUMeV Secundaria y Universidad	2º ESO	393	49,40%
	4º ESO	290	36,50%
	Universidad	112	14,10%
	Total	795	100,00%

Como se desprende de los datos mencionados, este estudio cuenta con una muestra particularmente amplia. Si consideramos la región geográfica los datos son los siguientes: En primaria se obtuvieron datos de tres comunidades. La Comunidad de Madrid aportó 216 estudiantes de primaria, la Comunidad de Castilla y León aportó un total de 149 estudiantes y la Comunidad de Castilla la Mancha aportó 163 estudiantes. En secundaria y universitarios formaron parte del estudio cuatro comunidades autónomas: la Comunidad de Madrid aportó 389 estudiantes de secundaria (N=316) y universitarios (N = 73), la Comunidad de Castilla y León aportó 279 estudiantes de secundaria, la Comunidad de Castilla la Mancha aportó 88 estudiantes de secundaria y la Comunidad Valenciana aportó un total de 39 estudiantes universitarios.

6.2.- Descriptivos de los resúmenes

TEXTOS PRIMARIA. TEXTO 1: GLÓBULOS ROJOS

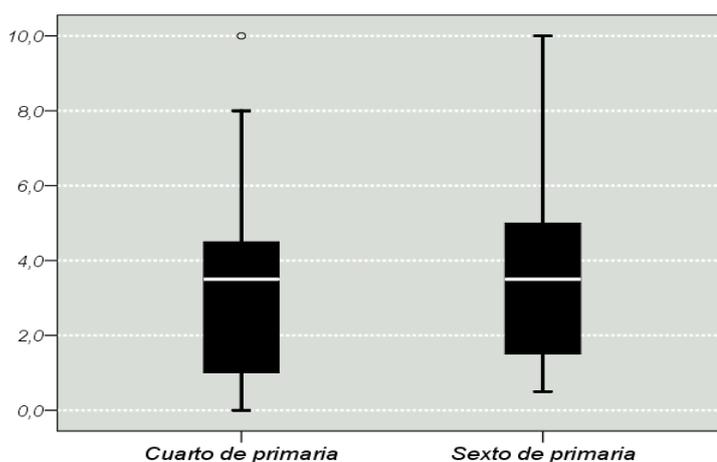
En la Tabla 6.2 se presentan los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del resumen del texto expositivo: Glóbulos rojos. En la tabla se muestra la media, desviación típica y el número de casos para 4º y 6º de primaria. Se presentan los descriptivos tanto de la evaluación del Contenido, Coherencia como del Estilo.

Tabla 6.2. Media, desviación típica y N de los resúmenes del texto Glóbulos rojos

		Contenido (texto Glóbulos rojos)	Coherencia (texto Glóbulos rojos)	Estilo (texto Glóbulos rojos)	Resumen: puntuación total (texto Glóbulos rojos)	
		Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	N
Curso académico	Cuarto de primaria	1,05 (0,90)	1,08 (0,88)	1,07 (0,74)	3,20 (0,74)	123
	Sexto de primaria	1,33 (0,96)	1,16 (1,02)	1,03 (0,61)	3,52 (2,37)	134
	Total	1,21 (0,93)	1,11 (0,96)	1,05 (0,67)	3,37 (2,25)	257

Tenemos algo de asimetría positiva en este texto en los dos cursos considerados porque el texto resulta algo difícil para los dos cursos de primaria.

Figura 6.1. Diagrama de cajas para el texto Glóbulos rojos para cada curso



TEXTOS PRIMARIA. TEXTO 2: HOMBRECILLO

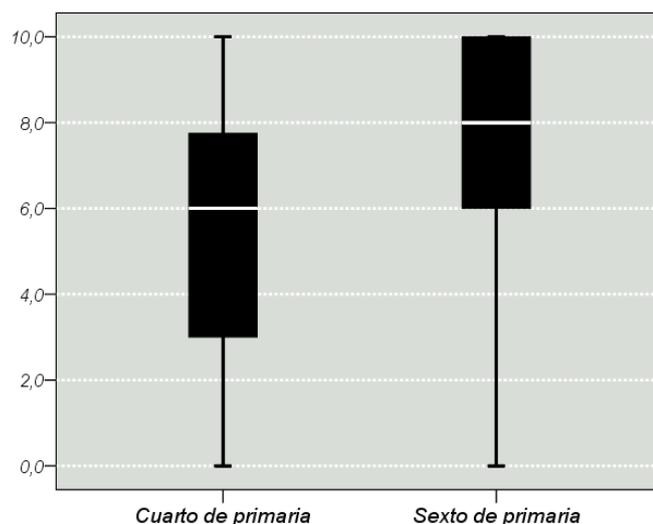
En la Tabla 6.3 se muestran los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del resumen del texto narrativo: el hombrecillo. En la tabla se muestra la media, desviación típica y el número de casos para 4º y 6º de primaria. Se presentan nuevamente los descriptivos de la evaluación del Contenido, Coherencia y del Estilo.

Tabla 6.3. Media, desviación típica y N de los resúmenes del texto El hombrecillo

		Contenido (texto Hombrecillo)	Coherencia (texto Hombrecillo)	Estilo (texto Hombrecillo)	Resumen: puntuación total (texto Hombrecillo)	
		Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	N
Curso académico	Cuarto de primaria	2,05 (1,26)	2,00 (1,15)	1,52 (0,75)	5,57 (2,81)	232
	Sexto de primaria	2,88 (1,22)	2,78 (1,18)	1,85 (0,40)	7,51 (2,57)	289
	Total	2,51 (1,30)	2,43 (1,23)	1,70 (0,60)	6,65 (2,84)	521

Tenemos algo de asimetría negativa en este texto en los dos cursos considerados, pero especialmente en sexto de primaria. La razón de esto se debe a que el texto es bastante fácil y esto provoca que muchas puntuaciones se aglutinen en la zona alta de la distribución (lo atípico en este texto es obtener puntuaciones bajas).

Figura 6.2. Diagrama de cajas para el texto El hombrecillo para cada curso



TEXTOS SECUNDARIA. TEXTO 3: ÁRBOLES ESTRANGULADORES

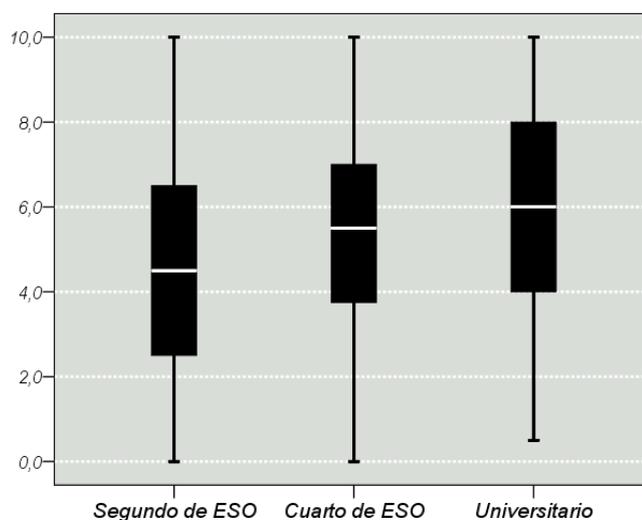
En la Tabla 6.4 se presentan los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del resumen del texto expositivo: Árboles estranguladores. En la tabla se muestra la media, desviación típica y el número de casos para 2º y 4º de ESO y universidad. Se presentan los descriptivos tanto de la evaluación del Contenido, Coherencia como del Estilo.

Tabla 6.4. Media, desviación típica y N de los resúmenes del texto Árboles estranguladores

		Contenido (texto Árboles)	Coherencia (texto Árboles)	Estilo (texto Árboles)	Resumen: puntuación total (texto Árboles)	
		Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	N
Curso académico	Segundo de ESO	1,84 (2,13)	1,92 (1,20)	0,65 (0,82)	4,41 (2,51)	316
	Cuarto de ESO	2,13 (1,05)	2,20 (1,06)	1,13 (0,61)	5,46 (2,29)	227
	Universidad	2,36 (1,06)	2,12 (1,11)	1,54 (0,51)	6,03 (2,44)	73
	Total	2,01 (1,10)	2,05 (1,14)	0,93 (0,79)	4,99 (2,50)	616

En este texto las puntuaciones son muy simétricas (véase el gráfico de cajas) y con puntuaciones, además, muy centradas en relación al 5, con un aumento claro de las medianas a medida que aumenta el nivel académico (véase más adelante evidencias de validez para comparaciones estadísticas entre niveles académicos).

Figura 6.3. Diagrama de cajas para el texto Árboles estranguladores para cada curso



TEXTOS SECUNDARIA. TEXTO 4: CONTINUIDAD DE LOS PARQUES

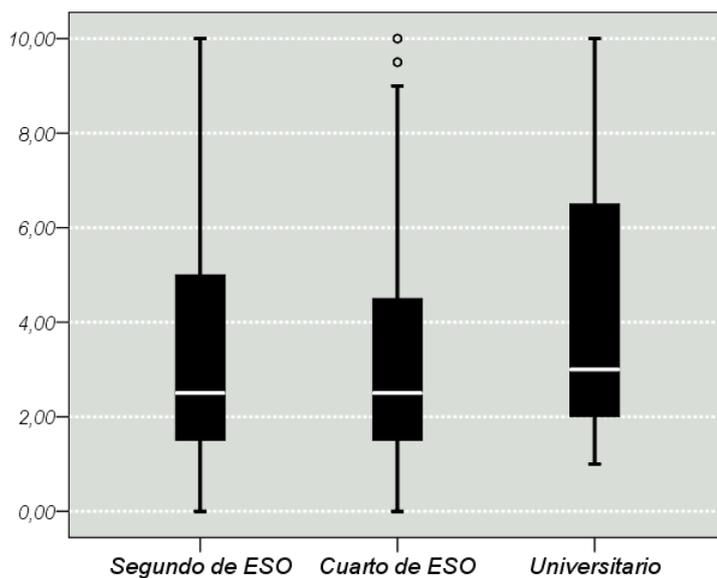
En la Tabla 6.5 se presentan los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del resumen del texto narrativo: Continuidad de los parques. En la tabla se muestra la media, desviación típica y el número de casos para 2º y 4º de ESO y universidad. Se presentan los descriptivos tanto de la evaluación del Contenido, Coherencia como del Estilo.

Tabla 6.5. Media, desviación típica y N de los resúmenes del texto Continuidad de los parques

		Contenido (texto Árboles)	Coherencia (texto Árboles)	Estilo (texto Árboles)	Resumen: puntuación total (texto Árboles)	
		Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	N
Curso académico	Segundo de ESO	1,19 (1,00)	1,13 (1,04)	0,91 (0,67)	3,24 (2,37)	278
	Cuarto de ESO	1,34 (1,10)	0,96 (1,07)	1,00 (0,62)	3,31 (2,48)	
	Universidad	1,40 (1,39)	1,76 (1,13)	1,17 (0,49)	4,33 (2,84)	112
	Total	1,28 (1,12)	1,19 (1,10)	1,00 (0,63)	3,46 (2,53)	

Tenemos algo de asimetría positiva en este texto en los tres cursos considerados. Esto se debe fundamentalmente a que es un texto complicado, de forma que la mayor parte de la muestra se concentra en puntuaciones algo bajas.

Figura 6.4. Diagrama de cajas para el texto Continuidad en los parques en cada curso



6.3.- Estudio de la fiabilidad

6.3.1. Estudio de la consistencia interna

En primer lugar se calcula el *alfa de Cronbach* utilizando los ocho criterios que se emplearon para evaluar la calidad de los resúmenes. Como se ya se ha explicado anteriormente en el manual, estos criterios son:

- *Contenido*: (1) Personaje y lugar cuya puntuación tiene un rango de 0 a 2 puntos; (2) Proceso con una puntuación dicotómica de 0 (no lo contiene el resumen) y 1 (lo contiene) y (3) Finalidad también con una puntuación dicotómica 0 y 1.
- *Coherencia*: (4) Relación causal cuya puntuación oscila entre 0 y 2 puntos; (5) Orden de las ideas con una puntuación dicotómica 0 y 1 y (6) Forma de escritura también con una puntuación dicotómica 0 y 1.
- *Estilo*: (7) Personalización con una puntuación dicotómica 0 y 1 y (8) Expresión sintética también con una puntuación 0 y 1.

Todo ello hace que los valores de los resúmenes oscilen entre un mínimo de 0 hasta un máximo de 10 puntos.

En segundo lugar se presentan los resultados para los ocho criterios individuales y de esta forma poder valorar la contribución de cada criterio al alfa de Cronbach, sus medias o índice de dificultad, sus desviaciones típicas y el índice de homogeneidad (H_i):

- **Índice de dificultad del elemento**: este índice refleja la dificultad de los elementos en la muestra de tipificación. Se calcula a partir de la proporción de aciertos en cada ítem. Valores próximos a 1 indican que el ítem es muy fácil y valores próximos a 0 indican que el ítem es muy difícil.
- **Desviación típica**: desviación típica de las puntuaciones en el ítem de los sujetos de la muestra de tipificación.
- **Índice de homogeneidad del elemento**: se calcula mediante la correlación corregida del elemento con el total de la escala. Indica hasta qué punto el elemento está en consonancia con lo que mide la escala.

TEXTOS PRIMARIA

TEXTO1: GLÓBULOS ROJOS. El *alfa de Cronbach* (ver Tabla 6.6) se calcula para cuarto y sexto de primaria, así como para el total de la muestra. Los resultados muestran resultados muy buenos en cuanto a la consistencia interna de la evaluación del resumen, por lo que podemos decir que el texto de glóbulos rojos merece un juicio muy bueno a este respecto.

Tabla 6.6. Índice de consistencia interna alfa de Cronbach para cuarto y sexto de primaria en el texto Glóbulos rojos

Curso	Alfa de Cronbach
Cuarto de primaria	0,85
Sexto de primaria	0,88
Total	0,87

En relación a los ocho criterios, presentados en la Tabla 6.7, observamos que el índice de homogeneidad, H_j , de todos los atributos evaluados es positivo y alto en todos ellos, lo que da cuenta que cada uno contribuye sustantivamente a la fiabilidad de la evaluación del resumen.. A su vez, cabe resaltar que el criterio más difícil en este texto fue el Proceso (dificultad 0,19 en cuarto de primaria y 0,23 en sexto de primaria). La finalidad fue el criterio con más variabilidad en la muestra de cuarto de primaria (0,44) y de sexto de primaria (0,55).

Tabla 6.7. Índices psicométricos de los criterios evaluados para cuarto y sexto de primaria en el texto Glóbulos rojos

Curso	Cuarto de primaria			Sexto de primaria		
	Media	D.T	H_j	Media	D.T	H_j
Personaje y lugar	0,57	0,31	0,40	0,58	0,29	0,42
Proceso	0,19	0,28	0,62	0,23	0,30	0,75
Finalidad	0,32	0,44	0,64	0,51	0,55	0,86
Relación causal	0,30	0,41	0,62	0,37	0,52	0,72
Orden de ideas	0,33	0,31	0,75	0,35	0,33	0,74
Forma de escritura	0,43	0,40	0,62	0,44	0,42	0,54
Personalización	0,50	0,38	0,60	0,57	0,38	0,64
Expresión sintética	0,57	0,43	0,57	0,47	0,32	0,65

TEXTO 2: HOMBRECILLO. Respecto al estudio de la consistencia interna del texto narrativo de primaria tenemos que el *alfa de Cronbach* también es muy favorable en este texto, ya que para el conjunto total de la muestra este es de 0,86, para la muestra de cuarto de primaria es también 0,86 y para sexto de primaria su valor es de 0,84.

Tabla 6.8. Índice de consistencia interna alfa de Cronbach para cuarto y sexto de primaria en el texto El hombrecillo

Curso	Alfa de Cronbach
Cuarto de primaria	0,86
Sexto de primaria	0,84
Total	0,86

También aquí merece la pena comentar que los índices de homogeneidad, *Hj*, son altos y positivos en los ocho criterios evaluados, contribuyendo a aumentar todos ellos en su conjunto la fiabilidad de la evaluación del resumen de este texto narrativo. El aspecto evaluado que resultó más difícil en este texto fue el Proceso en cuarto de primaria (0,53). El Proceso en sexto de primaria resultó mucho más fácil (media 1,24) por lo que una de las mayores diferencias entre los resúmenes de ambos cursos se encuentra precisamente en este criterio.

Tabla 6.9. Índices psicométricos de los criterios evaluados para cuarto y sexto de primaria en el texto El hombrecillo

Curso	Cuarto de primaria			Sexto de primaria		
	Media	D.T	Hj	Media	D.T	Hj
Personaje y lugar	0,82	0,27	0,48	0,74	0,35	0,73
Proceso	0,53	0,42	0,76	1,24	0,82	0,80
Finalidad	0,71	0,80	0,70	1,22	0,73	0,84
Relación causal	0,72	0,67	0,82	0,77	0,36	0,83
Orden de ideas	0,57	0,39	0,73	0,81	0,34	0,30
Forma de escritura	0,72	0,38	0,27	0,95	0,19	0,52
Personalización	0,80	0,35	0,67	0,91	0,26	0,65
Expresión sintética	0,71	0,44	0,75	0,74	0,35	0,73

TEXTOS SECUNDARIA

TEXTO 3: ÁRBOLES ESTRANGULADORES. El *alfa de Cronbach* (Tabla 6.10) se calcula para los resúmenes de 2º y 4º de ESO y universidad, así como para el total de la muestra. Los resultados muestran índices de consistencia interna elevados en los criterios de la evaluación del resumen de los árboles estranguladores. También para este texto los criterios de evaluación son, en conjunto, aceptables.

Tabla 6.10. Índice de consistencia interna alfa de Cronbach para 2º y 4º de ESO en el texto árboles estranguladores

Curso	Alfa de Cronbach
Segundo de ESO	0,79
Cuarto de ESO	0,79
Universidad	0,81
Total	0,80

Todos los índices de homogeneidad son positivos y por encima de 0,30, lo que sugiere que también en este texto los criterios utilizados contribuyen a aumentar la consistencia interna de las evaluaciones de los resúmenes. Obsérvese, igualmente, en la Tabla 6.11 las diferencias que hay entre los tres niveles académicos en las medias de los criterios de evaluación. Por ejemplo, en Personalización, la media es de 0,35 en 2º de ESO (siendo difícil este criterio para este curso), pasa a ser 0,58 en 4º de ESO (siendo ya más fácil) y de 0,79 entre los universitarios (siendo de hecho un criterio que cumple la mayor parte de los resúmenes de universidad).

Tabla 6.11. Índices psicométricos de los criterios evaluados para 2º, 4º de ESO y universidad en el texto Árboles estranguladores

Curso	Segundo de ESO			Cuarto de ESO			Curso	Universidad		
	Media	D.T	Hj	Media	D.T	Hj		Media	D.T	Hj
Personaje y lugar	0,47	0,33	0,38	0,68	0,35	0,32	Personaje y lugar	0,79	0,31	0,22
Proceso	0,55	0,41	0,59	0,52	0,40	0,46	Proceso	0,52	0,37	0,63
Finalidad	0,82	0,75	0,43	0,94	0,68	0,50	Finalidad	1,05	0,75	0,64
Relación causal	0,82	0,65	0,71	0,96	0,59	0,71	Relación causal	0,89	0,68	0,79
Orden de ideas	0,55	0,39	0,67	0,52	0,39	0,71	Orden de ideas	0,60	0,37	0,79
Forma de escritura	0,55	0,37	0,59	0,73	0,31	0,33	Forma de escritura	0,64	0,38	0,22
Personalización	0,35	0,46	0,47	0,58	0,40	0,49	Personalización	0,79	0,32	0,60
Expresión sintética	0,29	0,43	0,35	0,56	0,31	0,59	Expresión sintética	0,75	0,28	0,67

TEXTO 4: CONTINUIDAD DE LOS PARQUES. Por último, también el estudio de la consistencia interna del texto Continuidad de los parques arroja valores más que aceptables. El valor de alfa para el conjunto total de la muestra es de 0,88. La consistencia interna para la muestra de 2º y 4º de ESO es de 0,84, y de 0,88 para universidad.

Tabla 6.12. Índice de consistencia interna alfa de Cronbach para 2º y 4º de ESO en el texto parques

Curso	Alfa de Cronbach
Segundo de ESO	0,84
Cuarto de ESO	0,84
Universidad	0,88
Total	0,88

También aquí los criterios valorados individualmente contienen propiedades métricas aceptables. Los índices de homogeneidad de los criterios tienen valores por encima de 0,30. La finalidad y el proceso son los dos criterios más difíciles para los estudiantes.

Tabla 6.13. Índices psicométricos de los criterios evaluados para 2º, 4º de ESO y universidad en el texto Continuidad de los parques

Curso	Segundo de ESO			Cuarto de ESO		
	Media	D.T	Hj	Media	D.T	Hj
Personaje y lugar	0,60	0,39	0,53	0,69	0,41	0,46
Proceso	0,26	0,32	0,61	0,29	0,38	0,69
Finalidad	0,33	0,54	0,73	0,36	0,57	0,75
Relación causal	0,42	0,51	0,83	0,35	0,56	0,82
Orden de ideas	0,31	0,35	0,73	0,25	0,36	0,80
Forma de escritura	0,41	0,48	0,27	0,37	0,44	0,27
Personalización	0,43	0,42	0,51	0,34	0,44	0,57
Expresión sintética	0,48	0,43	0,42	0,68	0,39	0,32

Curso	Universidad		
	Media	D.T	Hj
Personaje y lugar	0,49	0,74	0,92
Proceso	0,55	0,42	0,57
Finalidad	0,37	0,45	0,80
Relación causal	0,55	0,74	0,96
Orden de ideas	0,28	0,39	0,92
Forma de escritura	0,95	0,17	0,04
Personalización	0,31	0,36	0,89
Expresión sintética	0,86	0,29	0,05

ESTUDIO DE LA FIABILIDAD INTERJUECES

TEXTO 1 HOMBRECILLO. Para la fiabilidad del texto de El hombrecito se contó con cuatro evaluadores que calificaron 20 resúmenes escogidos al azar. La fiabilidad interjueces en cuanto al contenido medido por la correlación de Pearson osciló entre 0,73 hasta 0,97, siendo por tanto las fiabilidades sumamente aceptables. El coeficiente de correlación intraclase para evaluar la fiabilidad que tendría un profesor cualquiera fue de 0,86. Para el cálculo se asumió un modelo de efectos aleatorios tanto para los profesores como para los estudiantes (por lo tanto, la situación más generalizable de todas).

Tabla 6.14. Fiabilidades interjueces (Pearson) para el contenido del resúmenes del texto El hombrecillo

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,85	0,97	0,94
Juez 2		0,85	0,73
Juez 3			0,93

En cuanto a la coherencia de este mismo texto, las fiabilidades oscilaron entre 0,69 y 0,94 medidas por el coeficiente de correlación de Pearson, también fiabilidades más que aceptables. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,73.

Tabla 6.15. Fiabilidades interjueces (Pearson) para la coherencia del resúmenes del texto El hombrecillo

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,73	0,85	0,95
Juez 2		0,69	0,75
Juez 3			0,84

Por último, la fiabilidad de las evaluaciones del resumen total (Pearson) fue de entre 0,76 y 0,97. El coeficiente de correlación intraclase para este texto fue de 0,82.

Tabla 6.16. Fiabilidades interjueces (Pearson) para el total del resúmenes del texto El Hombrecillo

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,79	0,94	0,97
Juez 2		0,79	0,76
Juez 3			0,91

TEXTO 2: GLÓBULOS ROJOS. Para la fiabilidad del texto expositivo Glóbulos rojos participaron tres jueces que evaluaron 20 resúmenes escogidos al azar. La fiabilidad interjueces en cuanto al contenido medido por la correlación de Pearson osciló entre 0,69 hasta 0,81, siendo por tanto las fiabilidades en el contenido de este texto aceptables. El coeficiente de correlación intraclase para evaluar la fiabilidad que tendría un profesor cualquiera fue de 0,61.

Tabla 6.17. Fiabilidades interjueces (Pearson) para el contenido del resúmenes del texto Glóbulos rojos

	Juez 2	Juez 3
Juez 1	0,69	0,69
Juez 2		0,81

En cuanto a la coherencia de este mismo texto, las fiabilidades oscilaron entre 0,58 y 0,75 medidas por el coeficiente de correlación de Pearson. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,62.

Tabla 6.18. Fiabilidades interjueces (Pearson) para la coherencia del resúmenes del texto Glóbulos rojos

	Juez 2	Juez 3
Juez 1	0,75	0,58
Juez 2		0,65

Por último, la fiabilidad de las evaluaciones del resumen total (Pearson) fue de entre 0,69 y 0,83. El coeficiente de correlación intraclase para este texto fue de 0,67.

Tabla 6.19. Fiabilidades interjueces (Pearson) para el total del resúmenes del texto Glóbulos rojos

	Juez 2	Juez 3
Juez 1	0,78	0,69
Juez 2		0,83

TEXTO 3: ÁRBOLES ESTRANGULADORES. Para la fiabilidad del texto de Árboles estranguladores participaron cuatro jueces que evaluaron 30 resúmenes escogidos al azar. La fiabilidad interjueces en cuanto al contenido medido por la correlación de Pearson osciló entre 0,74 hasta 0,96, unas medidas de fiabilidad aceptables y todas muy buenas. El coeficiente de correlación intraclase para evaluar la fiabilidad que tendría un profesor cualquiera fue de 0,76, la cual también es favorable.

Tabla 6.20. Fiabilidades interjueces (Pearson) para el contenido del resúmenes del texto Árboles estranguladores

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,74	0,78	0,79
Juez 2		0,82	0,77
Juez 3			0,96

En cuanto a la coherencia de este mismo texto, las fiabilidades oscilaron entre 0,56 y 0,90 medidas por el coeficiente de correlación de Pearson. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,41.

Tabla 6.21. Fiabilidades interjueces (Pearson) para la coherencia del resúmenes del texto Árboles estranguladores

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,66	0,77	0,72
Juez 2		0,58	0,56
Juez 3			0,90

Por último, la fiabilidad de las evaluaciones del resumen total (Pearson) fue de entre 0,63 y 0,96. El coeficiente de correlación intraclase para este texto fue de 0,72, claramente una fiabilidad buena.

Tabla 6.22. Fiabilidades interjueces (Pearson) para el total del resúmenes del texto Árboles estranguladores

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,73	0,83	0,83
Juez 2		0,65	0,63
Juez 3			0,96

TEXTO 4: CONTINUIDAD DE LOS PARQUES. Para la fiabilidad del texto de Parques participaron cuatro jueces que evaluaron 30 resúmenes escogidos al azar. La fiabilidad interjueces en cuanto al contenido medido por la correlación de Pearson fue desde un mínimo de 0,65 hasta un máximo de 0,94, la cual merece un juicio bueno. El coeficiente de correlación intraclase para evaluar la fiabilidad que tendría un profesor cualquiera fue de 0,73.

Tabla 6.23. Fiabilidades interjueces (Pearson) para el contenido del resúmenes del texto Continuidad de los parques

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,66	0,71	0,65
Juez 2		0,83	0,79
Juez 3			0,94

En cuanto a la coherencia la fiabilidad estimada por el coeficiente de correlación de Pearson fue desde 0,54 hasta un máximo de 0,96. En general las fiabilidades son muy aceptables, rozando alguna casi la perfección. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,60.

Tabla 6.24. Fiabilidades interjueces (Pearson) para la coherencia del resúmenes del texto Continuidad de los parques

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,54	0,74	0,71
Juez 2		0,79	0,74
Juez 3			0,96

Por último, la fiabilidad de las evaluaciones del resumen total (Pearson) fue desde la más baja de 0,61 hasta la más alta de 0,96, francamente fiabilidades buenas. Asimismo, el coeficiente de correlación intraclase, medidora de la fiabilidad que obtendría un juez promedio, es de 0,72, también muy aceptable.

Tabla 6.25. Fiabilidades interjueces (Pearson) para el total del resúmenes del texto Continuidad de los parques

	Juez 2	Juez 3	Juez 4
Juez 1	0,61	0,70	0,67
Juez 2		0,81	0,79
Juez 3			0,96

6.4.- Evidencias de validez

COMPARACIÓN ENTRE NIVELES ACADÉMICOS

El estudio de la validez lo centramos en las comparaciones de medias entre los diferentes cursos académicos analizados. En relación a primaria comparamos los grupos de cuarto y sexto en el rendimiento que obtuvieron en los distintos apartados de las evaluaciones que tienen los resúmenes. Se encontró que existían diferencias significativas a favor de sexto de primaria en todos los apartados de evaluación del texto narrativo de El hombrecillo. En contenido, la media para cuarto de primaria fue de 2,05 y la de sexto de 2,88 ($T(519) = 7,66, p < 0,001$). En coherencia, la media para cuarto de primaria fue de 2,00 mientras que para sexto de primaria fue de 2,78 ($T(519) = 7,50, p < 0,001$). En estilo, la media para cuarto fue de 1,52 y para sexto de 1,86 ($T(519) = 6,60, p < 0,001$). Para el total de resumen la media para cuarto fue de 5,57 y para sexto de 7,51 ($T(519) = 8,23, p < 0,001$). En cuanto al texto expositivo de Glóbulos, se dieron diferencias significativas únicamente en cuanto al contenido. La media de contenido para cuarto de primaria fue de 1,08 y para sexto de primaria de 1,33 ($T(255) = 2,19, p = 0,029$). En relación a Secundaria y Universidad también se compararon los rendimientos en los diferentes apartados evaluados como hipótesis con las que hallar evidencias de validez. Prácticamente en todos los apartados evaluados se detectaron diferencias estadísticamente significativas.

En el texto de los árboles estranguladores la evaluación de contenido así fue ($F(2,613) = 9,19, p < 0,001$). Los de segundo de ESO obtuvieron significativamente menos media que los de cuarto de ESO y los universitarios (véase la tabla 6.4). En la evaluación de coherencia también se hallaron diferencias ($F(2,613) = 4,04, p = 0,018$). Los de segundo de ESO obtuvieron significativamente menos media que los de cuarto de ESO. En la evaluación de Estilo los universitarios puntuaron significativamente más alto que los otros dos cursos, y también hubo diferencias entre segundo y cuarto de ESO ($F(2,613) = 60,00, p < 0,001$). Por último, en relación a la puntuación total del resumen se encontraron diferencias entre segundo de ESO y los otros dos cursos. No se detectaron diferencias significativas entre cuarto de ESO y universidad si bien hubo diferencia de medias a favor de los universitarios de algo más de medio punto ($F(2,613) = 20,17, p < 0,001$).

Por último, en el texto narrativo de Parques no hubo diferencias entre los diferentes cursos en el contenido del resumen ($F(2,603) = 1,85, p = 0,16$), pero sí que hubo diferencias estadísticamente significativas en la coherencia del resumen ($F(2,603) = 21,40, p < 0,001$) donde los universitarios puntuaron significativamente más que los otros dos cursos. También se detectaron diferencias significativas en las puntuaciones de estilo ($F(2,603) = 6,88, p = 0,001$) donde los universitarios obtuvieron más media que los de segundo de ESO. En relación a la puntuación total en el examen se encontraron también diferencias

significativas ($F(2,603) = 8,30, p < 0,001$). Los universitarios tuvieron significativamente más media que los de segundo y cuarto de ESO (la media de los universitarios fue de 4,33). Entre estos dos últimos cursos no se obtuvieron diferencias en las medias (segundo de ESO tuvo una media de 3,24 mientras que la media de cuarto de ESO fue de 3,31).

6.5.- Baremación

En las tablas baremos que aparecen en este apartado se muestran tres tipos de puntuaciones. La que aparece en la columna de la izquierda bajo el encabezado PD de cualquiera de las tablas baremo es la puntuación directa (PD). La puntuación directa se refiere sencillamente a la suma que un resumen obtiene tras aplicar los criterios de evaluación a un resumen. Una puntuación directa tiene el inconveniente de que no aporta información sobre dónde se sitúa un estudiante en relación a su grupo de referencia, por lo que necesitamos otro tipo de puntuaciones que en ese sentido sean más informativas. Por eso, las tablas baremo incluyen otros dos tipos de puntuaciones más. En la columna de la derecha aparece el encabezado Percentil. Una puntuación percentil tiene la virtud de que informa del porcentaje de estudiantes del grupo de referencia que obtiene una puntuación directa dada como esa o más baja en el resumen. Así, un percentil 95 asociada a una puntuación directa de 9, significa que el 95% de los estudiantes de un nivel académico determinado obtienen una puntuación de 9 o menos en el resumen. Por lo tanto, nos sitúan al estudiante en relación a su grupo de referencia. Por último, también se ofrece una puntuación Z bajo el encabezado Puntuación Z. Una puntuación Z informa del número de desviaciones típicas que se aleja un estudiante de la media de su grupo de referencia. Así, una puntuación Z de 1,5 significa que ese estudiante está 1,5 desviaciones típicas por encima de la media de su grupo de referencia.

Las tablas baremos se confeccionan teniendo en cuenta su nivel académico. Hay tablas baremo entonces para cuarto de primaria, sexto de primaria, segundo de ESO, cuarto de ESO y universidad, siempre separadamente para no mezclar niveles académicos. Por su parte, se han hecho baremos para el total del resumen, para el contenido y para la coherencia. El evaluador encontrará finalmente una tabla baremo para la suma de los resúmenes del texto expositivo más el narrativo, teniendo la posibilidad de obtener así una calificación global de la calidad del resumen de ambos textos, en caso de que los estudiantes hayan trabajado tanto con el texto narrativo como con el expositivo.

TABLAS BAREMOS

CUARTO DE PRIMARIA: PUNTUACIÓN TOTAL EN EL RESUMEN - GLÓBULOS ROJOS

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,53	5
0,5	-1,29	21
1	-1,05	26
1,5	-0,81	30
2	-0,57	33
2,5	-0,33	37
3	-0,1	48
3,5	0,14	59
4	0,38	68
4,5	0,62	76
5	0,86	84
5,5	1,1	90
6	1,33	93
6,5	1,57	97
7 - 7,5	1,93	98
8 - 9,5	2,41	99
10	3,24	100

CUARTO DE PRIMARIA: CONTENIDO - GLÓBULOS ROJOS

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,23	11
0,5	-0,66	48
1	-0,09	67
1,5	0,48	79
2	1,05	86
2,5	1,63	96
3	2,20	98
3,5	2,77	99
4	3,34	100

CUARTO DE PRIMARIA: COHERENCIA + ESTILO - GLÓBULOS ROJOS

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,40	21
0,5	-1,07	27
1	-0,74	29
1,5	-0,41	37
2	-0,08	47
2,5	0,25	63
3	0,58	79
3,5	0,91	87
4	1,24	93
4,5	1,57	94
5 - 5,5	2,07	99
6	2,57	100

**SEXTO DE PRIMARIA: PUNTUACIÓN TOTAL EN
EL RESUMEN - GLÓBULOS ROJOS**

PD	Puntuación Z	Percentil
0 - 0,5	-1,41	11
1	-1,06	20
1,5	-0,85	31
2	-0,64	37
2,5	-0,43	40
3	-0,22	49
3,5	-0,01	60
4	0,20	66
4,5	0,41	73
5	0,62	77
5,5	0,84	81
6	1,05	86
6,5	1,26	90
7	1,47	93
7,5	1,68	93
8	1,89	96
8,5	2,10	96
9 - 9,5	2,42	99
10	2,73	100

**SEXTO DE PRIMARIA: CONTENIDO - GLÓBULOS
ROJOS**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,39	4
0,5	-0,87	38
1	-0,34	59
1,5	0,18	69
2	0,70	78
2,5	1,23	93
3	1,75	95
3,5	2,27	99
4	2,79	100

**SEXTO DE PRIMARIA: COHERENCIA + ESTILO -
GLÓBULOS ROJOS**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,45	9
0,5	-1,12	20
1	-0,79	31
1,5	-0,46	41
2	-0,13	54
2,5	0,20	67
3	0,53	77
3,5	0,87	85
4	1,20	89
4,5	1,53	93
5	1,86	96
5,5	2,19	99
6	2,52	100

**CUARTO DE PRIMARIA: PUNTUACIÓN TOTAL
EN EL RESUMEN - HOMBRECILLO**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,98	1
0,5	-1,81	3
1	-1,63	6
1,5	-1,45	11
2	-1,27	16
2,5	-1,09	24
3	-0,92	27
3,5	-0,74	30
4	-0,56	34
4,5	-0,38	40
5	-0,2	43
5,5	-0,02	49
6	0,15	54
6,5	0,33	61
7	0,51	67
7,5	0,69	75
8	0,87	81
8,5	1,04	85
9	1,22	88
9,5	1,4	92
10	1,58	100

**CUARTO DE PRIMARIA: CONTENIDO -
HOMBRECILLO**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,62	3
0,5	-1,23	18
1	-0,83	34
1,5	-0,43	48
2	-0,04	58
2,5	0,36	71
3	0,76	78
3,5	1,15	81
4	1,55	100

**CUARTO DE PRIMARIA: COHERENCIA + ESTILO -
HOMBRECILLO**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,04	3
0,5	-1,75	7
1	-1,46	15
1,5	-1,17	22
2	-0,88	27
2,5	-0,59	33
3	-0,30	38
3,5	-0,01	47
4	0,28	58
4,5	0,57	72
5	0,86	86
5,5	1,15	89
6	1,44	100

**SEXTO DE PRIMARIA: PUNTUACIÓN TOTAL EN
EL RESUMEN - HOMBRECILLO**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,92	1
0,5	-2,73	1
1	-2,53	2
1,5	-2,34	3
2	-2,14	4
2,5	-1,95	7
3	-1,76	9
3,5	-1,56	11
4	-1,37	15
4,5	-1,17	17
5	-0,98	20
5,5	-0,78	24
6	-0,59	27
6,5	-0,39	32
7	-0,2	36
7,5	0	41
8	0,19	53
8,5	0,39	57
9	0,58	64
9,5	0,77	73
10	0,97	100

**SEXTO DE PRIMARIA: CONTENIDO -
HOMBRECILLO**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,37	2
0,5	-1,96	7
1	-1,55	15
1,5	-1,14	22
2	-0,73	30
2,5	-0,31	37
3	0,10	52
3,5	0,51	59
4	0,92	100

**SEXTO DE PRIMARIA: COHERENCIA + ESTILO -
HOMBRECILLO**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,68	1
0,5	-2,39	2
1	-2,10	3
1,5	-1,81	7
2	-1,53	9
2,5	-1,24	13
3	-0,95	15
3,5	-0,66	20
4	-0,37	33
4,5	-0,08	44
5	0,21	61
5,5	0,50	66
6	0,79	100

**TOTAL RESUMEN GLÓBULOS ROJOS + EL HOMBRECILLO
CUARTO DE PRIMARIA**

PD	Puntuación Z	Percentil	PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,11	2	8,5	0,40	69
0,5	-1,96	2	9	0,55	72
1	-1,81	3	9,5	0,70	77
1,5	-1,67	6	10	0,84	86
2	-1,52	8	10,5	0,99	87
2,5	-1,37	11	11	1,14	89
3	-1,22	14	11,5	1,29	91
3,5	-1,08	17	12	1,43	94
4	-0,93	19	12,5	1,58	95
4,5	-0,78	22	13	1,73	97
5	-0,63	27	13,5 - 14	1,95	97
5,5	-0,48	33	14,5	2,17	97
6	-0,34	38	15	2,32	98
6,5	-0,19	48	15,5	2,47	99
7	-0,04	54	16	2,62	99
7,5	0,11	61	16,5	2,76	99
8	0,25	66	18 - 20	3,50	100

**TOTAL RESUMEN GLÓBULOS ROJOS + EL HOMBRECILLO
SEXTO DE PRIMARIA**

PD	Puntuación Z	Percentil	PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,90	1	9,5	0,14	57
0,5	-2,74	1	10	0,30	77
1 - 1,5	-2,50	1	10,5	0,46	79
2	-2,26	2	11	0,62	82
2,5	-2,10	2	11,5	0,78	84
3	-1,94	3	12	0,94	87
3,5	-1,78	5	12,5	1,10	87
4	-1,62	7	13	1,26	90
4,5	-1,46	8	13,5	1,42	92
5	-1,30	11	14	1,58	94
5,5	-1,14	15	14,5	1,74	95
6	-0,98	17	15	1,90	96
6,5	-0,82	22	15,5	2,06	97
7	-0,66	25	16	2,22	98
7,5	-0,50	30	16,5	2,38	99
8	-0,34	39	17	2,54	99
8,5	-0,18	41	17,5	2,70	99
9	-0,02	48	18 - 20	3,18	100

**SEGUNDO DE ESO: CONTENIDO – ÁRBOLES
ESTRANGULADORES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,64	8
0,5	-1,20	20
1	-0,75	32
1,5	-0,30	49
2	0,14	66
2,5	0,59	78
3	1,03	87
3,5	1,48	94
4	1,93	100

**SEGUNDO DE ESO: COHERENCIA + ESTILO –
ÁRBOLES ESTRANGULADORES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,51	9
0,5	-1,22	17
1	-0,92	26
1,5	-0,63	36
2	-0,33	48
2,5	-0,04	57
3	0,25	65
3,5	0,55	72
4	0,84	80
4,5	1,14	88
5	1,43	93
5,5	1,73	97
6	2,02	100

CUARTO DE ESO: PUNTUACIÓN TOTAL EN EL RESUMEN – ÁRBOLES ESTRANGULADORES

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,39	1
0,5	-2,17	1
1	-1,95	4
1,5	-1,73	6
2	-1,52	10
2,5	-1,30	14
3	-1,08	17
3,5	-0,86	25
4	-0,64	31
4,5	-0,42	37
5	-0,20	45
5,5	0,02	53
6	0,23	61
6,5	0,45	69
7	0,67	77
7,5	0,89	83
8	1,11	87
8,5	1,33	93
9	1,55	97
9,5	1,77	98
10	1,99	100

CUARTO DE ESO: CONTENIDO – ÁRBOLES ESTRANGULADORES

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,04	6
0,5	-1,56	12
1	-1,08	23
1,5	-0,61	31
2	-0,13	49
2,5	0,35	70
3	0,83	88
3,5	1,30	95
4	1,78	100

CUARTO DE ESO: COHERENCIA + ESTILO – ÁRBOLES ESTRANGULADORES

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,20	1
0,5	-1,87	4
1	-1,54	7
1,5	-1,21	17
2	-0,88	26
2,5	-0,55	37
3	-0,22	48
3,5	0,11	60
4	0,44	70
4,5	0,78	81
5	1,11	87
5,5	1,44	94
6	1,77	100

UNIVERSIDAD: PUNTUACIÓN TOTAL EN EL RESUMEN – ÁRBOLES ESTRANGULADORES

PD	Puntuación Z	Percentil
0 - 0,5	-2,37	1
1 - 1,5	-1,75	4
2 - 2,5	-1,55	10
3 - 3,5	-1,14	12
3,5	-1,03	18
4	-0,83	27
4,5	-0,63	32
5	-0,42	36
5,5	-0,22	44
6	-0,01	53
6,5	0,19	60
7	0,4	64
7,5	0,6	73
8	0,81	78
8,5	1,01	82
9	1,22	89
9,5	1,42	97
10	1,63	100

**UNIVERSIDAD: CONTENIDO – ÁRBOLES
ESTRANGULADORES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,23	2
0,5	-1,76	7
1	-1,28	18
1,5	-0,81	30
2	-0,34	47
2,5	0,13	64
3	0,60	75
3,5	1,07	86
4	1,54	100

**UNIVERSIDAD: COHERENCIA + ESTILO –
ÁRBOLES ESTRANGULADORES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-2,39	1
0,5	-2,07	5
1	-1,74	8
1,5	-1,41	11
2	-1,08	19
2,5	-0,76	26
3	-0,43	40
3,5	-0,10	47
4	0,22	63
4,5	0,55	71
5	0,88	81
5,5	1,20	95
6	1,53	100

**SEGUNDO DE ESO: PUNTUACIÓN TOTAL EN
EL RESUMEN – DISCONTINUIDAD DE LOS
PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,37	4
0,5	-1,15	15
1	-0,94	22
1,5	-0,73	34
2	-0,52	44
2,5	-0,31	51
3	-0,10	57
3,5	0,11	64
4	0,32	69
4,5	0,53	74
5	0,74	79
5,5	0,96	84
6	1,17	87
6,5	1,38	89
7	1,59	93
7,5	1,80	94
8	2,01	96
8,5	2,22	98
9	2,43	99
9,5	2,64	99
10	2,85	100

**SEGUNDO DE ESO: CONTENIDO –
DISCONTINUIDAD DE LOS PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,18	14
0,5	-0,68	45
1	-0,19	61
1,5	0,31	76
2	0,80	83
2,5	1,30	91
3	1,79	94
3,5	2,29	98
4	2,78	100

**SEGUNDO DE ESO: COHERENCIA + ESTILO –
DISCONTINUIDAD DE LOS PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,35	14
0,5	-1,02	23
1	-0,69	34
1,5	-0,36	48
2	-0,03	58
2,5	0,30	70
3	0,63	78
3,5	0,96	85
4	1,29	91
4,5	1,61	94
5	1,94	97
5,5	2,27	99
6	2,60	100

**CUARTO DE ESO: PUNTUACIÓN TOTAL EN EL
RESUMEN – DISCONTINUIDAD DE LOS
PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,33	0
0,5	-1,13	12
1	-0,93	23
1,5	-0,73	33
2	-0,53	43
2,5	-0,32	53
3	-0,12	59
3,5	0,08	67
4	0,28	71
4,5	0,48	76
5	0,68	80
5,5	0,88	83
6	1,09	85
6,5	1,29	88
7	1,49	91
7,5	1,69	92
8	1,89	94
8,5	2,09	95
9	2,29	96
9,5	2,50	98
10	2,70	100

**CUARTO DE ESO: CONTENIDO –
DISCONTINUIDAD DE LOS PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,21	8
0,5	-0,76	40
1	-0,31	62
1,5	0,15	71
2	0,60	79
2,5	1,06	88
3	1,51	91
3,5	1,97	94
4	2,42	100

**CUARTO DE ESO: COHERENCIA + ESTILO –
DISCONTINUIDAD DE LOS PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,29	12
0,5	-0,96	24
1	-0,63	40
1,5	-0,31	50
2	0,02	62
2,5	0,35	74
3	0,67	82
3,5	1,00	86
4	1,33	89
4,5	1,65	94
5	1,98	96
5,5	2,31	98
6	2,63	100

**UNIVERSIDAD: PUNTUACIÓN TOTAL EN EL
RESUMEN – DISCONTINUIDAD DE LOS
PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0 - 1	-1,44	3
1,5	-1,00	8
2	-0,82	29
2,5	-0,64	48
3	-0,47	55
3,5	-0,29	62
4	-0,12	64
4,5 - 5	0,15	66
5,5	0,41	68
6	0,59	71
6,5	0,76	77
7	0,94	81
7,5	1,12	84
8	1,29	87
8,5 - 9	1,56	88
9,5	1,82	91
10	2,00	100

**UNIVERSIDAD: CONTENIDO – DISCONTINUIDAD
DE LOS PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,01	21
0,5	-0,65	47
1	-0,29	64
1,5	0,07	67
2	0,43	71
2,5	0,79	76
3	1,15	86
3,5	1,51	88
4	1,87	100

**UNIVERSIDAD: COHERENCIA + ESTILO –
DISCONTINUIDAD DE LOS PARQUES**

PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,95	1
0,5	-1,62	1
1	-1,28	5
1,5	-0,95	18
2	-0,62	53
2,5	-0,29	60
3	0,05	66
3,5	0,38	70
4	0,71	82
4,5	1,05	83
5	1,38	87
5,5	1,71	91
6	2,04	100

**TOTAL RESUMEN ÁRBOLES ESTRANGULADORES + DISCONTINUIDAD DE LOS PARQUES
SEGUNDO DE SECUNDARIA**

PD	Puntuación Z	Percentil	PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,38	5	8,5	0,63	77
0,5	-1,26	12	9	0,75	80
1	-1,15	16	9,5	0,87	82
1,5	-1,03	21	10	0,99	84
2	-0,91	25	10,5	1,11	86
2,5	-0,79	29	11	1,22	88
3	-0,67	32	11,5	1,34	89
3,5	-0,55	36	12	1,46	91
4	-0,43	40	12,5	1,58	92
4,5	-0,32	45	13	1,70	92
5	-0,20	51	13,5	1,82	94
5,5	-0,08	55	14	1,94	96
6	0,04	58	14,5	2,05	98
6,5	0,16	61	15	2,17	99
7	0,28	65	15,5	2,29	99
7,5	0,40	68	16 - 16,5	2,47	99
8	0,51	73	17 - 20	3,00	100

**TOTAL RESUMEN ÁRBOLES ESTRANGULADORES + DISCONTINUIDAD DE LOS PARQUES
CUARTO DE SECUNDARIA**

PD	Puntuación Z	Percentil	PD	Puntuación Z	Percentil
0	-1,64	1	9	0,55	77
0,5	-1,52	6	9,5	0,68	80
1	-1,40	9	10	0,80	82
1,5	-1,28	10	10,5	0,92	83
2	-1,16	13	11	1,04	84
2,5	-1,03	18	11,5	1,16	86
3	-0,91	22	12	1,29	88
3,5	-0,79	26	12,5	1,41	90
4	-0,67	31	13	1,53	91
4,5	-0,55	36	13,5	1,65	93
5	-0,42	41	14	1,77	94
5,5	-0,30	45	14,5	1,90	96
6	-0,18	48	15	2,02	97
6,5	-0,06	54	15,5	2,14	98
7	0,06	59	16 - 16,5	2,32	99
7,5	0,19	64	17	2,51	99
8	0,31	67	17,5	2,63	100
8,5	0,43	72	18 - 20	2,99	100

**TOTAL RESUMEN ÁRBOLES ESTRANGULADORES + DISCONTINUIDAD DE LOS PARQUES
UNIVERSIDAD**

PD	Puntuación Z	Percentil	PD	Puntuación Z	Percentil
0 - 2	-1,57	7	9,5	0,27	63
2,5	-1,25	18	10	0,38	69
3	-1,14	21	10,5	0,49	71
3,5	-1,03	23	11	0,59	72
4	-0,92	24	11,5	0,70	78
4,5	-0,81	26	12	0,81	82
5	-0,71	29	12,5	0,92	83
5,5	-0,60	32	13	1,03	86
6	-0,49	37	13,5 - 14,5	1,24	88
6,5	-0,38	42	15	1,46	89
7	-0,27	45	15,5	1,57	91
7,5	-0,16	47	16	1,68	93
8	-0,06	57	16,5	1,79	96
8,5	0,05	58	17	1,90	97
9	0,16	59	17,5	2,00	98
			18 - 20	2,33	100

7. NORMAS DE CORRECCIÓN Y PUNTUACIÓN

7.1.- Cuestiones previas

Téngase en cuenta que los diferentes tipos de textos diseñados para este test nos permiten identificar el uso de diferentes tipos de estrategia. Por ello y puesto que se evalúan diferentes aspectos del resumen, la puntuación resultante obtenida será mucho más global, integrada y fiable, más acorde con la realidad que si aplicamos los dos textos de manera aislada. La aplicación individual de toda la prueba o sobre la elección de un texto determinado adquiere sentido cuando un especialista trata con un alumno con dificultades de lectura o escritura notorias o con problemas asociados a estas dificultades. El proceso de análisis es sustancialmente el mismo que en la colectiva, pero más observacional y detallado. De esta manera, una aplicación individual permite una mayor atención sobre el proceso de la prueba, una mejor evaluación de su nivel metacognitivo, un análisis más detallado de los tipos de errores cometidos y sus posibles causas. Tomando como criterio general la aplicación de los dos textos de manera colectiva, la prueba permite evaluar e interpretar tres aspectos esenciales de la prueba: 1) Nivel del rendimiento en la calidad del resumen medio del alumno, 2), distribución de los niveles de representación ligados a estrategias, y 3), Nivel de competencia metacognitiva.

Criterios generales de evaluación de resúmenes para todos los textos

Como asunción general consideramos que la tarea de resumir no consiste en reproducir un texto, sino construir una representación concisa y coherente del mismo. Por ello, un resumen debe resaltar y organizar los contenidos más relevantes del texto, pero también debe poseer una coherencia global, esto es, dichas ideas deben ser expuestas de forma organizada y coherente, ya que consideramos a este el factor fundamental sobre el que se organiza la comprensión y producción del resumen. Y todo ello de una manera sintética (nuestra propuesta el resumen no debe sobrepasar más de 150 palabras). Como objetivo principal de esta propuesta es tratar de generar un mismo tipo de evaluación, un armazón común, que sea válido para todos los resúmenes de los textos estudiados, tanto narrativos como expositivos. Para ello y como se recordará, contamos con tres criterios para evaluar el resumen: contenido, coherencia y expresión escrita.

1. CONTENIDO. El resumen debe reflejar los contenidos esenciales sobre los que se sustenta el texto original. La evaluación de este apartado se basa fundamentalmente en el nivel de representación de la base del texto, en la exposición de las ideas más relevantes del texto. El contenido se evalúa de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

- **Introducción:** Dependiendo del tipo de texto se valora la introducción del personaje y lugar donde transcurre la historia, en caso de tratarse de un texto narrativo, o la introducción al problema o sobre los conceptos fundamentales sobre los que trata el texto si este es de carácter expositivo, o sobre la del texto. Este apartado se valora de 0 a 1 punto (0; 0,5; 1).
- **Proceso:** (cómo). Se describe el plan o proceso en el que se han expuesto las ideas del primer apartado. Hasta 1 punto (0; 0,5; 1).
- **Finalidad:** (para qué). el resumen proporciona una visión general del texto enfatizando las relaciones entre las ideas principales, Aquí se recoge la parte importante de las ideas del texto, la intención del autor, la finalidad o pretensión del texto. Hasta 2 puntos (0; 0,5; 1; 1,5; 2).

2. COHERENCIA. La coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en el nivel de representación del modelo mental. Siguiendo este planteamiento, podríamos identificar resúmenes como estilísticamente pobres (o inclusive incorrectos desde el punto de vista léxico o sintáctico) pero que posean un alto nivel de coherencia. El uso de la correferencia, las relaciones causales, el uso de conectivas y, en general, todo lo que contribuye a una mejora de la comprensión y que aporta al lector se evalúa en este apartado. Se valora de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

- **Establecimiento de la red causal:** Queda explicitada las relaciones causales, el por qué o la consecuencia. Lo importante es valorara el establecimiento de relaciones causales entre las ideas relevantes u otros aspectos que, ligados al lector, doten de mayor coherencia al resumen. Hasta 2 puntos [0; 0,5; 1; 1,5; 2].
- **Orden de las ideas:** Sigue el orden de secuencial de las ideas, con cierta lógica o cronología, no hay saltos grandes entre ellas. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].
- **Cohesión escrita.** Se evalúa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

3. EXPRESION ESCRITA. Hace referencia al estilo y forma, a la personalización y síntesis adecuada (0 a 2 puntos)

- **Resumen "personalizado".** Se elabora sobre una base original, de si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Se evalúa aquí el uso de paráfrasis, y se penaliza o no se puntúa si sigue la estrategia de suprimir y copiar. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].
- **Expresión sintética o concisa.** Se puntúa la síntesis, si no hay frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

En los apartados siguientes expondremos estos criterios generales adaptados a cada texto estudiado.

7.2.- Criterios generales de evaluación de resúmenes adaptado para cada texto de Primaria

7.2.1. **Texto1: Glóbulos rojos.** Se trata de un texto de 348 palabras distribuidas en cinco párrafos, tiene un formato expositivo adaptado a la forma de texto académico en el que se describen las funciones y características del sistema circulatorio. El texto es el siguiente:

25.000.000.000 (veinticinco mil millones) ¿qué representa esta cifra astronómica en nuestro cuerpo? Pues es el número, muy aproximado, de los glóbulos rojos que flotan en los 5 litros de sangre que circulan a través de nuestro cuerpo.

¿Y qué tamaño tienen? Es inútil decir que, para tener un número tan elevado de glóbulos rojos en la sangre, es preciso que sean infinitamente pequeños. En efecto, los glóbulos rojos, que tienen la forma de un pequeño disco, sólo es posible verlos con el microscopio.

Pero, ¿por qué se les denomina glóbulos rojos? Simplemente, porque contienen un pigmento rojo, la hemoglobina, que da a la sangre su color. Y estas células muy especializadas, los glóbulos rojos, no son otra cosa que "sacos de hemoglobina". Incluso han perdido su núcleo y contienen únicamente hemoglobina.

Y ¿cuál sería su función? Pero no se hablaría tanto de este pigmento si su única función fuese la de colorear nuestra sangre. En efecto, posee una particularidad muy importante, la de combinarse fácilmente con el oxígeno, por una parte, y con el anhídrido carbónico, por otra parte. Así, cuando la sangre llega al interior de los pulmones, el oxígeno que se encuentra en ellos se fija sobre la hemoglobina; y, al propio tiempo, la hemoglobina se desprende del anhídrido carbónico que ha absorbido en los diferentes órganos. Por tanto, la función de los glóbulos rojos es, en cierta manera, comparable a la de los transportistas. En los órganos, liberan el oxígeno recogido en los pulmones y absorben el anhídrido carbónico; en los pulmones, depositan el anhídrido carbónico y se cargan de oxígeno. Después, reemprenden su recorrido. De esta manera sería como, si constantemente, 25.000.000.000 de minúsculos contenedores efectuaran el transporte entre los pulmones y las más lejanas de las células para asegurar su aprovisionamiento de oxígeno y desembarazarlas del desecho tóxico que es el anhídrido carbónico.

¿A qué se llama anemia? Es una disminución en el número de glóbulos rojos. Menos glóbulos rojos y, por consiguiente, menos hemoglobina, lo cual explica la palidez de los enfermos que sufren de anemia. Pero también menos aporte de oxígeno, y de ahí la respiración cansada de estos enfermos y su estado de fatiga permanente.

Como aspectos generales de este texto expositivo podemos destacar los siguientes:

- En los tres primeros párrafos se describen algunas características físicas de los glóbulos rojos referentes al volumen (unos 5 litros), al número (veinticinco mil millones), al color o pigmento rojo (hemoglobina) y al tamaño (microscópicos). De esta manera, el texto facilita una comprensión más o menos visual y física de los glóbulos. Así, los glóbulos rojos se identifican como células sin núcleo (son sacos) muy numerosas y pequeñas y en cuyo interior almacenan la hemoglobina, que da color a la sangre.
- El cuarto párrafo se centra en lo que consideramos más esencial del texto, la función vital de los glóbulos rojos, la de asegurar el abastecimiento continuo de oxígeno en el organismo intercambiándolo por el anhídrido carbónico que se recoge de los órganos del cuerpo y que constituye una sustancia tóxica para nuestro organismo.
- También en este párrafo se comenta el proceso mediante el cual se produce este intercambio y que en el texto se utiliza una analogía (su función es comparable a la de los transportistas). Con ello permite a los alumnos acceder mejor a sus conocimientos y generar un modelo mental que facilita su comprensión. De esta manera, la función que desempeñan es la de transportar el anhídrido carbónico y el oxígeno cuando los glóbulos llegan a los pulmones. En su paso por los pulmones, liberan anhídrido carbónico recogido en los órganos del cuerpo y absorben el oxígeno para transportarlo y depositarlo a lo largo del cuerpo. Reemprenden este recorrido una y otra vez.
- El último párrafo aborda la anemia, producida por una disminución importante de glóbulos rojos, lo que implica menos hemoglobina y menos aporte de oxígeno. Ello explica por qué las personas que la padecen muestran palidez en la piel (menor número de glóbulos rojos en sangre), como también fatiga o cansancio constante (falta de oxígeno).

Pasamos, seguidamente, a establecer los criterios de evaluación para este texto

1.- CONTENIDO. El resumen debe reflejar los contenidos esenciales sobre los que se sustenta el texto. La evaluación de este apartado se basa fundamentalmente en el nivel de representación de la base del texto, en la exposición de las ideas más relevantes del texto. El contenido se evalúa de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

1.1.-Introducción: La información expresada debe aludir a la existencia de glóbulos rojos como parte del sistema circulatorio o de la sangre, la hemoglobina, anhídrido carbónico, oxígeno, anemia, órganos. Para obtener el máximo en esta puntuación deben explicitarse al menos cuatro de estos términos. Puntuación (0, 0,5, 1). No se tiene en cuenta, sin embargo, términos que aludan a su tamaño, número, apariencia física o volumen.

1.2.- Proceso: (cómo). Se describe el proceso en el que se han expuesto las ideas del primer apartado. En este caso la secuencia parte de la función esencial, la de transportar el anhídrido carbónico y el oxígeno cuando los glóbulos llegan a los pulmones, liberando el anhídrido carbónico y absorbiendo el oxígeno para transportarlo y depositarlo a lo largo del cuerpo. Este recorrido se realiza de manera continua. Se puede valorar la analogía de su funcionamiento comparable a los transportistas. Debe estar todo explicitado. Puntuación (0, 0,5, 1).

1.3.- Finalidad: (para qué). El resumen proporciona una visión general del texto enfatizando las relaciones entre las ideas principales, Aquí se recoge la parte importante de las ideas del texto, la función fundamental de los glóbulos rojos, la de asegurar el abastecimiento continuo de oxígeno en el organismo, intercambiándolo por el anhídrido carbónico que libera al ser una sustancia tóxica. Hasta 2 puntos (0; 0,5; 1; 1,5; 2).

2.- **COHERENCIA.** La coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en el nivel de representación del modelo mental Relación causal clara entre las ideas expresadas. La redacción debe estar bien, con gramática cuidada. Se valora de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

2.1.- Establecimiento de la red causal: Queda explicitada las relaciones causales, el por qué o la consecuencia. Debe resaltarse aquí por qué es vital la función de los glóbulos (abastecer de oxígeno al organismo, fundamental para vivir, extraer el anhídrido carbónico, sustancia tóxica para el organismo y que debe expulsarse,..).Lo importante es valorar el establecimiento de relaciones causales entre las ideas relevantes u otros aspectos que, ligados al lector, doten de mayor coherencia al resumen. También se evalúa en este apartado la relación causal entre la disminución de glóbulos rojos y la anemia, así como sus consecuencias. Así, de esta manera, la anemia se produce como consecuencia de una disminución importante de glóbulos rojos, y tiene como consecuencia un menor aporte de oxígeno (lo que produce fatiga y palidez de piel). Debe hacerse explícito. Hasta 2 puntos [0; 0,5; 1; 1,5; 2].

2.2.- Orden de las ideas: Sigue el orden de secuencial de las ideas, con cierta lógica o cronología, no hay saltos grandes entre ellas. Las ideas siguen una secuencia una secuencia lógica de la descripción de características y las funciones. Puntuación: Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

2.3.- Cohesión escrita. Se evalúa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra. La expresión escrita es correcta, utilizando bien el léxico y la gramática. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

3.- **EXPRESION ESCRITA.** Hace referencia al estilo y la forma, a la personalización y síntesis adecuada (0 a 2 puntos)

3.1.- Resumen “personalizado”. Se elabora sobre una base original, de si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Se evalúa aquí el uso de paráfrasis, y se penaliza o no se puntúa si sigue la estrategia de suprimir y copiar. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. Copia de frases, redundancia o ideas superficiales = 0. Toda la información es relevante = 1.

3.2.- Expresión sintética o concisa. Se puntúa la síntesis, si no hay frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. Expresión incorrecta o descuidada, excesivamente larga, redundante = 0; Un resumen de longitud adecuada (< a 150 palabras) = 1.

ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES ANÓMALOS o INCOMPLETOS

4º Primaria (9 años). 25.000.000.000 es el número, muy aproximado, de los glóbulos rojos que flotan en los 5 litros de sangre que circula a través de nuestro cuerpo. (0-0-0)

4º Primaria (9 años).Que los glóbulos rojos son buenos. (0-0-0)

4º Primaria (9 años). Pues trata sobre la anemia. (0-0-0)

4º Primaria (9 años). Los glóbulos rojos son los que transportan el oxígeno, colorea nuestra sangre. Los que tienen pocos glóbulos rojos no pueden respirar bien y entonces reciben menos oxígeno.(1-1-0,5)

4º Primaria (10 años).25.000.000.000, 5l de sangre contiene nuestro cuerpo ¿Por qué se llaman glóbulos rojos porque tienen la hemoglobina que da a la sangre su color. No se hablaría tanto de esto si su función no fuese colorear la sangre de rojo. La anemia es una disminución de glóbulos rojos. (1-1-1)

- 4º Primaria (10 años). Te habla de que tenemos veinticinco mil millones de glóbulos rojos que circulan en nuestros 5 litros de sangre que tenemos en nuestro cuerpo. Colorean nuestra sangre, también transportan oxígeno a nuestros pulmones y también nos habla de la anemia que es una enfermedad que cuando no tienes 25.000.000.000 de glóbulos rojos te pones pálido y tienes la respiración cansada. (2-1-1)
- 4º Primaria (10 años). Los glóbulos rojos lo que hacen es llevar dióxido de carbono y oxígeno a los pulmones y dar color rojo a la sangre con la hemoglobina y puede haber 25.000 millones de glóbulos rojos. Y la anemia es una enfermedad en la sangre que disminuye los glóbulos rojos por lo tanto, las personas están más fatigadas. (2-1-1)
- 6º Primaria (11 años). Los glóbulos rojos son muchos. Que la anemia es una disminución de glóbulos rojos. Debido a una enfermedad que se sufre de anemia. (0-0,5-0)
- 6º Primaria (12 años). Explica qué es un glóbulo rojo y cómo es. Su pequeño tamaño porque la sangre es roja y cuál es su relación con la hemoglobina. (0-0-0)
- 6º Primaria (12 años). Es un texto que se hacen preguntas así mismas y las responden. Los glóbulos rojos tienen muchos componentes. (0-0-0)

- **ALGUNOS EJEMPLOS DE RESUMENES ACEPTABLES O CASI ACEPTABLES**

- 4º Primaria (9 años). Tenemos 25.000 millones de glóbulos rojos que se encargan de recoger oxígeno y llevan anhídrido carbónico a los pulmones para poder vivir. Además, los glóbulos rojos han perdido su núcleo y ahora tienen hemoglobina que es lo que les da color. (1,5/2/1,5).
- 4º Primaria (9 años). En nuestro cuerpo hay 25.000.000.000 glóbulos rojos en nuestro cuerpo. Los glóbulos rojos son infinitamente pequeños y solo se ven por el microscopio. Estos contienen un pigmento rojo, la hemoglobina, que da color a la sangre. Este pigmento posee una particularidad muy importante, es combinarse con el oxígeno y con el anhídrido carbónico. La anemia tiene menos glóbulos rojos y consigue menos hemoglobina. (2/1,5/1,5).
- 4º Primaria (10 años). 25000000000 es el número de glóbulos que flotan en 5 litros de sangre que circulan en nuestro cuerpo. Son muy pequeños solo pueden verse con el microscopio. Tienen forma de disco. Tienen un pigmento rojo, la hemoglobina. La función de los glóbulos rojos, es en cierta manera, comparable a la de los transportistas. Anemia son menos glóbulos rojos y menos hemoglobina y eso da palidez de los enfermos que sufren de anemia, también menos oxígeno. (2/1,5/1,5)
- 6º Primaria (12 años). Trata de los glóbulos rojos que están compuestos de hemoglobina que se encargan de transportar el oxígeno a todas las células del cuerpo y el dióxido de carbono, echarlo de nuestro cuerpo a través de los pulmones. (0,5/2/1,5)
- 6º Primaria (12 años). En el cuerpo hay 25000000000 de glóbulos rojos celular que transportan hemoglobina que da color a nuestra sangre. Estos se cargan de anhídrido carbónico que depositan en los pulmones y recogen en los pulmones el oxígeno. Así una y otra vez. La anemia es un problema grave de falta de glóbulos rojos. (2/1,5/1).
- 6º Primaria (12 años). En nuestro cuerpo hay 25.000.000 glóbulos rojos. Es preciso que sean infinitamente pequeños. Tienen un pigmento rojo que da a la sangre su color y se llama hemoglobina es como un

conductor que aporta oxígeno y recoge anhídrido carbónico del cuerpo. La anemia es una disminución de glóbulos rojos, y por lo consiguiente tienen la respiración causada y se fatigan rápidamente. (2,5/2/1).

6º Primaria (12 años). Los glóbulos rojos llevan un líquido llamado hemoglobina que es lo que le da el color rojo a la sangre. En nuestro cuerpo tenemos 25.000.000.000 millones de glóbulos rojos. Son infinitamente pequeños, tienen forma de disco. La anemia es una disminución en el nº de glóbulos rojos y te deja mucho cansancio y mucha palidez. (1,5/1/1).

- ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES BUENOS Y EXCELENTES

4º Primaria (9 años). Habla de los minúsculos glóbulos rojos y todo su recorrido. Contienen un pigmento, la hemoglobina. Su función no es solo colorar nuestra sangre. Es algo mucho más importante. Se combina con el oxígeno muy fácilmente y lo lleva por todo el cuerpo. Una disminución de glóbulos rojos es la anemia. Te sientes cansado y de ahí tantos enfermos. (3/2/2).

4º Primaria (10 años). En nuestro cuerpo tenemos 25000000000 de glóbulos, que transportan anhídrido carbónico y oxígeno a los pulmones a todos los órganos del cuerpo. Son minúsculos, sólo se pueden ver en el microscopio. La anemia es una enfermedad de la sangre en la que tienes fatiga y te pones pálido, ocurre por la disminución de glóbulos. (3,5/2,5/2).

4º Primaria (10 años). En nuestro cuerpo tenemos veinticinco mil millones de glóbulos rojos. Son sacos de hemoglobina, se combinan fácilmente con el oxígeno y con el anhídrido carbónico. En los órganos dejan el oxígeno recogido en los pulmones y absorben el anhídrido carbónico. (3/1,5/2).

6º Primaria (12 años). Trata sobre los glóbulos rojos, hay 25000000000 glóbulos rojos circulando por la sangre, se llama glóbulos rojos porque tienen un pigmento rojo llamado la hemoglobina, pero ese pigmento no solo tiene esa función, es que también se combina fácilmente con el oxígeno y con el anhídrido carbónico. Los glóbulos rojos llevan a los órganos el oxígeno y a los pulmones el anhídrido carbónico. La anemia es una disminución de glóbulos rojos. (4/3/2).

6º Primaria (12 años). Tenemos unos 25000000 glóbulos rojos que son los que dan ese color a la sangre. Únicamente contienen hemoglobina. Su función principal es transportar el oxígeno a todas las partes de nuestro cuerpo. Los glóbulos rojos llegan a los pulmones y recogen oxígeno, también se desprenden del anhídrido carbónico que traen de otras partes del cuerpo. Las personas que tienen anemia es por falta de glóbulos rojos por eso están pálidas y tienen respiración cansada y fatiga permanente. (3,5/3/2).

6º Primaria (11 años). Los glóbulos rojos que tenemos veinticinco mil millones en nuestra sangre, contienen una sustancia llamada hemoglobina, que se encarga principalmente de recoger el anhídrido carbónico de las células y llevarlo a los pulmones y de recoger el oxígeno en los pulmones y llevarlo a las células, aparte de darle color a la sangre. La anemia es una enfermedad de la sangre, que se da cuando nos faltan glóbulos rojos. Nos sentimos cansados. (3,5/3/1,5).

7.2.2. Texto 2: "EL HOMBRECITO SABELOTODO"

Este texto corresponde a un texto narrativo de 542 palabras con formato de diálogo y una estructura narrativa y lingüística que se acomoda a estos alumnos de Primaria. El texto es el siguiente:

Sergio era el peor alumno de la clase. Nunca se sabía las lecciones.

Cuando no lo veía el profesor, hacía muecas a sus compañeros, se ponía a cuatro patas, abría los brazos imitando a un avión, daba saltos...

Los chicos se reían y acababan todos castigados.

- Te voy a echar de clase –le decía el profesor, muy enfadado.

- Ya veréis como no lo hace. No puede –les decía Sergio a sus compañeros, riendo bajito.

"¿Por qué no iba a poder echarle?" se preguntaban todos intrigados.

Al fin, Sergio les contó su secreto. Nadie le podía hacer nada malo porque llevaba dentro de su cartera un hombrecito que le protegía. Todos quisieron verlo, pero Sergio no lo permitió. Les dijo que si alguien que no fuera él lo intentaba, el hombrecito desaparecería.

Un día se le acercó Manolo:

- ¿Tu hombrecito puede hacerlo todo?

- Claro –contestó Sergio.

- Pues si consigues que el hombrecito me haga el problema que nos han puesto para mañana, te regalaré estas canicas.

Sergio miró las preciosas bolas de cristal y decidió conseguirlas. Se le ocurrió una idea. Fue a buscar al primero de la clase y le dijo:

- Oye, Pedro, ¿verdad que has hecho ya el problema?

- Sí. ¿Cómo lo sabes?

- El hombrecito me lo ha dicho. Pero me ha dicho también que está mal.

- No puede ser –dijo Pedro.

Pero luego empezó a dudar y preguntó:

- ¿Por qué está mal?

- Déjame. Se lo enseñaré al hombrecito y veremos qué dice –contestó Sergio.

Pedro le entregó el cuaderno. Y Sergio se encerró en los lavabos para copiar el problema.

Luego fue a buscar a Manolo, le dio el problema copiado y recogió las canicas.

Pronto el hombrecito se convirtió en una fuente de regalos para Sergio. Todos acudían a él para que les ayudara. A cambio le daban caramelos, bolígrafos, pinturas... El hombrecito no daba abasto para contestar a tanta pregunta.

¿Cómo se las arreglaba? Sergio ya no gastaba bromas. En clase estaba quieto y pensativo. Y apenas llegaba a su casa se encerraba a estudiar. Sus padres estaban admirados. ¡Sergio estudiando!

Un día, en clase, el profesor hizo una pregunta difícil. Y Sergio fue el único que supo contestarla.

- ¿No me engañan mis oídos? ¿Es Sergio quien ha contestado? –dijo el profesor asombrado.

Uno de los chicos dijo en voz alta:

- Así cualquiera. Se lo dice el hombrecito.

De este modo, el profesor se enteró de la historia del hombrecito.

Después llamó a Sergio a su despacho.

- Vamos a ver, Sergio, de hombre a hombre –dijo el profesor–. Tú y yo no somos unos inocentes como esos otros. Yo sé bien que tú no tienes ningún hombrecito en la cartera. Eso es cosa de niños. Dime, ¿cómo has hecho?

Sonreía guiñándole el ojo como un cómplice. Sergio se sintió halagado y no pudo callar más. Se lo contó todo al profesor.

- La primera vez hice trampa. Luego, para contestar, empecé a mirar en el libro. Pero al final, ¡menudos atracones de estudiar me he dado para saberlo todo y que el hombrecito quedara bien!

Cuando volvió a clase, los compañeros le rodearon:

- ¿Qué te ha pasado? ¿Te ha quitado el hombrecito?

- Nada de eso –respondió Sergio–. Sólo me ha pedido que el hombrecito contestara a una pregunta.

Evaluación del resumen para alumnos de 4º y 6º de Primaria. Supongamos que el resumen a evaluar fuese el siguiente:

Este texto cuenta una simpática historia de cómo un alumno llamado Sergio pasa de ser un alumno problemático, travieso y muy desmotivado en clase a ser un alumno modélico ante el profesor y sus propios compañeros. Toda esta historia se desarrolla en base a un secreto de Sergio, inventado, sobre un pequeño hombrecito al que nadie podía ver excepto Sergio y que, además de protegerle, tenía la propiedad de saberlo todo. Así que a base de mantener este engaño ante sus compañeros a lo largo del tiempo, Sergio se siente obligado a estudiar cada vez más para poder solucionar todas las cuestiones planteadas por sus compañeros de clase. Sergio obtenía así muchos regalos (caramelos, bolígrafos, chocolatinas,...), pero también y sin proponérselo, un merecido respeto. Al final, el profesor descubre el secreto y comprueba que, gracias a ello, Sergio acaba convirtiéndose en un excelente estudiante.

1.- CONTENIDO. El resumen debe reflejar los contenidos esenciales sobre los que se sustenta el texto. La evaluación de este apartado se basa fundamentalmente en el nivel de representación de la base del texto, en la exposición de las ideas más relevantes del texto. El contenido se evalúa de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

1.1.-Introducción: La información debe aludir la existencia de varios personajes/lugar donde transcurre la historia. En este caso los más importantes son el propio Sergio, el hombrecito, los compañeros de clase y el profesor. El lugar donde transcurre la historia es el centro escolar o en la clase. Puntuación (0, 0,5, 1). Para obtener el máximo en esta puntuación deben explicitarse al menos tres personajes (Sergio, el hombrecito y alguno de los otros).

1.2.- Proceso: (cómo). Se describe el proceso en el que se han expuesto las ideas del primer apartado. En este caso la secuencia parte del secreto de Sergio y como el hecho de no desvelarlo le obliga a progresar en sus conocimientos. Debe estar explicitada como en este ejemplo. Puntuación (0, 0,5, 1).

1.3.- Finalidad: (para qué). Aparece la paradoja “La mentira como núcleo central de la historia indicando, y de cómo a partir de ésta Sergio acaba convirtiéndose en el mejor estudiante”. Debe explicitarse en el resumen. En el ejemplo la información aparece al final “*el profesor descubre el secreto y comprueba que, gracias a ello, Sergio acaba convirtiéndose en un excelente estudiante*”. Hasta 2 puntos (0; 0,5; 1; 1,5; 2).

2.- COHERENCIA. La coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en el nivel de representación del modelo mental Relación causal clara entre las ideas expresadas. La redacción debe estar bien, con gramática cuidada. Se valora de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

2.1.- Establecimiento de la red causal: Queda explicitada las relaciones causales, el por qué o la consecuencia. Lo importante es valorar el establecimiento de relaciones causales entre las ideas relevantes u otros aspectos que, ligados al lector, doten de mayor coherencia al resumen. En este texto hay que explicar cómo el hecho de sentirse protagonista, Sergio, no puede desvelar su “secreto” y aparece la relación causal entre mantener ese secreto (causa) y el enorme esfuerzo que debe hacer para mantenerlo (la consecuencia, estudiar mucho para poder responder a las tareas que le demandan sus compañeros de clase). En el ejemplo, esta información aparece en “*Así que a base de mantener este engaño ante sus compañeros a lo largo del tiempo, Sergio se siente obligado a estudiar cada vez más para poder solucionar todas las cuestiones planteadas...*”. Puede evaluarse,

asimismo, las posibles consecuencia de no hacer dicho esfuerzo. Debe hacerse explícito. Hasta 2 puntos [0; 0,5; 1; 1,5; 2].

2.2.- Orden de las ideas: Sigue el orden de secuencial de las ideas, con cierta lógica o cronología, no hay saltos grandes entre ellas. Las ideas siguen una secuencia lógica/cronológica de la historia de Sergio; se expresan de forma ordenada, sobre cómo Sergio a fuerza de mantener una trola se va metiendo cada vez en un lio más gordo y complejo. Si no hay orden no se entenderán estos apartados. Puntuación: Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

2.3.- Cohesión escrita. Se evalúa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra. La expresión escrita es correcta, utilizando bien el léxico y la gramática. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

3.- EXPRESION ESCRITA. Hace referencia al estilo y la forma, a la personalización y síntesis adecuada (0 a 2 puntos)

3.1.- Resumen “personalizado”. Se elabora sobre una base original, de si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Se evalúa aquí el uso de paráfrasis, y se penaliza o no se puntúa si sigue la estrategia de suprimir y copiar. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. Copia de frases, redundancia o ideas superficiales = 0. Toda la información es relevante = 1.

3.2.- Expresión sintética o concisa. Se puntúa la síntesis, si no hay frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. Expresión incorrecta o descuidada, excesivamente larga, redundante = 0; Un resumen de longitud adecuada (< a 150 palabras) = 1.

EJEMPLO 2. Alumno 9 años. 4º Primaria.

Era un niño que se llamaba Sergio y era el peor alumno de su clase hasta que un día dijo que tenía un hombrecito y que solo lo podía ver él. Un día le propusieron el reto de que si el hombrecito le hacía un problema le regalaba algo, entonces empezó a copiar las cosas y a hacer problemas para que le diesen regalos y de tanto estudiar aprendió más que sus compañeros de clase.

1.- CONTENIDO. El contenido se evalúa de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

1.1.-Introducción: La información debe aludir la existencia de varios personajes/lugar donde transcurre la historia. En este caso cita a Sergio, al hombrecito y a sus compañeros. Puntuación = 1.

1.2.- Proceso: (cómo). En este caso la secuencia parte del secreto (implícito) de Sergio y como el hecho de no desvelarlo le obliga a progresar en sus conocimientos. Debe estar explicitada como en este ejemplo. Puntuación= 1.

1.3.- Finalidad: (para qué). Aparece la paradoja “La mentira como núcleo central de la historia indicando, y de cómo a partir de ésta Sergio acaba convirtiéndose en el mejor estudiante”. Debe explicitarse en el resumen. En el ejemplo la información no parece de manera explícita, aunque se adivina implícitamente. Puntuación= 1. Total contenido = 3 puntos

2.- COHERENCIA. La coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en el nivel de representación del modelo mental. Se valora de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

2.1.- Establecimiento de la red causal: Lo importante es valorar el establecimiento de relaciones causales entre las ideas relevantes u otros aspectos que, ligados al lector, doten de mayor coherencia

al resumen. En este texto Sergio, no puede desvelar su “secreto” (tenía un hombrecito y que solo lo podía ver el..., entonces empezó a ..., y de tanto estudiar aprendió...) aparece la relación causal entre mantener ese secreto (causa) y el enorme esfuerzo que debe hacer para mantenerlo. Puntuación = 1,5. (2, según un tercer evaluador).

2.2.- Orden de las ideas: Las ideas siguen una secuencia lógica/cronológica de la historia de Sergio. 1 punto.

2.3.- Cohesión escrita. Se evalúa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra correctamente para el nivel académico que nos encontramos. 1 punto. Total coherencia = 3,5 puntos (4, según un tercer evaluador).

3.- EXPRESION ESCRITA. Hace referencia al estilo y la forma, a la personalización y síntesis adecuada (0 a 2 puntos)

3.1.- Resumen “personalizado”. 1 punto.

3.2.- Expresión sintética o concisa. Se puntúa la síntesis, si no hay frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. 1 punto.

Total expresión escrita = 2 puntos. Total resumen = 8,5 puntos (9, según un tercer evaluador).

- ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES ANÓMALOS o INCOMPLETOS

4º Primaria (11 años). De un niño que es muy bobo que se llama Sergio y siempre hace reír a la clase y saltar y hacer bobadas a los compañeros y él estaba y le dijo que salga de la clase y dijo Sergio me no pueden tocarme tengo a un hombrecito que me defiende. (0,5/0/0,5).

4º Primaria (10 años). Cuando le volvieron a clase los compañeros le rodearon. ¿Qué te ha pasado? Te han quitado el hombrecillo. Nada de eso respondía Sergio. Sólo me han pedido que el hombrecillo contestara a una pregunta.(0/0/0).

4º Primaria (10 años). Se trataba de un niño que se llamaba Sergio. No hacía caso subía los brazos daba saltos hasta que un día empezó a estudiar todos sus amigos se pusieron muy contentos.(0,5/0/0,5).

4º Primaria (10 años). Sergio era un niño que decía que tenía un duende que le ayudaba. Sergio decía que sí le daban cosas a él, el duende les ayudaría. Recogió canicas, caramelos, pinturas. Pero un día un niño le dijo al profesor que había un duende que le decía las respuestas Sergio se lo contó a su profesor y se hizo su cómplice.(1,5/0,5/0).

4º Primaria (10 años). Trata de un niño que se portaba mal en clase y el profesor le decía que le iba a echar de la clase pero no lo echa nunca de clase. Hasta que un día decidió contarle su secreto a los niños. Con el hombrecito conseguía un montón de cosas. Un día un niño de la clase le contó la historia al profesor y el profesor dijo que Sergio fuera a su despacho pero no pasó nada.(1/0,5/0).

4º Primaria (10 años). Sergio era un mal estudiante y le iban a echar y dijo que no porque el llevaba en su cartera un hombrecito que le protegía y se ganó muchos regalos bolis, pinturas, caramelos. Y el profesor le mandó a su despacho y él se lo contó y se fue y en clase se lo contó a todo el mundo de que solo era para una pregunta. (1/0,5/0).

6º Primaria (12 años). Era un niño llamado Sergio que tenía en su mochila un hombrecito. Pero era un mentiroso y al final todo era mentira. Y si sacaba al hombrecillo se escaparía.(0/1/0).

6º Primaria (11 años). Se trata de un niño llamado Sergio que hace muchas bobadas en clase y dice que nunca le puede pasar nada malo y la gente le empieza a preguntar cosas. El “hombrecito” no daba abasto y al final Sergio estudia mucho.(0,5/0,5/0,5).

6º Primaria (12 años). Es un niño que tiene un hombrecito de juguete y Sergio, el niño decía que era mágico, decía que respondía a todas las preguntas.(0,5/0/0).

ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES ACEPTABLES O CASI ACEPTABLES

4º Primaria. 9 años. Sergio era un chico que iba muy mal en el cole, además hacía reír a los demás y ellos serían castigados. Sergio no tenía miedo de que le castigaran porque tenía un hombrecito que le ayudaba, él se lo contó a sus amigos. Y todos empezaron a pedirle ayuda. Sergio empezó a estudiar. Un día el profesor le pregunta y él fue el único que supo responder. Al final le confesó al profesor lo del hombrecito. (2,5/1,5/1).

4º Primaria. 9 años. Sergio era el peor de la clase y se inventó una historia de un hombrecito. Un niño le dijo que el hombrecito resolviera su problema. Sergio copio el problema de otro niño y se lo dio al otro. Después se puso a estudiar y a estudiar y al final fue el niño más listo. (2,5/2/1).

4º Primaria (10 años). Sergio no dejaba de hacer el tonto y un día se inventó una cosa de un muñeco que le daba buena suerte. Un día un amigo suyo le pregunta que si podía hacer un problema a cambio de canicas. La primera vez fue mentira, pero luego lo hizo él. Un día que su profesor hizo una pregunta difícil él la respondió bien, y así fue el más listo de la clase. (3/ 2/1,5).

4º Primaria (10 años). Sergio era un niño que era mal alumno. Hasta que un día se inventó una historia sobre un hombrecillo falso, que les hacía los deberes a los niños. Miraba el libro para responder y se aprendió el tema. (2/1,5/1,5).

4º Primaria (10 años). Sergio era un niño malo en clase. Así que cuando lo iban a castigar él decía: -No porque el hombrecillo me protege. Y empezó a darle trabajo al hombrecillo hasta que su profesor se dio cuenta de que el hombrecillo era Sergio. (2/2/1).

6º Primaria (11 años).Sergio era el peor alumno de su clase cuando el profesor no le miraba hacia tonterías, entonces un día el profesor le amenazó con echarle de clase y entonces Sergio le susurro a sus compañeros (que no podía hacerlo). En el patio los compañeros le preguntaron que por qué no podía hacerlo y él respondió que tenía un hombrecito que le protegía entonces todos empezaron a preguntar respuestas de deberes y tuvo que estudiar para responder a todas. (2/2/1,5).

6º Primaria (12 años).Sergio era un niño que nunca estudiaba ni traía los deberes y además molestaba. Muchos días le decía el profesor que le iba a echar de clase, Sergio siempre decía que no podía y un día sus compañeros le preguntaron ¿por qué no puede echarte el profesor? Porque llevo un hombrecito en su cartera que me protege, contestaba él. Así con los compañeros hacían trueques con el hombrecito. Al final, su profesor acaba enterándose que de tanto hacerles los deberes, se sabía todo y contestaba bien.(2,5/1,5/2).

6º Primaria (12 años).Sergio era un niño que se portaba muy mal en clase y un día dijo que tenía un hombrecito en la cartera que le ayudaba y lo sabía todo. Los niños le daban canicas, bolis, pinturas... A cambio de que el hombrecito les contestara a una pregunta y Sergio empezó a estudiar para saberlo todo, hasta que un buen día el profesor se enteró y le mandó a su despacho, pero cuando Sergio salió les dijo a sus compañeros que le respondió a una pregunta. (2/ 2/1).

6º Primaria (11 años).Es la historia de un niño que está en un colegio y es el peor de la clase. Hace lo que le da la gana y el profesor le dice que le va a echar pero se inventa que tiene un hombrecillo en la cartera y con su astucia llega a ser el primero de la clase y se gana cosas, como canicas. (2/1/2)

ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES BUENOS Y EXCELENTES

- 4º Primaria (10 años). Esto era un niño llamado Sergio. Hacía muecas, saltaba... mientras el profesor no le veía. Un día le dijo a sus compañeros su secreto (el hombrecito). Sergio cuando se lo contó a todos no se lo creían al principio, le hizo una trampa a Pedro para darle los deberes a Manolo, pero luego empezó a estudiar sus compañeros le contaron lo del hombrecito al profesor. El profe llamó a Sergio a su despacho y él le contó toda la verdad. (3/2/2).
- 4º Primaria (10 años). Va de un niño, Sergio, muy travieso que quiere engañar a sus compañeros y al final lo consigue. Les dice que tiene un hombrecito en la cartera y así gana todas las cosas. El hombrecito es muy listo, les contesta todo lo que ellos quieren. Pero para quedar bien con sus compañeros y responder bien, Sergio se puso a atender en clase, llegaba a casa y se encerraba en su cuarto a estudiar. El profesor se enteró de lo del hombrecito y llamó a Sergio a su despacho. Él se lo contó todo. (4/4/2).
- 4º Primaria. 9 años. Sergio era un niño que no contestaba bien a casi nada, la mayoría le decía muy mal pero que muy mal. Un día para chulearse ante sus compañeros se inventó que tenía un hombrecito sabelotodo en la cartera. Eso era mentira pero por esa mentira estudiaba y se encerraba para estudiar y eso fue culpa del hombrecito.(3,5/3/1,5)
- 6º Primaria (13 años). Trata de un alumno llamado Sergio. Sergio nunca sabía las lecciones. Sergio tenía un secreto y se lo contó a sus compañeros, Sergio empezó a hacer los deberes de otros diciendo que era el hombrecillo y sus padres se quedaron asombrados al ver que Sergio estaba todo el día estudiando, al igual que el profesor también se quedó asombrado. Un día en el colegio el profesor llamó a Sergio a su despacho porque sabía que el hombrecito no hacía nada y que Sergio estaba haciendo trampa.(3/3/1,5)
- 6º Primaria (12 años).Trata de un niño llamado Sergio que es el peor alumno de la clase y que inventa que tiene un hombrecito en la cartera que le da suerte. Entonces le empiezan a pedir cosas al hombrecito y, como no existe, él hace las cosas que le han dicho y, al final, para hacer algunas cosas estudia y un día el profesor hace una pregunta que él solo contesta bien y le cuenta la verdad. Al final llegó a ser el mejor de la clase. (4/4/1,5).
- 6º Primaria (11 años). Trata de un niño que era muy vago, hasta que un día su profesor le amenazó con echarle de clase, el niño le dijo a sus compañeros que no le podía echar, todos sus compañeros le preguntaban por qué y él le dijo que porque tenía un hombrecillo en la cartera. A partir de ahí hacía tratos con sus amigos como que un amigo le daba unas canicas a cambio de que el hombrecillo le hiciese unos deberes. Con el paso del tiempo Sergio se volvió muy buen estudiante, pero un día el profesor le hizo una pregunta muy difícil y contestó sólo Sergio. (3/3/1,5).
- 6º Primaria (11 años). Érase una vez un niño que se llamaba Sergio. Sergio era el peor alumno de clase, un día el profesor le echó la bronca y entonces dijo Sergio que tenía un hombrecillo. Entonces así con el hombrecillo conseguía de todo lápices, pinturas... Entonces Sergio tuvo que estudiar mucho para que el hombrecillo no quedara mal. Y al final se lo contó todo al profesor.(4/3/1,5).
- 6º Primaria (12 años). Sergio era el peor de la clase. Un día dijo que tenía un hombrecito en la cartera. Pedro le dijo que resolviera su problema a cambio de las canicas de Manolo. Todos le pedían una cosa a cambio de otra. Cuando llegaba a casa se ponía a estudiar. El profesor hizo una pregunta difícil y Sergio la contestó. Dijeron que se lo dijo su hombrecito. Fue al despacho del director y lo explicó todo.(3/3/1,5).
- 6º Primaria (11 años). Sergio sacaba muy malas notas y era el peor y su profesor le decía que le iba a echar de clase, pero Sergio les decía a sus compañeros que no le podía echar porque tenía un hombrecillo que le protegía. Y desde entonces todos le pedían que le hiciera cosas y desde entonces empezó a estudiar.(3/2/1,5).
- 6º Primaria (11 años). Sergio era un mal alumno entonces se inventó que tenía un hombrecito sabelotodo y sus compañeros le pedían que el hombrecito les hiciese los deberes y Sergio, a cambio, ganaba regalos. Cada vez le iban haciendo preguntas más difíciles a Sergio y éste, para que el hombrecito quedase bien, empezó a estudiar. Así se hizo un alumno estudioso y trabajador.(4/4/2).

7.3.- Criterios generales de evaluación de resúmenes adaptado para cada texto de Secundaria y Universidad

7.3.1.- Texto1: Texto arboles estranguladores. El texto expositivo seleccionado para esta prueba de resumen pertenece a la prueba RESUMEN-sec, titulado *Los árboles estranguladores* (500 palabras, siete párrafos), en el que se describe de manera argumentada el proceso de supervivencia de algunos árboles tropicales y la búsqueda de la luz. Abundan conceptos y términos técnicos con los que se promueve un tipo de comprensión más académica y conceptual. El texto es el siguiente:

En algunas selvas de los trópicos crece una extraña variedad de plantas: son los árboles estranguladores. Se trata de una de las más curiosas adaptaciones al medio. Al principio estas plantas crecen como una enredadera sobre el tronco o las ramas de un árbol ordinario de la selva. Trepar sobre su huésped el estrangulador lo envuelve en una masa de densas raíces; lo estrangula hasta que muere y después vive como un árbol independiente.

La razón de esta manera de actuar está en que en la selva tropical hay una gran competencia por la luz y el sol. Una planta joven que brota en el suelo oscuro del bosque y no está especialmente adaptada a esta condición tiene muy pocas probabilidades de sobrevivir, a menos que se eleve por encima de las copas de los árboles y así pueda tomar la luz necesaria. Los estranguladores resuelven el problema trepar por otros árboles para así ocupar un «lugar al sol» en medio de la densa maraña de la selva tropical.

Entre los estranguladores más corrientes están ciertas higueras del Brasil. Las semillas de estas higueras estranguladoras suelen germinar directamente en las ramas de un árbol alto, a cierta altura, seguramente llevadas por los pájaros y los murciélagos que comen los frutos. La planta que nace produce dos clases de raíces: unas crecen en torno a la rama o tronco del árbol soporte; otras descienden al suelo del bosque, bien a lo largo del tronco o colgando en el aire. El tallo crece hacia arriba para captar la luz del sol. Esta planta joven es una epífita, es decir, una planta que vive sobre otra planta pero de la que no toma sustancia alguna.

En cuanto las raíces que descienden llegan al suelo de la selva, el crecimiento del estrangulador se acelera; engruesan sus raíces rápidamente y pueden formar muchas ramas y hojas. Desde el suelo de la selva es casi imposible distinguir qué partes son las del estrangulador y cuáles otras pertenecen al hospedante. Después se forman nuevas raíces que empiezan a ramificarse sobre la superficie del tronco soportador y pasado el tiempo se va formando una densa malla que rodea al árbol hospedante con un abrazo del estrangulador cada vez más apretado.

Ahora es ya cuando el estrangulador mata al árbol soporte, no sólo impidiendo que su tronco se expanda sino estrujando, apretando el árbol hasta que lo ahoga al impedir que su savia circule y, por tanto, que llegue el alimento a las distintas partes de la planta.

Mientras está asfixiando a su hospedante sus raíces siguen creciendo y robusteciéndose hasta que terminan por cubrir totalmente o casi totalmente el tronco. Una vez que el hospedador muere el estrangulador se ha convertido en un árbol independiente con su copa de ramas y hojas. Algunos estranguladores son de los árboles más grandes de la selva tropical.

Los árboles estranguladores son comunes no sólo en Brasil sino en las selvas húmedas y lluviosas de Australia, Nueva Zelanda y otros varios países.

Criterios específicos de evaluación de resúmenes para el texto “árboles estranguladores”

Evaluación del resumen para alumnos de 2º y 4º de ESO y Universitario. Supongamos que el resumen a evaluar fuese el siguiente:

En las selvas húmedas y lluviosas (Brasil, Nueva Zelanda, Australia), existe una gran competencia por la luz y el sol debido a la enorme densidad de vegetación que hace que no haya apenas luz en su superficie. Como forma de sobrevivir (adaptación al medio, estrategia de supervivencia) existe una curiosa adaptación de algunos árboles (e.g., higuera de Brasil, planta epífita), que trepa sobre su huésped y lo acaba envolviendo en una masa de densas raíces. Como consecuencia lo estrangula, estrujando el tronco del árbol hospedante hasta que lo ahoga al impedir que su savia circule. De esta manera, el árbol huésped muere y, sobre éste, el árbol estrangulador vive como un árbol independiente, ocupando su lugar.

1.- CONTENIDO. El resumen debe reflejar los contenidos esenciales sobre los que se sustenta el texto “árboles estranguladores”. La evaluación de este apartado se basa fundamentalmente en el nivel de representación de la base del texto, en la exposición de las ideas más relevantes del texto. El contenido se evalúa de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

1.1.- Introducción: la información que aquí se presenta debe aludir de manera explícita al árbol estrangulador y al árbol hospedante. Puntuación: No se explicita árbol estrangulador ni árbol hospedante = 0; Solo habla del árbol estrangulador o solo habla del árbol hospedante = 0,5; Habla del árbol estrangulador y del árbol hospedante = 1.

1.2.- Proceso: (cómo). Se describe el proceso en el que se han expuesto las ideas del primer apartado. El árbol estrangulador comienza conviviendo con el árbol hospedante y finalmente lo asfixia y termina siendo un árbol independiente. Resulta útil analogías como “*es o actúa como una enredadera*”, “*es como una especie de enredadera pero mucho más grande*”, “*es una planta trepadora*”, o también se cuenta el doble proceso: “*Algunos parten desde el suelo y otras desde las alturas*”.

Puntuación: No expresado = 0; Expresado insuficientemente (por ejemplo, omitiendo parte del proceso, hablando únicamente del estrangulamiento, pero no de que finalmente mata al hospedante, etc.) = 0,5. Expresado correctamente el proceso = 1

1.3.- Finalidad: (para qué). Se resalta aquí la lucha por la supervivencia (adaptación general), o también la competencia por alcanzar la luz del sol (adaptación particular). Representa la idea central del ensayo. Hasta 2 puntos (0; 0,5; 1; 1,5;

2). Puntuación: No expresado = 0; Expresado de forma muy genérica o implícitamente = 1; Expresado correctamente = 2. Se pueden aplicar valores intermedios.

2.- COHERENCIA. La coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en el nivel de representación del modelo mental Relación causal clara entre las ideas expresadas. La redacción debe estar bien, con gramática cuidada. Se valora de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

2.1.- Establecimiento de la red causal: Queda explicitada las relaciones causales, el por qué o la consecuencia. Lo importante es valorar el establecimiento de relaciones causales entre las ideas relevantes u otros aspectos que, ligados al lector, doten de mayor coherencia al resumen. En este texto hay un hilo argumentativo causal que puede ser más o menos explícito (IDEA GENERAL: *Los árboles estranguladores tienen una forma peculiar de luchar por la supervivencia. Tratan de alcanzar la luz solar en densas selvas tropicales. ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA: Para ello, al principio conviven en otros árboles huésped, poco a poco van rodeándolos con sus raíces, subiendo hacia la cima y bajando hasta el suelo. Finalmente les dan muerte por asfixia y se convierten en árboles independientes*). Hasta 2 puntos [0; 0,5; 1; 1,5; 2].

2.2.- Orden de las ideas: Sigue el orden de secuencial de las ideas, con cierta lógica o cronología, no hay saltos grandes entre ellas. El orden de las ideas sigue una secuencia lógica (LUCHA POR SUPERVIVENCIA – ESTRATEGIA de ADAPTACIÓN). Si el orden es inverso (ESTRATEGIA Y LUCHA) puede estar bien siempre y cuando se expresen bien los contenidos fundamentales del relato. Puntuación: Hasta 1 punto [0, 0,5; 1]. Orden incorrecto o sin poder evaluar el orden porque no hay ideas u orden confuso = 0; Orden expresado correctamente = 1.

2.3.- **Cohesión escrita.** Se evalúa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. La expresión escrita es correcta, utilizando bien el léxico y la gramática. Hay una expresión madura, con signos de puntuaciones correctas, etc.

3.- EXPRESION ESCRITA. Hace referencia al estilo y la forma, a la personalización y síntesis adecuada (0 a 2 puntos)

3.1.- **Resumen "personalizado".** Se elabora sobre una base original, de si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Se evalúa aquí el uso de paráfrasis, y se penaliza o no se puntúa si sigue la estrategia de suprimir y copiar. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. Copia de frases, redundancia o ideas superficiales = 0. Toda la información es relevante = 1.

3.2.- **Expresión sintética o concisa.** Se puntúa la síntesis, si no hay frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. Expresión incorrecta o descuidada, excesivamente larga, redundante = 0; Un resumen de longitud adecuada (< a 150 palabras) = 1.

Ejemplo de evaluación:

EJEMPLO 1.

"Los árboles estranguladores crecen en zonas húmedas. Necesitan mucha luz por eso trepan por los árboles hasta que llegan a la copa que es donde más luz hay. Trepan por el árbol hospedante en el que están sus raíces y estrangula al árbol hasta que muere".

1.- CONTENIDO.

1.1.-**Introducción:** En el resumen aparece explícitamente tanto del árbol estrangulador como del hospedante. Puntuación: 1 punto.

1.2.- **Proceso:** Se comenta el proceso por el que estrangula, aunque demasiado brevemente (por ejemplo, podría comentar que al principio convive con el hospedante y que luego se convierte en un árbol independiente, pero no queda del todo reflejado). Puntuación: 0,5

1.3.-**Finalidad:** (para qué). Comenta las razones por las cuales el árbol estrangulador actúa (*..necesitan mucha luz, por eso trepan...*), pero no explica suficientemente la lucha por la supervivencia. Puntuación: 1 punto. TOTAL CONTENIDO= 1 + 0,5 + 1 = 2,5 PUNTOS

2.- COHERENCIA.

2.1.- **Establecimiento de la red causal:** En este texto hay un hilo argumentativo causal que puede ser más o menos explícito En este caso se hace referencia a la IDEA GENERAL: *Los árboles estranguladores necesitan mucha luz y a la ESTRATEGIA DE LUCHA: Trepan por el árbol hospedante ..., y estrangula al árbol que muere.* En este ejemplo, aparece la estructura causal, aunque no está completamente explicitada. Puntuación: 1 punto.

2.2.- **Orden de las ideas:** El orden de las ideas sigue una secuencia lógica (LUCHA POR SUPERVICENCIA – ESTRATEGIA de ADAPTACIÓN). Puntuación: 1.

2.3.- **Cohesión escrita.** Las ideas descritas, aunque concisas, fluyen de una oración a otra. Hay saltos bruscos. Puntuación: 0,5 puntos. TOTAL COHERENCIA: 1,5 + 1+ 0,5 = 2 PUNTOS

3.- EXPRESION ESCRITA.

3.1.- **Resumen "personalizado".** Se elabora sobre una base original, el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Puntuación 1 punto

3.2.- **Expresión sintética o concisa.** El resumen es muy sintético y la información es relevante. Puntuación: 1 punto. TOTAL EXPRESIÓN: 1+ 1 = 2 PUNTOS. Total resumen ejemplo 1: 6,5 puntos

EJEMPLO 2.

“En la desesperación por sobrevivir en un medio hostil provoca los seres ciertas transformaciones como es el caso del árbol estrangulador, una especie de enredadera que sube toda la superficie del árbol huésped y al final para conseguir que el árbol estrangulador sobreviva, el árbol huésped tiene que morir.”

1.- CONTENIDO.

1.1.-Introducción: En el resumen aparece explícitamente tanto del árbol estrangulador como del hospedante. Puntuación: 1 punto.

1.2.- Proceso: No se comenta el proceso sobre cómo estrangula (si aparece, sin embargo, la analogía de planta trepadora, de la que se infiere que ha entendido el texto, aunque no lo exprese de manera explícita). Punt.: 0,5

1.3.-Finalidad: (para qué). Comenta las razones por las cuales el árbol estrangulador actúa (*..en la desesperación por sobrevivir en un medio hostil, por eso trepan...*), pero no explica suficientemente la lucha por la supervivencia. Puntuación: 1 punto

TOTAL CONTENIDO= 1 + 0,5 + 1 = 2,5 PUNTOS

2.- COHERENCIA.

2.1.- Establecimiento de la red causal: En este texto hay un hilo argumentativo causal que puede ser más o menos explícito En este caso se hace referencia a la IDEA GENERAL: *Los árboles estranguladores necesitan mucha luz y a la ESTRATEGIA DE LUCHA: Trepan por el árbol hospedante ..., y estrangula al árbol que muere.* En este ejemplo, aparece la estructura causal, aunque no está bien expresada. Puntuación: 1 punto.

2.2.- Orden de las ideas: El orden de las ideas sigue una secuencia lógica (LUCHA POR SUPERVIVENCIA – ESTRATEGIA de ADAPTACIÓN). Puntuación: 1.

2.3.- Cohesión escrita. Las ideas descritas, aunque concisas, fluyen de una oración a otra. Puntuación: 1 puntos.

TOTAL COHERENCIA: 1 + 1 + 1 = 3 PUNTOS

3.- EXPRESION ESCRITA.

3.1.- Resumen “personalizado”. Se elabora sobre una base original, de si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Puntuación 1 punto

3.2.- Expresión sintética o concisa. El resumen es muy sintético y la información es relevante. Puntuación: 1 punto.

TOTAL EXPRESIÓN: 1+ 1 = 2 PUNTOS

Total resumen ejemplo 2: 6,5 puntos

- ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES ANÓMALOS o INCOMPLETOS

2º ESO. 13 años. Existe en las selvas (algunas) una planta con dos clases de raíces que crece encima de árboles. (0/0/0).

2º ESO. 15 años. Trata de que un árbol crece con las enredaderas y los "estranguladores" las cortan para que no salgan. (0/0/0).

2º ESO. 14 años. Que en este texto cuentan los árboles estranguladores matan a la gente, éstos árboles están sobre todo en Brasil, Nueva Zelanda y otros varios países, que también cuentan sobre las raíces y semillas de estos árboles. (0/0/0).

2º ESO. 14 años. Este texto habla de una variedad de árboles y de sus características. (0/0/0).

2º ESO. 14 años. Cuenta de una manera sangrienta como los árboles luchan por sobrevivir en la selva, donde casi no hay luz en el suelo. (1/0/0).

4º ESO. 17 años. Habla de cómo es la vida de éste tipo de plantas y de su dura supervivencia. (0,5/0/0,5).

4º ESO. 15 años. Explica cuáles son las técnicas de adaptación y desarrollo de un árbol en la selva. (0,5/0/0,5).

4º ESO. 17 años. Trata de cómo hay plantas o árboles que son muy agresivos (en sentido irónico). Entonces relata un documental escrito de cómo viven, cómo se reproducen, como afecta a la naturaleza. (0,5/0/1).

4º ESO. 15 años. Este texto te cuenta la vida de los árboles estranguladores. 0,5 0 0

4º ESO. 16 años. Cuenta cómo se adaptan los árboles estranguladores en la selva y los tipos que hay. 1,5 0 0,5

4º ESO. 16 años. Hay alguna variedad de plantas. Hay enredadera sobre el tronco a las ramas de un árbol, también hay higueras de Brasil, que suelen germinar en las ramas de un árbol alto, hay raíces que llegan al suelo de la selva. Hay raíces que se ramifican sobre el tronco soportador y se forma como una malla. Hay algunos estranguladores más grandes que la selva tropical. 1 0 0,5

4º ESO. 18 años. El texto trata de la dificultad de crecimiento de los árboles en la selva y del proceso que lleva su crecimiento. Si a este proceso se le oponen dificultades esto será mayor para el árbol. (0/0/0,5).

Universidad. 23 años. El texto habla de las características de los árboles estranguladores parándose, sobre todo, en las características de las higueras de Brasil. Donde nacen, que tipo de planta es, como crece, etc.(1/0,5/1).

Universidad. 21 años. Narra o explica la extraña variedad de plantas que crecen en algunas selvas de los trópicos como Brasil, Nueva Zelanda,... Esta extraña variedad de plantas son los árboles estranguladores. (0,5/0/1).

Universidad. 20 años. En este texto se relata el ciclo de la vida de un árbol estrangulador. Se pone como ejemplo a la higuera de Brasil. (1/ /0/0,5).

- ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES ACEPTABLES O CASI ACEPTABLES

2º ESO. 14 años. Cuenta como hacen los árboles para sobrevivir en la selva tropical. Hay un árbol muy curioso, el estrangulador, que estrangula a otros árboles para ganarse el puesto del sol. Esta historia cuenta como estrangula a otros árboles. (2/1,5/1).

2º ESO. 14 años. Hay una planta en la selva y en otros sitios del mundo llamada estrangulador, porque esta planta crece en otro árbol ya hospedado alto, y poco a poco, el estrangulador ha apretado al huésped hasta el punto en el que la sabia no circula y después de esto, el estrangulador se hace un árbol independiente y así poder tomar más luz. (2,5/1/1, 5).

2º ESO. 14 años. Habla de que hay árboles que estrangulan a otros árboles ya que luchan por la luz. Los pájaros llevan las semillas hasta las ramas más altas de otros árboles y crecen ahí, haciendo bajar las raíces que se enredan al árbol, estrangulándole.(2/2/1,5).

2º ESO. 13 años. Trata sobre unos árboles que estrangulan otras plantas. Se da en distintas zonas como: Brasil, en las selvas húmedas y lluviosas de Australia, Nueva Zelanda y otros países. Mientras estos asfixian a su hospedante sus raíces siguen creciendo robustamente.(1,5/1,5/1).

2º ESO. 16 años. Los árboles estranguladores intentan buscar la luz por encima de los altos árboles de las selvas tropicales. Actúan parecido a las enredaderas y van haciéndose con un huésped que luego formará parte del estrangulador siendo la más común higuera de Brasil. Se alimenta de los nutrientes del árbol hospedante. El árbol crece hacia arriba en busca de la luz. Existen dos tipos de raíces de este árbol que condicionan la estructura final. Esta variedad de planta existe en diversos países.(3/1/2).

4º ESO. 16 años. El texto habla de un árbol que va matando poco a poco a otros árboles para buscar luz y así sobrevivir. Estos árboles van poco a poco enredándose a su presa y poco después van apretando y apretando hasta que la savia no circula. La planta se llama "higueras del Brasil", pero también hay en Nueva Zelanda, Australia, Brasil. (3,5/1,5/1,5).

4º ESO. 16 años. Los árboles estranguladores son plantas adaptadas al medio, estrangula a otro árbol hasta que muere y luego vive como un árbol independiente, esto se debe a la competencia por la luz y el sol. (2,5/1,5/1).

4º ESO. 15 años. En algunas selvas de los trópicos crecen los árboles estranguladores se trata de una de las más curiosas adaptaciones al medio, la planta estranguladora se enrolla al árbol y las raíces crecen en el suelo en el tronco se hace del tamaño del árbol del cual se está sujetando y cuando las raíces y las ramas son del tamaño adecuado la planta estrangula al árbol matándolo. (2/1/1,5).

4º ESO. 15 años. En algunas selvas de los trópicos, crecen los árboles estranguladores. Son unas plantas que crecen alrededor de un árbol ordinario de la selva. Lo va estrangulando pero poco a poco, hasta que la savia no circula y mueren asfixiados. Así consigue llegar a la luz del sol. (3/1,5/1).

Universidad. 23 años. Los árboles estranguladores son plantas que crecen como enredaderas sobre el tronco de otros árboles de la selva. Esto lo hacen para buscar la luz del sol y así, sobrevivir. Las semillas de estos árboles germinan en el suelo del bosque. Finalmente este árbol asfixia al árbol hospedante impidiendo que su savia circule por sus ramas. Estos árboles son comunes también en selvas lluviosas y húmedas(3/1,5/1,5).

Universidad. 21 años. Hay unas plantas que viven en las selvas tropicales, las cuales reciben el nombre de árboles estranguladores porque para poder crecer y desarrollarse se sirven de otros árboles, hasta que estos terminan muriendo. La razón es que, como otras plantas, necesitan de la luz del sol, por lo que "trepan" por los árboles más grandes hasta que lo consiguen. (2,5/2/1,5).

Universidad. 22 años. Los árboles estranguladores nacen en las selvas tropicales, la forma de sobrevivir de estas plantas es la competir por la luz del sol apoderándose de otras plantas. Crecen mientras van estrangulando a la planta en cuestión, que acaba muriendo por la incapacidad para nutrirse. Así, los árboles estranguladores crecen convirtiéndose en uno de los árboles más grandes de las selvas tropicales de distintos países. (2,5/2/2).

Universidad. 21 años. El estrangulador es un árbol de las selvas tropicales que nacen en las ramas de algunos árboles, los pájaros y murciélagos llevan la semilla hasta allí. Cuando crecen, tras haberse aprovechado del árbol que los hospeda, empieza a estrujarlo hasta que lo ahogan.(2/1/1,5).

- ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES BUENOS Y EXCELENTES

2º ESO. 15 años. Hay un tipo de árboles característicos de las selvas lluviosas (y, por lo tanto, húmedas) que se llaman estranguladores, que a mi parecer son plantas trepadoras sólo que más grandes. Se caracteriza por estrangular al árbol que le sirve de soporte y en las selvas que son lluviosas y húmedas hay árboles muy altos a los que les llega la luz del sol y si eres una pequeña planta o árbol no te llega nada, con lo cual los estranguladores se ven obligados a trepar y usa a un árbol de soporte para garantizar su supervivencia.(3,5/4/2).

- 2º ESO. 14 años. El texto cuenta que existen unos árboles estranguladores que van rodeando al tronco de otro árbol, lo van apretando hasta que los matan, también lo pueden hacer creciendo en una rama del árbol y dejando que sus raíces caigan hasta el suelo y luego vayan estrujando el tronco del árbol. Todo esto lo hacen para tener más luz.(3/2/2).
- 4º ESO. 15 años. La supervivencia en la selva para la vegetación es una guerra por conseguir la luz, el árbol estrangulador es un ejemplo. Crece en las selvas de varios países en distintos puntos por el planeta. Los árboles estranguladores se han adaptado al medio y para sobrevivir. Como toda planta necesita luz, su forma de conseguirla es germinando en ramas de árboles las semillas lo más probable es que hayan sido digeridos por la fauna (aves) y hayan acabado en la rama de un árbol, en la que han ido creciendo y enroscándose al árbol hospedante hasta matarlo (por asfixia) y ocupar su lugar. (4/4/2).
- 4º ESO. 16 años. En las selvas, al haber plantas en abundancia el sol no llega al suelo, por lo tanto existe una lucha por la luz solar. Un caso especial es el del árbol estrangulador el cual crece como huésped en otro árbol, crece rápidamente y mata a su hospedante consiguiendo así un lugar privilegiado para poder captar la luz solar, suelen ser árboles grandes y se encuentran en selvas de todas partes del planeta (4/4/2).
- 4º ESO. 16 años. La supervivencia en la selva es una dura batalla en la que no solo se enfrentan los animales, sino también las plantas, en una lucha por la luz solar. En estas densas regiones, como ejemplo de esto se da la planta estranguladora, que germina en las ramas de un árbol mayor y poco a poco a medida que crece, va enrollándose sobre su cuerpo e impidiéndole la circulación de la savia, por lo que el árbol muere. Terminado este proceso el "estrangulador" se posiciona como un árbol independiente.(4/4/2).
- 4º ESO. 15 años. Cierta planta de las selvas tropicales (árboles estranguladores) es peculiar por su forma de desarrollarse. Esta planta empieza a crecer en la zona alta de los árboles y sus raíces empiezan a descender. Cuando las raíces llegan al suelo el árbol huésped está perdido, ya que la planta estranguladora empezará a crecer a mayor velocidad hasta impedir que la savia del árbol huésped circule y lo mate. A partir de este momento, la planta estranguladora es un árbol independiente. (4/4/2).
- Universidad. 22 años. El texto nos describe la manera en que los "árboles estranguladores" consiguen sobrevivir a la carencia lumínica que hay en las profundidades de la selva. Así pues, su supervivencia pasa por la ocupación del espacio del otro: primero trepa por el árbol, lo envuelve con todos sus medios y espera a que sus raíces toquen tierra. En este momento, comienza a crecer rápidamente lo que le permite matar al huésped y adueñarse de su posición.(4/3,5/2).
- Universidad. 20 años. En algunas selvas de los trópicos existen unas plantas que crecen como una enredadera sobre el tronco de un árbol. Esto lo hacen para alcanzar el sol, ya que si no lo hacen, no podrían sobrevivir. Algunas raíces de estos árboles o plantas, cuando llegan al suelo de la selva, el crecimiento se acelera y acaban por estrangular al árbol hospedante hasta matarlo. Cuando éste ya muere, el estrangulador se convierte en un árbol independiente. (4/3,5/ 2).
- Universidad. 26 años. En las selvas tropicales densas de algunos países muchas plantas pueden no sobrevivir debido al poco acceso que tienen al sol. Los árboles estranguladores se hospedan en un árbol de mayor tamaño, lo enredan y acceden a la copa para sobrevivir y acceder al sol, pero poco a poco, su poder y su tamaño consigue "matar" al árbol que lo ha hospedado debido a una fuerte y asfixiante invasión en raíces, tronco, tallos, etc.(4/ 4/2).
- Universidad. 25 años. Los árboles estranguladores suponen un tipo de adaptación al medio de selva tropical utilizando al árbol hospedante como soporte para conseguir la luz necesaria para sobrevivir, que escasea en la selva por su frondosidad. Es un tipo de árbol parecido a una enredadera, que se alimentan de nutrientes, pero aunque no parasitan al hospedante (son plantas epifitas), le provoca la muerte, por constricción, impidiendo que circule su savia. (4/4/2)

7.3.2.- Texto 2: Continuidad en los parques (TEXTO NARRATIVO PARA SECUNDARIA Y UNIVERSIDAD). Evaluación para alumnos de 2º y 4º de ESO y Universitario

El texto narrativo seleccionado (541 palabras en un solo párrafo) corresponde a un pequeño pasaje de Julio Cortázar, considerado como una obra perteneciente al realismo mágico y donde se logra una trasgresión de la cronología narrativa típica, técnica muy recurrente en los escritos de este autor. En dicho pasaje se entremezclan y confunden dos realidades independientes para lograr un único desenlace. Este texto posee una importante complejidad de comprensión, tanto por la estructura narrativa, como por la cantidad de información implícita que requiere, obligando al lector a generar de manera continua inferencias. El texto es el siguiente:

Había empezado a leer la novela unos días antes. La abandonó por negocios urgentes, volvió a abrirla cuando regresaba en tren a la finca; se dejaba interesar lentamente por la trama, por el dibujo de los personajes. Esa tarde, después de escribir una carta a su apoderado y discutir con el mayordomo una cuestión de aparcerías volvió al libro en la tranquilidad del estudio que miraba hacia el parque de los robles. Arrellanado en su sillón favorito de espaldas a la puerta que lo hubiera molestado como una irritante posibilidad de intrusiones, dejó que su mano izquierda acariciara una y otra vez el terciopelo verde y se puso a leer los últimos capítulos. Su memoria retenía sin esfuerzo los nombres y las imágenes de los protagonistas; la ilusión novelesca lo ganó casi en seguida. Gozaba del placer casi perverso de irse desgajando línea a línea de lo que lo rodeaba, y sentir a la vez que su cabeza descansaba cómodamente en el terciopelo del alto respaldo, que los cigarrillos seguían al alcance de la mano, que más allá de los ventanales danzaba el aire del atardecer bajo los robles. Palabra a palabra, absorbido por la sórdida disyuntiva de los héroes, dejándose ir hacia las imágenes que se concertaban y adquirían color y movimiento, fue testigo del último encuentro en la cabaña del monte. Primero entraba la mujer, recelosa; ahora llegaba el amante, lastimada la cara por el chicotazo de una rama. Admirablemente restallaba ella la sangre con sus besos, pero él rechazaba las caricias, no había venido para repetir las ceremonias de una pasión secreta, protegida por un mundo de hojas secas y senderos furtivos. El puñal se entibiaba contra su pecho, y debajo latía la libertad agazapada. Un diálogo anhelante corría por las páginas como un arroyo de serpientes, y se sentía que todo estaba decidido desde siempre. Hasta esas caricias que enredaban el cuerpo del amante como queriendo retenerlo y disuadirlo, dibujaban abominablemente la figura de otro cuerpo que era necesario destruir. Nada había sido olvidado: coartadas, azares, posibles errores. A partir de esa hora cada instante tenía su empleo minuciosamente atribuido. El doble repaso despiadado se interrumpía apenas para que una mano acariciara una mejilla. Empezaba a anochecer. Sin mirarse ya, atados rígidamente a la tarea que los esperaba, se separaron en la puerta de la cabaña. Ella debía seguir por la senda que iba al norte. Desde la senda opuesta él se volvió un instante para verla correr con el pelo suelto. Corrió a su vez, parapetándose en los árboles y los setos, hasta distinguir en la bruma malva del crepúsculo la alameda que llevaba a la casa. Los perros no debían ladrar, y no ladraron. El mayordomo no estaría a esa hora, y no estaba. Subió los tres peldaños del porche y entró. Desde la sangre galopando en sus oídos le llegaban las palabras de la mujer: primero una sala azul, después una galería, una escalera alfombrada. En lo alto, dos puertas. Nadie en la primera habitación, nadie en la segunda. La puerta del salón, y entonces el puñal en la mano. La luz de los ventanales, el alto respaldo de un sillón de terciopelo verde, la cabeza del hombre en el sillón leyendo una novela.

Criterios específicos de evaluación de resúmenes para el texto

“Continuidad en los parques” Evaluación para alumnos de 2º y 4º de ESO y Universitario

1.- CONTENIDO. El resumen debe reflejar los contenidos esenciales sobre los que se sustenta el texto “continuidad en los parques”. La evaluación de este apartado se basa fundamentalmente en el nivel de representación de la base del texto, en la exposición de las ideas más relevantes del texto. El contenido se evalúa de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

1.1.-Introducción: la información que aquí se presenta debe aludir de manera explícita a los personajes de esta historia, la pareja de amantes y el lector de la novela. Puntuación: No se explicita ni a la pareja de amantes ni al lector = 0; Solo habla de uno de ellos (o bien la pareja o bien el lector) = 0,5. Explicita correctamente a todos los personajes (la pareja de amantes y el lector de la novela) = 1.

1.2.- Proceso: (cómo). Se describe el proceso en el que se han expuesto las ideas del primer apartado, esto es, que el lector finalmente se encuentra absorto en la lectura de un libro en la que se describe el último encuentro de dos amantes, un hombre y una mujer, que están preparando el asesinato del marido de ella. Se describe detalladamente cómo estos personajes preparan un plan minucioso para llegar al objetivo final, cometer el asesinato y donde ella detalla a su amante cómo llegar hasta la habitación donde se encuentra su marido. Puntuación: No expresado = 0; Expresado insuficientemente, omitiendo parte del proceso = 0,5. Expresado correctamente el proceso = 1

1.3.- Finalidad: (para qué). Se resalta aquí el objetivo de la pareja de amantes, el asesinato del marido. También puede aparecer aquí la finalidad del autor de solapar dos planos de la realidad que describe, la del lector (y marido), y la pareja de amantes que aparecen en el argumento de la novela y que pretenden asesinar al marido de ella. Hasta 2 puntos (0; 0,5; 1; 1,5; 2).Puntuación: No expresado = 0; Expresado de forma muy genérica o implícitamente = 1; Expresado correctamente = 2. Se pueden aplicar valores intermedios.

2.- COHERENCIA. La coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en el nivel de representación del modelo mental Relación causal clara entre las ideas expresadas. La redacción debe estar bien, con gramática cuidada. Se valora de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

2.1.- Establecimiento de la red causal: Queda explicitada las relaciones causales, el por qué o la consecuencia. Lo importante es valorara el establecimiento de relaciones causales entre las ideas relevantes u otros aspectos que, ligados al lector, doten de mayor coherencia al resumen. En este texto hay un hilo argumentativo causal que puede ser más o menos explícito. Recuérdese que el autor establece una trasgresión de la cronología narrativa típica, donde se entremezclan y confunden dos realidades independientes para lograr un único desenlace. Se debe hacer explícito, por tanto, que Cortázar une los dos planos de la realidad, la del personaje que lee el libro con la historia contenida dentro del libro, y que ambas realidades se funden en el desenlace. El marido de la novela es, en realidad, el lector de la novela. Que la consecuencia inmediata es que el lector (e marido) va a ser asesinado por el amante de su mujer. Hasta 2 puntos [0; 0,5; 1; 1,5; 2].

2.2.- Orden de las ideas: Sigue el orden de secuencial de las ideas, con cierta lógica o cronología, no hay saltos grandes entre ellas. El orden de las ideas sigue una secuencia lógica (el lector y la placida lectura y la narración de los personajes en busca de la resolución de la trama con el asesinato del marido). La secuencia final une ambos planos dentro de la misma realidad. Si el orden es inverso (primero se une ambos planos de la realidad y se analizan cada uno de ambos planos seguidamente) puede considerarse como correcta siempre y cuando se expresen bien los contenidos fundamentales del relato. Puntuación: Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].Orden incorrecto o sin poder evaluar el orden porque no hay ideas u orden confuso = 0; Orden expresado correctamente = 1.

2.3.- Cohesión escrita. Se evalúa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra. La expresión escrita es correcta, utilizando bien el léxico y la gramática. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1].

3.- EXPRESION ESCRITA. Hace referencia al estilo y la forma, a la personalización y síntesis adecuada (0 a 2 puntos)

3.1.- Resumen "personalizado". Se elabora sobre una base original, de si el contenido se expresa con las propias palabras del que resume. Se evalúa aquí el uso de paráfrasis, y se penaliza o no se puntúa si sigue la estrategia de suprimir y copiar. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. Copia de frases, redundancia o ideas superficiales = 0. Toda la información es relevante = 1.

3.2.- Expresión sintética o concisa. Se puntúa la síntesis, si no hay frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. Hasta 1 punto [0, 0,5: 1]. Expresión incorrecta o descuidada, excesivamente larga, redundante = 0; Un resumen de longitud adecuada (< a 150 palabras) = 1.

Dada la complejidad de la evaluación de este texto propondremos varios ejemplos de evaluación, encontrándose más ejemplo y modelos de resumen en los apartados finales de esta evaluación.

EVALUACIÓN DEL RESUMEN EJEMPLO 1 (universitaria, 22 años).

Un caballero adinerado que había tenido que ocuparse de sus negocios en los últimos días, vuelve a casa deseando recuperar la lectura del libro que comenzó días atrás. Se acomodó en su estudio, en su sillón de terciopelo verde y recordando todo tal y donde lo había dejado prosiguió su lectura. Estaba atardeciendo y él se desconectaba de su realidad a medida que se iba introduciendo en la historia de los amantes. Ellos se encontraron en la cabaña del monte, no había tiempo de caricias, tenían que llevar a cabo un plan. Su única herramienta, un puñal, su objetivo, un cuerpo que destruir. Al anochecer se separaron en la puerta de la cabaña, ella fue hacia el norte, él corrió en dirección contraria hacia la casa. No había perros, ni mayordomo, siguió las indicaciones que la mujer le había dado y sus palabras se repetían en su cabeza. En la puerta del salón, puñal en la mano y tras la puerta el sillón de terciopelo verde dejaba ver la cabeza del hombre leyendo una novela.

1.- CONTENIDO. Este resumen es un caso que puede ser considerado como paradigmático del contenido del texto, pues refleja los contenidos sobre los que se sustenta el texto, pero no sobre los conocimientos previos de los que requiere el alumno para comprenderlo. Dicho resumen se basa exclusivamente en el nivel de representación de la base del texto, en la exposición de las ideas más relevantes tomadas del mismo. Sigue, además, su misma estructura, su misma secuencia, casi las mismas palabras, pero de una manera más sintética. En realidad es una reproducción más o menos literal del texto original. El contenido se evalúa de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

1.1.-Introducción: la información que aquí se presenta alude de manera explícita a los personajes de esta historia, la pareja de amantes y el lector de la novela. Puntuación = 1.

1.2.- Proceso: (cómo). Se describe el proceso en el que se han expuesto las ideas del primer apartado, esto es, que el lector finalmente se encuentra absorto en la lectura en la que se describe el último encuentro de dos amantes, un hombre y una mujer, que están preparando el asesinato de un hombre que lee una novela. Se describe detalladamente cómo estos personajes preparan un plan minucioso para llegar al objetivo final, cometer el asesinato y donde ella detalla a su amante cómo llegar hasta la habitación donde se encuentra al lector. Puntuación = 1.

1.3.- Finalidad: (para qué). Se resalta aquí el objetivo de la pareja de amantes..."su objetivo, un cuerpo que destruir". Podría en el mejor de los casos otorgarle la máxima puntuación en este apartado. Puntuación = 2, aunque otro evaluador le otorgó un 1,5.

Total puntuación contenido= 4 puntos (ó 3,5 puntos, para otro evaluador en este estudio).

2.- COHERENCIA. Al contrario de lo bien que se ajusta este resumen en el apartado de contenido, este resumen puede considerarse como un caso anti paradigmático de la coherencia del texto, pues si bien

refleja los contenidos sobre los que se sustenta el texto, no aparece los conocimientos previos de los que requiere el alumno para comprenderlo. Recordemos aquí que la coherencia supone la formación de representaciones mentales a partir de la correcta interpretación del argumento del texto. Se basa, fundamentalmente, en el nivel de representación del modelo mental, lo que requiere de mucha activación por parte del lector de sus conocimientos previos y de la realización de inferencias. De esta manera, el lector no parece percatarse del solapamiento de las dos realidades o de la intención del autor por transgredir la realidad. Se valora de **0 a 4 puntos**, teniendo en cuenta los siguientes apartados:

2.1.- Establecimiento de la red causal: En este resumen no queda explicitada las relaciones causales, el por qué o la consecuencia. No se definen ni se destacan los dos planos de la realidad: la del personaje que lee el libro con la historia contenida dentro del libro. El marido de la novela es, en realidad, el lector de la novela. En este caso en el resumen aparece el inminente asesinato del lector (consecuencia inmediata), pero no se identifica al lector con el marido de la amante, que el lector va a ser asesinado por el amante de su mujer. Se trata de un resumen demasiado pegado al texto original, como si el objetivo del resumen fuese sólo una reproducción lo más literal posible del texto y no entrar en ninguna otra opción. No hay aportación de conocimientos previos. Puntuación= 0.

2.2.- Orden de las ideas: Sigue el orden de secuencial de las ideas, con cierta lógica o cronología, no hay saltos grandes entre ellas. El orden de las ideas sigue una secuencia lógica (el lector y la placida lectura y la narración de los personajes en busca de la resolución de la trama con el asesinato del lector). Pero en dicha secuencia no aparece lo esencial, la unión de los dos planos dentro de la misma realidad. Puntuación=0 puntos.

2.3.- Cohesión escrita. Se evalúa la claridad y cohesión entre ideas explicitadas en el resumen. Las ideas descritas fluyen de una oración a otra. En este caso, la expresión escrita es correcta, utiliza bien el léxico y la gramática. Hay una expresión madura, con signos de puntuaciones correctas, etc. Pero le falta la información esencial que se deduce del texto a través de los conocimientos previos. Puntuación=0,5.

Total puntuación coherencia = 0,5 puntos

3.- EXPRESION ESCRITA. Hace referencia al estilo y la forma, a la personalización y síntesis adecuada (0 a 2 puntos)

3.1.- Resumen "personalizado". En este caso el resumen no está personalizado, sino que se elabora sobre la base original del texto, no se hace uso de paráfrasis. No se considera desde este punto de vista un texto personalizado, pues copia expresiones y frases del texto original. Puntuación = 0.

3.2.- Expresión sintética o concisa. Se puntúa la síntesis, si no hay frases innecesarias, superficiales o ideas repetidas y si su extensión no sobrepase las 150 palabras. En este caso el texto sobrepasa las 150 palabras (175), aunque no hay expresiones incorrectas, descuidadas o redundantes. Puntuación = 0 (o 0,5 para otros evaluadores del estudio).

Total puntuación expresión escrita = 0 puntos (0,5 puntos para otro evaluador)

Total puntuación del resumen = 4 puntos (o 3,5 puntos) + 0,5 puntos + 0 puntos (o 0,5 puntos) = 4,5 puntos

- **ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES ANÓMALOS o INCOMPLETOS**

2ºESO (14 años). Trata sobre un señor, y lo que le ocurre, cuando está leyendo una novela. Los chicos/as de antes y los de ahora.(0/0/0).

2ºESO (14 años). Un hombre que retoma la lectura del libro, y se enganchó de nuevo al libro. Había discutido con su mayordomo y tenía un amante.(0/0/0).

2ºESO. 13 años. Un hombre de negocios retoma en su casa por negocios urgentes y según va leyendo, se va imaginando cada pasaje que le ocurre a los personajes: dos amantes que se encuentran por última vez en una cabaña del monte. (1,5/0/1).

2ºESO (14 años).Un hombre y una mujer mantenían su amor en secreto, eran amantes. Un día se vieron en una cabaña de un bosque. El hombre rechazaba los impulsos de pasión de su amante. Cuando anochece se fueron a su casa corriendo después de aquella tarde. (0/0,5/0).

2ºESO (14 años). Trata de un hombre y una mujer enamorados. Que son amantes. Quedaron el último día para despedirse en una cabaña en el bosque. (0/0/0).

2ºESO (14 años).Él había empezado a leer la novela unos días antes. La abandonó por negocios urgentes, cuando volvió a abrirla cuando regresaba a la finca después de escribir a su apoderado y discutir con el mayordomo volvió a leer con tranquilidad. Su memoria retenía sin esfuerzo los nombres y las imágenes de los protagonistas; la ilusión novelesca lo ganó enseguida. Gozaba del placer perverso de irse dejando línea a línea de lo que le rodeaba. (1/1/2).

4ºESO. 16 años. Trata de un señor que cuando llega a su finca se dispone a seguir leyendo una novela que tuvo que dejar. Esta novela parece que le gusta bastante por que disfruta leyéndola. Luego un señor entra en su casa con un puñal en la mano. (0,5/0/0).

4ºESO. 16 años. Un día cualquiera, después de su regreso, estaba tranquilamente la novela. Mientras tanto, dos amantes, dos caminos, un final, todo debía decidirse aquella noche si querían ser felices.(1/0/0,5).

4ºESO. 16 años. Trata sobre una persona que al parecer es rico y atareado, pero que encuentra un rato para leer una novela. Al parecer esa novela está resumiendo una serie de hechos que les llevaron al lugar donde se encuentra (0,5/0,5/0).

Universitario/a. 22 años. Un hombre de negocios retoma la lectura del libro que había abandonado por el trabajo. Queda reflejada (en el texto) la facilidad que tiene para "dejarse llevar "por lo que está leyendo, hasta tal punto de ponerse en el lugar de los personajes.(0,5/0,5/0).

Universitario/a. 21 años. Cuenta la historia de un hombre que está leyendo (intentando leer) una novela, pero que ésta lectura es interrumpida por llevar a cabo una serie de planes de dudosa legalidad moral.(0,5/0/0).

Universitario/a. 24 años. Un hombre está leyendo en su sillón favorito una novela que ilusionaba por sus líneas y las imágenes de sus protagonistas. Era el atardecer tras las ventanas, y mientras fumaba, iba siendo absorbido por la trama de pasión por amor y puñales. (0,5/0/0,5).

Universitario/a. 23 años. La combinación de los distintos aspectos sobre los que se fundamenta la vida diaria de la "mayoría" de las personas. Sobre todo se centra en las versiones, profesional (trabajo), cultural (lectura) y sentimental (relaciones interpersonal). (0/0/1).

- ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES ACEPTABLES O CASI ACEPTABLES

2ºESO. 13 años. Un hombre que estaba leyendo una novela, se sentó en su sillón del estudio y se puso a leer los últimos capítulos. Se dio cuenta, que a pesar de haber dejado la novela hace días, se acordaba de todo. Y fue terminando el libro, reviviendo el último encuentro de los personajes, mientras se preparan para matarlo. (1,5/2/1).

2ºESO (14 años).Un señor muy ocupado de negocios había dejado a medias una novela. Una tarde decidió seguir con la lectura y acomodándose en su sillón de terciopelo volvió a recordar a los personajes y todo lo que había sucedido en la historia. Pero llegó a un punto de la historia en que uno de los personajes entró en la habitación del que estaba leyendo. (1,5 /2/1).

2ºESO (15 años). Trata de un dueño de la finca que está leyendo una novela después de escribir una carta a su apoderado y discutir con su mayordomo. Y que va a ser asesinado por el amante de su mujer ya que su mujer y el amante idean un plan. (2/2/1).

4ºESO (16 años). Había un hombre en una finca leyendo una novela, la tuvo que dejar ya que se iba a un viaje de negocios, cuando volvió continuó su lectura. El lector comenzó a leer los antes se encontraban en la cabaña del monte, ella sentía sus besos con sangre, su puñal en el pecho y el desprecio sus caricias, se preparaban para ejecutar su plan, ella se marchó al norte, él se marchaba hacia la casa, los perros no debían ladrar, no lo hicieron el mayordomo no estaba, entró en la casa, buscó y encontró en el salón sentado en el sillón a su víctima. (2,5/1/1).

4ºESO (16 años). No había tenido tiempo para acabar la novela, pero cuando por fin encontró un momento, se aposentó en su sillón verde provisto a terminarla. La historia le emocionaba, dos amantes se encontraban furtivamente en una cabaña y en la oscuridad de la noche, ella pedía el asesinato del marido. El amante, receloso, avanzó a grandes pasos hacia la casa y entró, se acercó a la sala descrita por ella y finalmente lo vio, sentado en su sillón verde. (2/2/2).

4ºESO (15 años). Era un empresario aficionado a la lectura que estaba leyendo una novela en su sillón de terciopelo. Los amantes llegaron a la casa del amate y su encuentro fue algo tenso. Estaban planeando entrar en la casa para cometer un crimen y aprovecharon la oportunidad ya que el mayordomo se encontraba fuera. El amante se encontró al lector sentado en su sillón y leyendo la novela. (2/1/1,5).

Universitario/a (21 años). Un hombre adinerado lee una novela en el salón de su finca. La novela cuenta la historia de dos amantes que planean el asesinato del marido de ella, para poder amarse en libertad. Cuando los dos amantes se separan, él se dirige a la finca del marido a matarle..., pero parece la misma casa que la del lector. (2,5/2/1).

Universitario/a (23 años). Un hombre de negocios encuentra un momento en el sillón de terciopelo de su despacho para enfrascarse en la lectura de un libro que narra la historia de dos amantes que planean asesinar al adinerado marido de la mujer. El amante se dirige a la casa con un puñal, cruza la estancia y se dirige al despacho del marido donde lo encuentra leyendo en su sillón de terciopelo. (2,5/2/1).

Universitario/a (20 años). Un hombre de negocios lee una novela en la que un amante y una mujer han planeado el asesinato de su marido. Lo que el lector no sabe es que él es el marido en la novela. (2,5/2/1).

Universitario/a (21 años). Cuenta la historia de un hombre que está leyendo una novela y cuenta la historia de que una mujer casada tiene un amante y juntos planean la muerte del marido de la mujer. Finalmente el lector se da cuenta de que el marido al que quieren asesinar es él. (2,5/2/1).

Universitario/a (24 años). Un hombre está muy motivado leyendo una novela, deja todo para poder seguir leyéndola. En la novela se relata el encuentro de dos amantes, uno con un puñal con intención de matar a alguien, la mujer sale huyendo, el asesino se adentra en una casa, donde se encuentra con el mismo lector, leyendo, en un sillón de terciopelo verde. (2,5/2/1).

- **ALGUNOS EJEMPLOS DE RESÚMENES BUENOS Y EXCELENTES**

2ºESO (13 años). Un hombre está leyendo en su butaca y poco a poco se va metiendo en la historia: dos amantes se encontraron en una cabaña secreta en el bosque. Se amaban muchísimo, pero no fue un encuentro de amor, y después de pasar un largo rato juntos se fueron por dos caminos opuestos. Todo estaba previsto. Él iba con su puñal a una casa donde había un hombre leyendo en una butaca. (3/3/2).

2ºESO (14 años). Un hombre rico vuelve de un viaje de negocios y se pone a leer una novela en su casa. En ese momento, pero en otro lugar, su mujer está perfilando con su amante el plan que juntos han ideado para matarle. Después de un rato se separan, él se dirige a la casa para matar al marido y ella escapa para que no la relacionen con el crimen. (3,5/3,5/2).

2ºESO (13 años). Un hombre, con una vida muy ocupada, empezó a leer una novela. Le gustaba perderse por sus páginas y retenía con facilidad los nombres y las imágenes de los protagonistas. Leyó el encuentro de una mujer con su amante, que decidía ir a buscar al marido de su amada para matarle y así poder estar con ella sin esconderse. Lo que el hombre no sabe, es que esa historia es la suya y que a quien están a punto de clavarle un puñal es a él. (3,5/4/2).

2ºESO (13 años). El relato trata de un hombre que se está leyendo una historia, retomada por cosas de trabajo y "deberes". Cuenta que hay un hombre y una mujer que son amantes y que en su último encuentro están muy tensos. Deciden que cada uno debe seguir su camino porque el amante debía matar al marido de la mujer. Entonces, entra en la habitación del marido que era el lector de la novela y lo mata. (3,5/4/2).

4ºESO (16 años). Un empresario lee una novela que al final está muy vinculada a su vida real. En la novela lee que una mujer está con su amante en una cabaña, preparando un plan para acabar con el marido. En amante lleva un puñal y poco a poco se va acercando a la casa, hasta que entra en ella y al subir a las habitaciones superiores, se encuentra con el empresario que estaba leyendo, en su sillón de terciopelo. (4/3,5/2).

4ºESO (16 años). Mientras el dueño de la finca está leyendo una novela, su mujer se encuentra en la cabaña del bosque con su amante, para acabar de planear la muerte de su marido. El encuentro es frío, y la mujer parte hacia el norte a la vez que el amante se dirige a la casa con el puñal en el pecho. Todo sale como estaba previsto y el amante se encuentra con el lector de la novela, que sin darse cuenta está leyendo los preparativos de su muerte. (3/3/2).

4ºESO (15 años). Un hombre rico empieza a leer una novela, y la deja unos días por negocios. Después se sienta en su sillón de terciopelo y retoma la novela. Él es capaz de imaginarse todo en imágenes. La novela cuenta la reunión de dos amantes que planifican la muerte del esposo, la mujer se encargará de distraer al mayordomo y el amante de apuñalar a su marido. Cuando el amante llega a la casa, se descubre que el lector es el marido de su amante. (3/3/2).

4ºESO (15 años). Un hombre está leyendo una novela. Se acomoda en su sillón y se sumerge en la lectura. La novela relata el encuentro de dos amantes que han planeado un crimen. El lector se siente imbuido por lo que están haciendo los amantes. Misteriosamente, los hechos que están leyendo transcurren en un escenario idéntico al que le rodea. Finalmente, el amante está a punto de matar al lector, mientras este atiende al final de la novela. (4/4/2).

Universitario/a (23 años). Un hombre se ha empezado a leer una novela pero tiene que dejarla sin terminar por negocios. Cuando pudo volver a empezarla para terminar de leerla se acomoda en un sillón y empieza a imaginarse las escenas: una mujer y su amante. El amante tiene un cuchillo para cumplir su objetivo. El amante se va a la casa con el cuchillo en la mano y llega a la habitación donde está el marido y su objetivo: el hombre sentado en un sillón leyendo una novela. (2,5/2,5/2).

Universitario/a (23 años). Tras llegar de un viaje de negocios, el propietario de la finca siguió con la lectura del libro que había empezado días atrás. El libro narra como una mujer se encuentra con otro hombre en una cabaña en el monte. Ese encuentro era diferente a todos los anteriores, ya que tenían un plan diferente: matar al marido de esta. Con la llegada del anochecer, la mujer se fue hacia el norte mientras su amante iba hacia la casa de ella para cometer el asesinato. Al final de texto, el autor da a entender como lo que el dueño de la finca está leyendo es su propio asesinato y él es el marido de la mujer. (4/4/2).

Universitario/a (24 años). El protagonista, un hombre que después de solucionar problemas de su negocio, vuelve a su casa para leer la novela que le tiene atraído. Busca el rincón que le suele gustar para leer cómodamente la novela. La lectura trata de unos amantes que preparan el asesinato del marido de la amante. Se reúnen en una cabaña; después de describir el encuentro, preparan el golpe final de su plan; con todo lujo de detalles ella describe cómo llegar a la habitación donde se encuentra su marido; ha controlado toda la situación para que el amante pueda realizarlo con toda impunidad. Al final el escritor nos descubre que el lector de la novela es el mismo personaje al que van a matar; el marido está leyendo cómo le van a asesinar. (4/4/2).

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Shabanah, A., I. (2005). Summarization Strategies Adopted by the Senior Level Female Students of the Department of English at King Saud University. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master's Degree in Applied Linguistics in the Department of English at the College of Arts, King Saud University.
- Anaya, D. (2005). Efectos del resumen sobre la mejora de la metacompreensión, la comprensión lectora y el rendimiento académico. *Revista de Educación*, 337, 281-294.
- Andreassen, R. y Braten, I (2010). Examining the prediction of reading comprehension on different multiple-choice tests. *Journal of Research in Reading*, 33, 3, 263-283.
- Armbruster, B. B., Anderson, T. H. y Ostertag, J. (1987). Does text structure/summarization instruction facilitate learning from expository text? *Reading Research Quarterly*, 22, 331-346.
- Beck, I. L., McKeown, M. G., Hamilton, R. L., & Kucan, L. (1997). *Questioning the Author: An Approach for Enhancing Student Engagement with Text*. Delaware: International Reading Association.
- Brown, A. L., y Day, J. D. (1983). Macro-rules for summarizing texts: The development of expertise. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22, 1-14.
- Brown, A. L., Day, J. D., & Jones, R. S. (1983). The development of plans for summarizing texts. *Child Development*, 54, 968-979.
- Cordero-Ponce, W. L. (2000). Summarization instruction: Effects on foreign language comprehension and summarization of expository texts. *Reading Research and Instruction*, 39, 329-350
- Cutting, L. & Scarborough, H. (2006). Prediction of reading comprehension. *Scientific Studies of Reading*, 10, 277-299.
- García, T. y León, J. A. (2010). Narrative causality comprehension. A comparative study between secondary school students and university students through a summary writing task. *Psicología Educativa*, 16, 157-176.
- Guthrie, J. T., Wigfield, A., et al., (2004). Increasing reading comprehension and engagement through concept-oriented reading instruction. *Journal of Educational Psychology*, 96, 403-423.
- Hadwin, A. F., Kirby, J. R., & Woodhouse, R. A. (1999). Individual differences in note-taking, summarization and learning from lectures. *Alberta Journal of Educational Research*, 45, 1-17.
- Hidi, S. y Anderson, V. (1986). Producing written summaries: Task demands, cognitive operations, and implications for instruction. *Review of Educational Research*, 56, 473- 493.
- Idris, N., Sapiyan Baba, M. y Abdullah, R. (2008). Using Heuristic Rules from Sentence Decomposition of Experts Summaries to Detect Students' Summarizing Strategies. *International Journal of Humanities & Social Sciences*, 21, 28 - 32.
- INCE (1997). *Tercer Estudio Internacional de Matemáticas y Ciencias (TIMSS)*. MEC. Madrid.
- INCE (2003). *Conocimiento y destrezas de los alumnos de 15 años. Resultados en España del estudio PISA 2000*. MEC. Madrid.

- Irrazabal, N., Saux, G., Burin, D. y León, J. A. (2005). El resumen. Evaluación de la comprensión lectora en estudiantes universitarios. *Facultad de psicología – UBA/Anuario de investigaciones*, 13, 25-39.
- Jorge, R. y Kreis, L. (2003). The influence of Reading upon writing in EFL student`s summarizing process- An experiment. *Fragmentos*, 25, 103-120.
- Karbalaei, A. y Rajyashree, K. S. (2010) The impact of summarization strategy training on University ESL learners `reading comprehension. *The international Journal of Language Society and Culture*, 30, 41–53.
- Kendeou, P., van den Broek, P. & White, J. (2007). Comprehension in preschool and early elementary children: skill development and strategy interventions. En D. S. McNamara (Ed.), *Reading comprehension strategies. Theories, interventions and technologies* (pp. 47-71). Nueva York,: LEA.
- Kintsch, E., Steinhart, D., Stahl, G. y LSA research group (2000). Developing summarization skills through the use of LSA-based feedback. *Interactive Learning Environments*, 8, 87-109.
- Kirkland, M. R. y Saunders, A. P. (1991). Maximizing student performance in summary writing: Managing cognitive load. *TESOL Quarterly*, 25, 105-121.
- Klauda, S. L. & Guthrie, J. T., (2008). Relationships of three components of reading fluency to reading comprehension. *Journal of Educational Psychology*, 100, 310-321.
- Landauer, T. K. y Dumais, S. T. (1997) A solution to Plato's problem: the Latent Semantic Analysis theory of the acquisition, induction, and representation of knowledge. *Psychological Review*, 104, 211-240.
- León, J. A. (2004). *Adquisición de Conocimiento y comprensión: Origen, evolución y método*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- León, J.A. y Otero, J. (2009). Procesos metacognitivos y tareas de resumen en la lectura: implicaciones para la interpretación de los resultados del estudio PISA. *Revista AULA*, 179, 47-51.
- León, J.A., Escudero, I. y Olmos, R. (2012). *Ecomplec: Una propuesta de evaluación de la comprensión lectora en Primaria y Secundaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- León, J.A., Escudero, I., Olmos, R., Sanz, M^a. M., Dávalos, T. y García, T. (2009). Ecomplec: Un modelo de evaluación de la comprensión lectora en diversos tramos de la Educación Secundaria. *Psicología Educativa*, 15, 123-142.
- León, J.A., Olmos, R., Escudero, Cañas, J.J. & Salmerón, L. (2006). Assessing Summaries With Human Judgments Procedure and Latent Semantic Analysis in narrative and expository texts. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers Journal*, 38, 616-627.
- Ministerio de Educación (2009). La lectura en PISA: marcos y pruebas de evaluación. *Catálogo de Publicaciones del Ministerio: www.institutodeevaluación.educación.es*
- Nelson, J. R., y Smith, D. J. (1992). The effects of teaching a summary skills strategy to students identified as learning disabled on their comprehension of science text. *Education and Treatment of Children*, 15, 228-243.
- Nelson, T. O., & Narens, L. (1990). Metamemory: A theoretical framework and new findings. *The Psychology of Learning and Motivation*, 26, 125-141.
- Norisma I., Sapiyan B. and Rukaini A. (junio 2007). An Analysis on Student-Written Summaries: A Step towards Developing an Automated Summarization Assessment. *Proceedings of the International Conference on Electrical Engineering and Informatics Institut Teknologi Bandung, Indonesia*.

- Oakhill, J. & Cain, K. (2007). Issues of causality in children. En D. S. McNamara (Ed.), *Reading comprehension strategies. Theories, interventions and technologies* (pp. 47-71). Nueva York, LEA.
- OCDE (2003). Learning for Tomorrow's World: First Results from PISA 2003.
- OCDE (2003). Learning for Tomorrow's World: First Results from PISA 2003.
- OCDE (2007). PISA 2006: Science Competencies for Tomorrow's World. OCDE.
- OCDE (2009). PISA 2009 Assessment Framework - Key Competencies in Reading, mathematics and Science.
- Olmos, R., León, J. A., Escudero, I. Jorge-Botana, G. (2009). New algorithms assessing short summaries in expository texts using latent semantic analysis. *Behavior Research Methods*, 41, 944-950.
- Otero, J., Caldeira, M.H., Gomes, C.J. (2004). The influence of the length of causal chains on question asking and on the comprehensibility of scientific texts. *Contemporary Educational Psychology*, 29, 50-62.
- Otero, J.C., León, J.A. y Graesser, A.C. (eds.) (2002). *The psychology of science text comprehension*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rehder, B., Schreiner, M. E., Wolfe, B. W., Laham, D., Landauer, T. K. y Kintsch, W. (1998). Using Latent Semantic Analysis to assess knowledge: Some technical considerations. *Discourse Processes*, 25, 337-354.
- Rinehart, S. D., Stahl, S. A., y Erickson, G. L. (1986). Some effects of summarization training on reading and studying. *Reading Research Quarterly*, 21, 422-438.
- Sanz, M. y León, J.A., (2010). Algunas sugerencias sobre como estimular habilidades precoces para la mejora de la comprensión lectora y del conocimiento de la lengua. *Revista Padres y Maestros*, 333, 17-20.
- Schroeder, S. (2011). What Readers Have and Do: Effects of Students' Verbal Ability and Reading Time Components on Comprehension With and Without Text Availability. *Journal of Educational Psychology*. 103, 877- 896.
- Taylor, K. (1983). Can college students summarize? *Journal of Reading*, 26, 524-528.
- Thiede, K. W. y Anderson, M. C.M. (2003). Summarizing can improve metacomprehension accuracy. *Contemporary Educational Psychology*. 28, 129-160.
- Thomas, S., y Bridge, C. A. (1980). A comparison of subjects' cloze scores and their ability to employ macrostructure operations in the generations of summaries. In M. L. Kamil y A. J. Moe (Eds.), *Perspectives on reading research and instruction. Twenty-ninth yearbook of the national reading conference* (pp. 69-77). Washington, DC.
- Vadlapudi, R., & Katragadda, R. (2010). Quantitative evaluation of grammaticality of summaries. *Computational Linguistics and Intelligent Text Processing*, 64, 736-747.
- Yaacov Petscher y Young-Suk Kim. (2009). The utility and accuracy of oral reading fluency score types in predicting reading comprehension. *Journal of School Psychology* 49, 107-129.
- Yu, Guoxing (2007). Students' voices in the evaluation of their written summaries: Empowerment and democracy for test takers? *Language Testing*, 24, 539-572.
- Zipitria, I., Arruarte, A., Elorriaga, J. A., y Díaz de Llaraza, A. (2007). Hacia la automatización de la evaluación de resúmenes desde la experiencia cognitiva. *Revista Iberoamericana de Informática Educativa*, 5, 49-61.

**Terapia de Aceptación y Compromiso vs. Terapia
Cognitivo-Conductual para cuidadores familiares de
personas con demencia: resultados de un estudio
aleatorizado**

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	i
1 Introducción	1
1.1. Contexto de la atención familiar a las personas con demencia	1
1.2. Consecuencias del cuidado	3
1.3. Intervenciones para cuidadores	5
1.4. Las intervenciones psicoterapéuticas: estado de la cuestión, limitaciones y retos	7
1.5. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Vs. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	8
1.6. Eficacia diferencial de las intervenciones TCC y ACT	14
Objetivos e hipótesis	15
2 Método	17
2.1. Participantes	17
2.2. Variables e Instrumentos	18
2.3. Procedimiento	23
Terapia Cognitivo-Conductual adaptada al cuidado (TCC)	26
Terapia de Aceptación y Compromiso adaptada al Cuidado (ACT)	27
2.4. Análisis de datos	30
3 Resultados	32
3.1. Participación a lo largo del estudio	32
3.2. Diferencias entre participantes y no participantes en el estudio	34
3.3. Diferencias previas entre cuidadores que mantienen su participación a lo largo del estudio y aquellos que abandonan el estudio en fases post-intervención o seguimiento	37
3.4. Diferencias entre condiciones de intervención previas a la intervención	39
3.5. Efectos de la intervención con el paso del tiempo en variables clave	41
3.6. Significación clínica de los resultados	50
3.7. Predictores de cambio en sintomatología depresiva	55
3.8. Evaluación de la implementación de la intervención	56
4. Discusión	65
4.1. Participantes y desarrollo del estudio	67
4.2. Eficacia de las intervenciones	69
4.3. Predictores de cambio en sintomatología depresiva	75
4.4. Implementación de la intervención	76
4.5. Limitaciones del estudio	77
4.6. Propuestas de mejora y líneas futuras	80
4.7. Conclusiones generales	82
Referencias bibliográficas	84

RESUMEN

Introducción

El número de trabajos en los que se compara la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es escaso, especialmente incluyendo sus efectos de larga duración. A pesar de que las intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado los mayores niveles de eficacia en los cuidadores de personas con demencia, algunos estudios muestran que algunas personas no responden de forma eficaz a este tratamiento. Hasta donde conocemos, no se ha realizado ningún estudio en el que se analice la eficacia de una terapia ACT para cuidadores, tanto de personas como demencia como de otras poblaciones. Los cuidadores familiares de personas con demencia presentan niveles de malestar psicológico y físico significativamente superiores a cuidadores de personas con problemas funcionales y a personas no cuidadoras.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es comparar la eficacia diferencial de una Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con una Terapia Cognitivo Conductual (TCC), ambas comparadas con un grupo control en formato de mínimo contacto terapéutico, para reducir el malestar (síntomatología depresiva y ansiosa) de cuidadores familiares de personas con demencia.

Método

Fueron contactadas 377 personas telefónicamente, de las cuales 170 no pasaron a la entrevista inicial por no cumplir el criterio básico de inclusión (no ser cuidadores familiares principales). Una vez realizada la evaluación inicial, 70

cuidadores no cumplieron con el criterio principal de tener una puntuación elevada en sintomatología depresiva, reflejada en una puntuación igual o superior a 16 en la escala CES-D. La muestra final del estudio estuvo compuesta por 137 cuidadores familiares de personas con demencia, que fueron aleatoriamente asignados a las condiciones de intervención: ACT (n =45); TCC (n = 43) y GC (49). Además de las características sociodemográficas y variables como el estado funcional y cognitivo de la persona cuidada, se evaluó en tres momentos (pre-intervención, post-intervención y seguimiento) la sintomatología depresiva, la ansiedad, la evitación experiencial del cuidado, los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado y la frecuencia de actividades de ocio. Se evaluó, además, la implementación de la intervención.

Resultados

No se encontraron diferencias previas a la intervención entre condiciones de intervención en las variables analizadas. Se han encontrado efectos significativos de la interacción entre la condición de intervención y la fase de la evaluación en sintomatología depresiva ($F = 6.33$; $p < .01$; $np2 = .17.$), ansiedad ($F = 5.01$; $p < .01$; $np2 = .14$), evitación experiencial del cuidado ($F = 3.12$; $p < .05$; $np2 = .09$) y pensamientos disfuncionales sobre el cuidado ($F = 5.24$; $p < .01$; $np2 = .15$). El tamaño del efecto de los efectos simples (d de cohen) ha sido elevado o medio para todas las variables en las condiciones ACT y TCC, no encontrándose diferencias significativas en el GC, si bien el tamaño del efecto en la fase de seguimiento decae de forma importante para la mayoría de las variables. Un porcentaje significativo de cuidadores presenta cambios clínicamente significativos, medidos según el índice de cambio fiable, especialmente en la fase

post-intervención. Los resultados del análisis de la implementación de la intervención aportan información de utilidad para la posible mejora de las intervenciones.

Conclusiones

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio en el que se ha llevado a cabo una intervención ACT con familiares cuidadores de personas con demencia. Los resultados de este estudio sugieren que tanto la intervención ACT como la TCC son eficaces para reducir el malestar (depresión y ansiedad) de los cuidadores familiares de personas con demencia. Muestran efectos significativamente superiores a los encontrados a través de un grupo control en formato de mínimo contacto terapéutico, si bien los resultados sugieren que añadir sesiones de mantenimiento podría favorecer una prolongación de los efectos de la intervención en el tiempo. Este estudio parece confirmar la mayor eficacia de las intervenciones individuales sobre las grupales. Tal y como muestran los resultados del análisis de la implementación de la intervención, ambas intervenciones son muy bien recibidas y serían recomendadas a personas en situaciones similares a las de los participantes en el estudio.

1. INTRODUCCIÓN

"Hay cuatro tipos de personas en el mundo: las que han sido cuidadoras, las que lo son en este momento, las que lo serán en un futuro y las que necesitarán que las cuiden"

Rosalyn Carter

1.1. Contexto de la atención familiar a las personas con demencia.

Cuidar a un familiar mayor con demencia es una experiencia vital que implica elevados costes físicos, emocionales y económicos para las familias implicadas. Las estimaciones auguran que el número de familias afectadas por esta situación en el mundo se va a incrementar en los próximos años a un ritmo alarmantemente rápido, hablándose incluso de una auténtica epidemia mundial asociada al envejecimiento de la población (Brookmeyer, Johnson, Ziegler-Graham y Arrighi, 2007). Según el INE (enero de 2009), entre los años 2008 y 2018 se prevé un crecimiento de la población mayor española de 64 años de un 19,2%, frente a un intervalo entre 4,7% y 13,1% de la población menor de 64. Igualmente, las tasas de prevalencia de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer se duplican cada cinco años a partir de los 65 (Ferri et al., 2005). En torno a 400.000 personas padecen Alzheimer en España (Del Barrio et al., 2005), si bien esta cifra puede ser bastante superior al haber muchas personas no diagnosticadas. A esta cifra habría que sumar aquellas personas mayores con otras demencias, enfermedades o condiciones de fragilidad que provocan dependencia.

La atención a las personas mayores dependientes se ha llevado a cabo tradicionalmente por las familias, especialmente por las mujeres, estimándose que

el 83% de la atención que reciben las personas mayores dependientes es proporcionada en el contexto familiar-comunitario (IMSERSO, 2005). Factores como el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, unidos a otros como la incorporación de la mujer al mundo laboral remunerado y la reducción de la natalidad, están provocando un aumento significativo del porcentaje de población dependiente y una reducción significativa del número y tamaño de las redes informales de apoyo. La importancia de los cuidadores desde el punto de vista socioeconómico se incrementará de forma drástica en un futuro cercano, dado que la población envejece y cada vez se vive más (aumentando el riesgo de fragilidad y dependencia). La relevancia del fenómeno de la dependencia ha favorecido actuaciones como la aprobación de la conocida como “Ley de la Dependencia” (BOE, 2006; Ley 39/2006). Además de que las expectativas generadas por la aplicación de esta Ley no están siendo satisfechas, especialmente debido al contexto de crisis económica (Mateos et al., 2010), esta Ley presenta importantes debilidades en cuanto a la atención a las personas cuidadoras tales como, por ejemplo, una escasa o nula referencia a la importancia de las intervenciones con cuidadores, especialmente las psicoeducativas o psicoterapéuticas (por ej., Losada et al., 2007; Mateos et al., 2010).

Si bien es indudable que la aprobación de esta Ley supone un importante avance político y social de nuestra sociedad en su camino hacia la construcción de un modelo satisfactorio de atención a la dependencia, facilitando una mayor convergencia entre los cuidados formales e informales a las personas dependientes, la realidad es que surge en un contexto en el que los recursos disponibles para ayudar a las familias afectadas son escasos e insuficientes (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005) y apenas existen estudios

empíricos que evalúen su eficacia (Losada y Montorio, 2005). Se espera que, tal y como se señala en el artículo 36 y en la disposición adicional décima de la citada Ley, se fomente la investigación dirigida a analizar la eficacia de servicios de atención a la dependencia y de los mecanismos implicados en su efectividad.

Los datos obtenidos por el estudio IMSERSO (2005) sobre cuidadores informales indican que en el 5,1% de los hogares españoles (725.870 hogares) viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años en aquellas tareas de la vida cotidiana que no pueden realizar por sí mismas. En el caso específico de los cuidadores de familiares con demencia son muchas las tareas que tienen que llevar a cabo y estas evolucionan con el desarrollo de la enfermedad.

1.2. Consecuencias del cuidado

Dada la prolongada esperanza de vida de las personas con Alzheimer (Larson et al., 2004) y el elevado número de horas diarias que han de dedicar los cuidadores familiares a la atención de sus familiares (más de 70 horas semanales; Weiss et al., 2005), no es sorprendente que el cuidado haya sido descrito como un estresor crónico que afecta de forma significativa a las vidas de los cuidadores (Vitaliano et al., 2003). La literatura disponible es contundente a la hora de reflejar los efectos negativos que el cuidado, especialmente de personas con demencia, tiene sobre los cuidadores, tanto sobre su salud psicológica (depresión, ansiedad...) como física (sistemas cardiovascular e inmune) (Pinquart y Sörensen, 2003; Vitaliano et al., 2003). Tomando como ejemplo la depresión, el porcentaje de cuidadores con niveles significativos de sintomatología depresiva varía según

los estudios entre un 28% y un 55%, estimándose que un 22,3% llega a presentar trastornos depresivos (Cuijpers, 2005). El riesgo de desarrollar depresión a lo largo de un año es hasta 4 veces más probable en las personas cuidadoras que en las no cuidadoras (Joling et al., 2010). Además, se ha encontrado que un incremento en 5 puntos en la escala de depresión CES-D (Radloff, 1977) predice un incremento del 20% del riesgo cardiovascular en cuidadores (Mausbach et al., 2007). Diferentes estudios de meta-análisis han encontrado abundante evidencia de que los cuidadores tienen más malestar (depresión, estrés, ansiedad, etc.) que los no cuidadores, siendo esto especialmente así para cuidadores mayores, mujeres y esposos (Pinquart y Sörensen, 2003; Pinquart y Sörensen, 2011).

El riesgo de malestar emocional es mayor para cuidadores de personas con demencia que para muestras de cuidadores de personas con problemas físicos de salud y muestras mixtas. Datos longitudinales han mostrado incluso que los cuidadores de personas con demencia en situación de estrés tienen un riesgo de mortalidad 63% mayor que el de controles no cuidadores (Schulz y Beach, 1999). Los estudios longitudinales sugieren, además, que el malestar emocional se mantiene relativamente estable para los cuidadores a lo largo de años (Clay, Roth, Wadley, y Haley, 2008), siendo esta estabilidad especialmente consistente para las mujeres cuidadoras (Li, Selzter, y Greenberg, 1999). Se concluye, por lo tanto, que no parece observarse un ajuste o adaptación natural a la situación del cuidado (Knight y Losada, 2011).

1.3. Intervenciones para cuidadores

Con el fin de disminuir la intensidad de los estresores y el malestar emocional generados en el cuidador, desde finales de los años 70 hasta la actualidad se han desarrollado diversos tipos de intervenciones entre los que podemos destacar los apoyos formales de respiro (por ej., centros de día), los programas de apoyo mutuo o autoayuda, las intervenciones psicoeducativas, las intervenciones psicoterapéuticas y los programas multimodales (López y Crespo, 2007; Sörensen, Pinquart y Duberstein, 2002):

En la literatura existen varios estudios de revisión de las intervenciones con cuidadores llevados a cabo por investigadores de nuestro contexto sociocultural (López y Crespo, 2007), y en el ámbito internacional se desarrollan cada vez más estudios de meta-análisis (Acton y Kang, 2001; Brodaty, Green y Koschera, 2003; Knight, Lutzky y Macofsky-Urban; 1993; Olazarán et al., 2010; Yin, Zhou y Bashford, 2002; Sörensen et al., 2002) dirigidos a extraer conclusiones sólidas sobre la eficacia de las intervenciones analizando de forma conjunta muchas de ellas.

La mayor parte de las intervenciones llevadas a cabo son de tipo psicoeducativo y tienen una duración muy variable, siendo así que algunas intervenciones duran una única sesión y otras hasta 11 años (Olazarán et al., 2010). Las intervenciones con cuidadores parecen eficaces a la hora de retrasar o evitar la institucionalización del familiar con demencia (Olazarán et al., 2010) pero, en general, (excluyendo las psicoterapéuticas y las multicomponente) no son muy eficaces a la hora de reducir la sobrecarga del cuidador (Acton et al., 2001). Si bien es cierto que la sobrecarga ha sido una de las variables más analizadas para

estudiar la eficacia de las intervenciones con cuidadores, su carácter multidimensional y global hace que no sea la mejor variable para comprobar el resultado de dichos tratamientos (Acton et al., 2001).

De los cuatro tipos de intervenciones mencionadas anteriormente, *las intervenciones de tipo psicoterapéutico y psicoeducativas son las que han presentado mayores niveles de eficacia para reducir el malestar emocional del cuidador* (Olazarán et al., 2010; Sörensen et al., 2002). Las intervenciones psicoterapéuticas han mostrado incluso consecuencias positivas en la sintomatología de las personas mayores cuidadas (Sörensen et al., 2002).

Pese a que los resultados de los estudios son, en general, mejorables, lo cierto es que la mayoría de los cuidadores están bastante o muy satisfechos con las intervenciones. Perciben que han mejorado y la mayoría de ellos volvería a incorporarse al tratamiento de nuevo (Brodaty et al., 2003). Los tratamientos consiguen en general reducir los niveles de depresión, o de sintomatología, el tiempo hasta la institucionalización, incrementar el bienestar subjetivo, la satisfacción con el cuidado o el conocimiento de los cuidadores con tamaños del efecto de entre 0,14 y 0,68 (Brodaty et al., 2003; Knight et al., 1993; Pinquart & Sörensen, 2006). En general puede decirse que las intervenciones consiguen un efecto pequeño pero significativo (Brodaty et al., 2003).

1.4. Las intervenciones psicoterapéuticas: estado de la cuestión, limitaciones y retos

Las intervenciones psicoterapéuticas son consideradas tratamientos empíricamente validados para reducir el malestar emocional del cuidador familiar de personas con demencia (depresión, ansiedad, carga, etc.) (Gallagher-Thompson y Coon, 2007). Dentro de estas intervenciones, la investigación muestra que las intervenciones cognitivo-conductuales tienen los mayores niveles de eficacia (Gallagher-Thompson y Coon, 2007; Pinquart y Sörensen, 2006).

A pesar de lo anterior, y lamentablemente, a día de hoy la aplicación de programas de intervención dirigidos a cuidadores de personas con demencia, así como la investigación realizada en torno a la eficacia de los mismos, sigue siendo muy limitada. No hay, y quizás no pueda haber, un tratamiento empíricamente validado que se demuestre eficaz para disminuir la problemática emocional de todo tipo de cuidadores. Los resultados sobre la eficacia de las intervenciones analizadas son más bien modestos (López y Crespo, 2007). A esta falta de eficacia de las intervenciones ha contribuido el hecho de que los criterios de inclusión para participar en los tratamientos dirigidos a mejorar la problemática emocional de los cuidadores no siempre han tenido en cuenta si los cuidadores se encontraban, de hecho, emocionalmente afectados, esto es, con niveles elevados de malestar emocional. Esto puede hacer que, en alguno de los estudios, se produzca un efecto suelo que dificulte encontrar mejorías significativas tras las intervenciones, pues un cuidador con niveles bajos de malestar emocional en la línea base tan solo puede mantenerlos o empeorarlos (Acton et al., 2001; Brodaty et al., 2003; Olazarán et al., 2010). Parece, pues, que la investigación apunta hacia la conveniencia de *dirigir las intervenciones a cuidadores emocionalmente*

afectados, es decir, con niveles comprobados de malestar emocional en las evaluaciones pretratamiento (Zarit y Leitsch, 2001). Sin embargo, los familiares que cuidan de familiares con demencia son un grupo de difícil acceso para los distintos profesionales de la salud que se plantean ayudarles a mejorar su problemática emocional, pues se encuentran centrados en el paciente y altamente sobrecargados (Brodaty et al., 2003; Crespo y López, 2007). A pesar de que los estudios publicados sobre intervenciones no suelen informar del número de *rechazos* de los tratamientos, éstos suelen ser muy altos.

En cuanto al formato de las intervenciones, la investigación ha puesto claramente de manifiesto que *las intervenciones grupales tienen un impacto menor* (Olazarán et al., 2010; Sörensen et al., 2002; Yin et al., 2002), casi la mitad (Knight et al., 1993), *que las intervenciones individuales* a la hora de reducir la problemática emocional. Pese a ello, gran parte de las intervenciones en el ámbito de los cuidadores de personas con demencia se han llevado a cabo en formato grupal, habiendo un claro distanciamiento entre la práctica clínica y los resultados que arrojan los estudios empíricos.

1.5. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Vs. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Las intervenciones cognitivo-conductuales (TCC) suelen incluir dos grandes objetivos y, de forma correspondiente, dos módulos de intervención: uno cognitivo y otro conductual. El objetivo de tipo cognitivo es disminuir la frecuencia y/o modificar creencias y pensamientos disfuncionales o negativos relacionados con el cuidado (por ej. "Un cuidador no debe equivocarse ni perder el control", "realizar

actividades de ocio teniendo a un familiar enfermo es de egoístas”), que se consideran elementos clave antecedentes del malestar del cuidador o de un afrontamiento inadecuado del mismo (por ej., si se piensa "Nadie como yo sabe cuidarle" es probable que no se pida ayuda). El otro gran objetivo de las intervenciones TCC es cambiar una serie de comportamientos y estrategias de afrontamiento del cuidador, ya que se entiende que éstas están manteniendo su malestar emocional, instaurando nuevas formas de comportarse y de afrontar su situación. Como consecuencia de las altas demandas a las que se ven sometidos los cuidadores (muchas horas al día de cuidado durante un tiempo prolongado), no es infrecuente que éstos dejen de realizar *actividades de ocio* y tiempo libre, lo que repercute negativamente en sus niveles de malestar. En este sentido, la TCC busca entrenar a los cuidadores para que aumenten la frecuencia de actividades gratificantes y, por tanto, accedan a una mayor tasa de reforzamiento en su vida. Igualmente, los programas TCC también suelen incluir entrenamiento en habilidades concretas de afrontamiento, tales como técnicas de relajación, habilidades para pedir ayuda y para modificar de comportamientos problemáticos de la persona con demencia (Losada, Márquez-González & Romero-Moreno, 2011).

A pesar de que las intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado los mayores niveles de eficacia en los cuidadores de personas con demencia, algunos estudios muestran que algunas personas no responden de forma eficaz a este tratamiento (por ej., Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz y Lewinsohn, 2011).

Teóricamente, es posible que existan otros procesos de cambio o mecanismos de acción que complementen a los propios de la terapia cognitivo conductual y que pueden ser útiles para trabajar con algunos familiares de

personas con demencia que no se benefician de este tipo de intervención (Márquez-González, Romero-Moreno y Losada, 2010). Desde nuestra experiencia clínica, cambiar algunos pensamientos de los cuidadores en relación a sus familiares resulta especialmente complicado, pues existen pensamientos negativos que “vuelven” una y otra vez, generándoles un gran malestar, y que son muy difíciles de controlar, tales como "¿Pero qué sentido tiene todo este esfuerzo si no se va a poner bien?" o "La única solución de esta situación es que mi familiar muriese". Asimismo, es frecuente que algunos cuidadores, a pesar de ser entrenados en la planificación de actividades agradables, presenten ciertas dificultades para “desconectar” mientras realizan actividades de ocio, informando de emociones negativas durante la realización de dichas actividades (por ej., altos niveles de culpabilidad). Por otro lado, el carácter psicoeducativo y la directividad implícitas en la TCC y en su transmisión a los cuidadores del mensaje "cuídate a tí mismo/a cambiando tu forma de afrontar el cuidado", principal objetivo de las intervenciones, no encaja bien con algunas de estas personas, que viven más centradas en el bienestar de sus familiares enfermos que en el suyo propio y que se esfuerzan cada día al máximo por dar lo mejor de sí mismos como cuidadores, pudiéndoles resultar, por tanto, difícil aceptar y "digerir" esas instrucciones que implican cambiar su forma de pensar y de actuar.

Uno de los mayores retos de los clínicos a la hora de realizar intervención psicológica con cuidadores es enseñarles a distinguir, de entre las situaciones a las que se tienen que enfrentar, cuáles son modificables y cuáles no (Lévesque et al., 2002). Es frecuente observar en la población cuidadora cómo por intentar cambiar lo que no se puede cambiar se produce un considerable coste emocional y físico y un alejamiento de las actividades relacionadas con los valores

personales en diferentes áreas vitales. En este sentido, desde hace algunos años, los investigadores vienen reivindicando la relevancia que presenta la *potenciación de la aceptación de experiencias internas* adversas (pensamientos, emociones, sensaciones) negativas como un aspecto clave en el proceso de adaptación al cuidado (Losada, Márquez-González, Romero-Moreno y López, en prensa; Spira et al., 2007).

Es fácil constatar que una gran parte de la situación de cuidado implica numerosos aspectos externos (estresores y problemas) e internos (sufrimiento, malestar emocional) que son, en gran medida, inmodificables. Cuidar a una persona mayor con demencia implica ser testigo constante de sus limitaciones y debilidades, cada vez más incapacitantes a medida que progresa la dependencia. Estas características hacen de la situación de cuidado un contexto vital que, inevitablemente, les va a generar pensamientos y emociones "incómodas" de distinta índole y de mayor o menor intensidad: rabia, tristeza, desesperanza, enfado, etc.

Por tanto, la naturaleza de la situación de cuidado de un familiar dependiente demanda de sus protagonistas la *capacidad de aceptar* numerosos aspectos y elementos adversos pero inmodificables o muy difíciles de modificar, tanto externos (diagnóstico del familiar, déficits cognitivos, pérdida de autonomía, algunos componentes de comportamientos problemáticos, etc) como internos (pensamientos, emociones, sensaciones corporales negativas), de cara a adaptarse a ella. Puede definirse la aceptación como la tendencia activa de permitir la ocurrencia y desarrollo de experiencias internas (e.g., pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones fisiológicas) sin tomar ninguna medida para alterar su forma o frecuencia (Hayes et al., 2004).

La actitud contraria a la aceptación, que se ha denominado *evitación experiencial*, definida como la tendencia a intentar controlar y/o evitar la presencia de eventos internos molestos o desagradables (emociones, pensamientos, recuerdos, sensaciones) y las circunstancias que los generan (Hayes et al., 1996), se ha relacionado positivamente con consecuencias psicológicas negativas en población general y clínica (para una revisión, Hayes et al., 1996). Además, la evitación experiencial puede interferir con un procesamiento emocional adaptativo ya que, paradójicamente, intentar evitar o controlar eventos inevitables (pensamientos o emociones negativas) puede incluso aumentar los niveles de malestar psicológico a modo de “efecto boomerang” (Campbell-Sills, Barlow, Brown, y Hofmann, 2006; Rachman, 1980). Esta tendencia puede influir, asimismo, en el alejamiento de la persona de sus valores personales, fuentes de significado en su vida, ya que la impulsa a estar más centrada en la eliminación del malestar a corto plazo que en la consecución de sus metas y objetivos relacionados con sus valores (Orsillo, Roemer, y Barlow, 2003).

La *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) se ha desarrollado como la vía terapéutica para hacer frente a los problemas psicológicos en los que la evitación experiencial ocupa un papel central, en ocasiones asociada a la presencia de situaciones adversas en gran medida inmodificables. Tal y como se ha comentado previamente, la terapia ACT está incluida dentro de las denominadas terapias conductuales de tercera generación, denominadas así porque, a diferencia de los anteriores enfoques (incluida la TCC), no se centran en la eliminación o cambio de los síntomas cognitivos sino en la modificación de su función, alterando el contexto en el que resultan disfuncionales: el contexto de la literalidad del lenguaje o identificación del

propio pensamiento con la realidad (fusión cognitiva). Los tres pilares básicos de la terapia ACT son: a) la aceptación de las experiencias internas, consideradas como inmunes al control voluntario de las personas; b) la elección de direcciones valiosas en la vida, identificando y comprometiéndose con los propios valores que dan significado a la vida; y c) la planificación y realización de acciones realistas y concretas comprometidas con los propios valores, persiguiendo objetivos y metas que permitan avanzar en las direcciones deseadas.

Un meta-análisis muestra que la evidencia a favor de la eficacia de la terapia ACT está creciendo de forma rápida en los últimos años (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006). Así, existen datos que avalan su eficacia para problemáticas como la depresión (Zettle y Rains, 1989), los trastornos de ansiedad (Dalrymple y Herbert, 2007) o el dolor crónico (McCracken y Eccleston, 2006).

Sin embargo, hasta donde conocemos, no se ha realizado ningún estudio en el que se analice la eficacia de una terapia ACT para cuidadores, tanto de personas como demencia como de otras poblaciones, con la excepción de un estudio piloto en el que una intervención grupal mostraba resultados prometedores (Márquez-González, Romero-Moreno y Losada, 2010). Por otro lado, la investigación sobre la eficacia de ACT presenta una limitación importante: en muchos casos, los estudios carecen de grupo control o no permiten la comparación del programa ACT con los programas cognitivo-conductuales estandarizados. En este sentido, resulta evidente la necesidad de contar con estudios de intervención que permitan comparar los resultados de programas ACT con los obtenidos en otro tipo de programas empíricamente respaldados (Ost, 2008).

1.6. Eficacia diferencial de las intervenciones TCC y ACT

En los años recientes la investigación en psicología ha mostrado un creciente interés precisamente en el análisis de la eficacia diferencial de las terapias psicológicas. Este es el caso de la comparación entre las terapias cognitivo-conductuales y la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999; Ost, 2008). Ambas terapias han recibido abundante apoyo empírico, si bien el número de trabajos en los que se compara su eficacia, especialmente incluyendo sus efectos de larga duración, son todavía escasos. Algunos estudios aportan datos que sugieren una eficacia similar de ambas intervenciones en la reducción de la problemática emocional en el seguimiento de personas con trastornos de ansiedad (Arch et al., 2012). Otros estudios encuentran evidencia favorable a la intervención ACT, encontrando mejores resultados de esta terapia (menor nivel de ansiedad y depresión y mayor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama), en comparación con la TCC, no en la evaluación post-tratamiento, sino en el seguimiento de un año (Páez, Luciano y Gutiérrez, 2006). Más recientemente, sin embargo, se han encontrado indicios que sugieren un mayor mantenimiento de las ganancias a largo plazo de la terapia cognitiva comparada con ACT (Forman et al., 2012).

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, teóricamente es posible que la inclusión de la aceptación como componente en las intervenciones psicológicas con cuidadores beneficie psicológicamente en gran medida a los familiares, especialmente a aquellas personas con altos niveles de evitación experiencial y que no responden adecuadamente a la intervención cognitivo-conductual. Hasta donde sabemos, no existen estudios que hayan diseñado y analizado la eficacia

de la terapia de aceptación y compromiso en el contexto del cuidado familiar de personas con demencia.

El **objetivo** del presente trabajo es comparar la eficacia diferencial de una Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con una Terapia Cognitivo Conductual (TCC), ambas comparadas con un grupo control en formato de mínimo contacto terapéutico, para reducir el malestar (sintomatología depresiva y ansiosa) de cuidadores familiares de personas con demencia.

Además, se pretende conseguir los siguientes objetivos específicos: valorar el cambio en variables asociadas a una u otra terapia (evitación experiencial en el caso de ACT, y pensamientos disfuncionales y actividades de ocio en el caso de TCC), analizar la significación clínica de los cambios logrados, analizar los predictores de cambio en sintomatología depresiva, y analizar la implementación de la intervención para complementar la interpretación de los resultados obtenidos y valorar posibles mejoras de los programas.

Si bien no se pueden plantear hipótesis específicas relativas a la mayor o menor eficacia de una terapia sobre otra, por la falta de estudios previos similares, consideramos que se pueden plantear las siguientes **hipótesis**:

- Ambas terapias (ACT y TCC) serán superiores al grupo control (GC) en cuanto a la reducción del malestar de los cuidadores tanto a corto (evaluación post-intervención) como a largo plazo (evaluación de seguimiento). Estos resultados se observarán tanto a partir del análisis de los tamaños del efecto como de los efectos simples de las intervenciones.

- Además de cambios en las variables de malestar (sintomatología depresiva y ansiedad), se observarán cambios asociados a la intervención ACT en

evitación experiencial del cuidado y a la intervención TCC en pensamientos disfuncionales sobre el cuidado y frecuencia de actividades de ocio.

- Se identificarán variables asociadas a las características sociodemográficas de los cuidadores predictoras de un mayor éxito terapéutico.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Los cuidadores participantes en este trabajo de investigación han sido localizados y contactados a través de diferentes centros colaboradores de la Comunidad de Madrid. Los principales centros han sido: Fundación Cien, Fundación María Wolff, Servicio de Geriatria del Hospital Ramón y Cajal, Centros de día Vitalia, Centro de Salud General Ricardos, Centro de Salud García Noblejas, Centro de Salud Benita de Ávila, Centro de Salud Vicente Muzas, Centro Reina Sofía de Cruz Roja, Unidad de Memoria de Cantoblanco, Servicio de Neurología del Hospital La Paz, Asociación de Familiares de Alzheimer de Alcorcón, Instituto de familia de la Universidad CEU San Pablo, Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Rey Juan Carlos y Servicios Sociales de Getafe. Además, se ha contactado con cuidadores a través de anuncios en prensa, Internet y otros medios (por ej., publicidad en conferencias u otros actos públicos).

Criterios de inclusión y exclusión. Para participar en el estudio, las personas debían: a) identificarse a sí mismas en la primera toma de contacto (telefónica, previa a la entrevista pre-intervención) como la principal fuente de ayuda para su familiar diagnosticado de demencia (cuidador principal); b) dedicar al cuidado de su familiar al menos una hora diaria; c) realizar esta labor desde hace al menos 3 meses; d) no haber participado previamente en ninguna intervención psicológica o psicoeducativa dirigida a reducir su malestar como cuidadores y e) presentar en la evaluación pre-intervención una puntuación en la escala CES-D (síntomatología depresiva) igual o superior a 16.

2.2. Variables e Instrumentos

Variables sociodemográficas

Se han evaluado la edad del cuidador y del familiar enfermo, el género, el nivel educativo del cuidador, así como la relación de parentesco entre el cuidador y la persona cuidada. Así mismo, también se cuenta con el diagnóstico de la persona cuidada (Alzheimer u otra demencia) y se ha evaluado, a través de preguntas específicas, si el cuidador trabaja fuera de casa de forma remunerada, su nivel de estudios y sus condiciones económicas (a través de la pregunta “¿Considera que sus condiciones económicas actuales son suficientes para afrontar adecuadamente el día a día y el cuidado de su familiar?” (0 = Nada en absoluto; 10 = no tengo ninguna preocupación económica)).

Se ha evaluado igualmente el número de horas diarias dedicadas al cuidado y el tiempo que se lleva ejerciendo las tareas del cuidado. Por otro lado se ha evaluado la intención del cuidador en ingresar a su familiar en una residencia, a través de la pregunta “durante esta última semana ¿ha pensado en la posibilidad de ingresar a su familiar en una residencia?” (0 = en absoluto; 100 = todos los días) y se solicitó información acerca de la salud percibida del cuidador a través de la pregunta “En la actualidad, ¿Cómo considera que es su salud?”, con las opciones de respuesta que varían entre 0 (muy mala) y 4 “muy buena”.

Comportamientos problemáticos

Para la evaluación de los comportamientos problemáticos se ha utilizado el Listado de Problemas de Memoria y de Conducta Revisado (Revised Memory and Behavior Problems Checklist; RMPBC; Teri et al., 1992). De cada uno de los ítems

se evalúan dos medidas: frecuencia del problema de conducta de la persona con demencia y reacción que el cuidador tiene ante el problema o el nivel de reacción o estrés que le provoca. La frecuencia se mide mediante una escala tipo Likert que oscila entre 0 (nunca ocurre) y 4 (ocurre diariamente o más a menudo). La reacción que el cuidador tiene ante la misma se mide mediante una escala tipo Likert en la que 0 (no me molesta en absoluto) y 4 (me molesta extremadamente). Estudios previos demuestran que las propiedades psicométricas de esta escala son adecuadas (Losada y otros, 2006).

Nivel funcional

El estado funcional de la persona cuidada se ha evaluado con el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), una escala de 10 ítems que mide la capacidad de la persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria (por ej., “comer” o “vestirse”).

Deterioro global de la persona cuidada

El estado global de las funciones cognitivas de la persona con demencia se midió mediante la Escala de deterioro global (GDS; Global Deterioration Scale; Reisberg, Ferris, Leon y Crook, 1982). Está dividida en siete etapas (Ausencia de alteración cognitiva, deterioro cognitivo muy leve, leve, moderado, moderado-grave, grave y muy grave).

Evitación experiencial en el contexto de cuidado

Para la evaluación de la evitación experiencial en el cuidado se ha utilizado el Cuestionario de Evitación Experiencial en el Contexto del Cuidado (EACQ; Losada, Márquez-González, Romero-Moreno & López, in press). Consta de 15

ítems que evalúan pensamientos y actitudes asociadas a la evitación experiencial en el contexto de cuidar a un familiar mayor dependiente (por ej., “Es normal sentir ansiedad y depresión cuando se cuida a un familiar dependiente”). Las categorías de respuesta varían entre 1 “en absoluto de acuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”. La escala muestra adecuadas propiedades psicométricas, tales como un alpha de Cronbach de .70.

Pensamientos disfuncionales sobre el cuidado

Los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado se evalúan a través del Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre el cuidado (Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006). Consta de 16 ítems (ej., “Cuando una persona cuida de un enfermo debe dejar sus intereses a un lado, y dedicarse por completo al enfermo”), que evalúan pensamientos que pueden actuar como barreras u obstáculos para un cuidado adaptativo. Las respuestas se codifican en una escala tipo Likert que varía entre 0 (totalmente en desacuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo). Esta escala ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas como, por ejemplo, un alpha de Cronbach de .89 (Losada et al., 2006).

Frecuencia de actividades de ocio y tiempo libre

La frecuencia de actividades de ocio se ha evaluado a través de la adaptación de la Escala de Medida de la Satisfacción con el Ocio y Tiempo Libre (LTS; Stevens y otros, 2004). A través de 6 ítems se evalúa el grado en el que el cuidador ha dedicado tiempo a actividades de ocio y tiempo libre diferentes (ej., estar tranquilo, aficiones, pasar buenos ratos con otras personas). Se ha encontrado un índice alpha para esta escala de .87 (Losada y otros, 2008).

Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva se ha evaluado a través de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). Si bien fue diseñada para evaluar sintomatología depresiva en la población general, es quizá la más utilizada en población cuidadora (ver, por ejemplo, Schulz y otros, 1995). Consta de 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones (“raramente o nunca” valor = 0; “todo el tiempo” valor = 3), que evalúan si la persona ha manifestado diferentes síntomas durante la semana previa. Habitualmente se utiliza como punto de corte una puntuación de 16 en esta escala (Radloff y Teri, 1985). La consistencia interna de esta escala obtenida en estudios realizados con población cuidadora en España es de .90 (Losada y otros, 2006).

Ansiedad

Para evaluar la sintomatología ansiosa de los cuidadores se ha utilizado la escala de Tensión del Perfil de Estados de Ánimo (POMS; McNair, Lorr y Droppleman, 1971) en versión estado. Se ha optado por esta escala dado que diferentes autores (ej., Bradley y otros, 1998) encontraron indicios de que es una medida más pura de la ansiedad y menos vulnerable a la influencia de la depresión que otras como el STAI-E (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Esta subescala del POMS consta de 9 ítems y el formato de respuesta es una escala Likert de 5 puntos (0= nada; 4= muchísimo).

Evaluación de la implementación de la intervención

Con el objetivo de evaluar si la intervención se ha llevado a cabo tal y como se ha planteado se han incluido procedimientos para la evaluación de la

implementación de la intervención. Siguiendo con los criterios propuestos por Burgio y otros (2001) se han evaluado las siguientes dimensiones de la implementación:

a) Evaluación de la transmisión de la información y satisfacción con el programa

Se entregó un cuestionario al terminar la intervención para que valorasen aspectos relacionados con la satisfacción global con el programa, con el terapeuta, con la transmisión de la información, la claridad con la que se han expuesto los contenidos, etc.

b) Evaluación de la recepción de la información

La evaluación de esta dimensión tiene como objetivo fundamental analizar el grado de comprensión de los conocimientos, habilidades y técnicas aprendidas en las sesiones. Para ello, se diseñó un protocolo de evaluación de conocimientos que, a través de 18 preguntas con opciones de respuesta en una escala continua, con valores comprendidos entre el 0 y el 10, evalúa los contenidos más relevantes trabajados a lo largo de la intervención. Este cuestionario se completó en la primera sesión, antes del comienzo de la intervención, y en la última sesión, al finalizar el programa.

c) Evaluación de la generalización de la información

Con esta medida de evaluación se pretende analizar en qué medida las personas han aplicado los contenidos y herramientas aprendidos en la intervención en su vida cotidiana. Esta información se ha evaluado a partir de las “tareas para casa”. En este sentido, se ha optado por seguir la metodología propuesta por Losada, Márquez, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight (2007) para evaluar la implementación. Este procedimiento se basa en tres dimensiones

fundamentales: a) realización o no de las tareas; b) cuantificación de las tareas realizadas; y c) calidad de las tareas entregadas. Los procedimientos de evaluación de estas dimensiones de la implementación se describen a continuación. Siguiendo la metodología propuesta en Losada y otros (2006, 2008), la cantidad de tareas se ha valorado en una escala que varía del 0 (no se han realizado) hasta el 4 (se han realizado la totalidad de tareas), y la calidad de tareas se ha valorado en una escala con puntuaciones como las siguientes: 0 (no se han hecho); 1 (el cuidador ha tenido dificultades para realizar la tarea (buscar el momento adecuado)); 3 (Las habilidades se han implementado pero se deben hacer ajustes (no se han hecho todos los días); 6 (Las habilidades se han implementado correctamente y se han generalizado a otras situaciones o problemas).

2.3. Procedimiento

La información necesaria para contactar con los cuidadores se ha obtenido principalmente a través de los centros colaboradores descritos anteriormente. Bien los centros colaboradores o bien los propios cuidadores ha proporcionado un número de teléfono de contacto. Se realizó una primera toma de contacto telefónica para comprobar que efectivamente la persona cumplía los criterios de inclusión y concertar la entrevista pre-intervención en uno de los centros colaboradores.

La aleatorización de los cuidadores a cada condición experimental se realizó de forma previa a la evaluación pre-intervención, para garantizar que la información específica recabada de cada cuidador no interfiriera en su asignación a una u otra condición de intervención. Se siguieron las recomendaciones

CONSORT (Moher, Schulz, Altman, 2001) para mejorar la calidad de los informes de ensayos aleatorizados. Para la asignación de los participantes a cada condición experimental se utilizó el procedimiento de aleatorización mediante números aleatorios generados por ordenador. Los evaluadores desconocían la condición a la que estaba adscrito el cuidador (evaluación "ciega").

Antes de iniciarse la entrevista pre-intervención, los evaluadores presentaron el documento de consentimiento informado a los cuidadores. En este documento, y siguiendo las recomendaciones del Comité Institucional de Bioética de la URJC, se proporcionó a los cuidadores información sobre: a) los objetivos y métodos de la investigación y los beneficios que se espera obtener de ella; b) la duración prevista de la participación del sujeto; c) todo riesgo o molestia previsible para el sujeto, resultante de su participación en la investigación; d) el carácter confidencial de los registros en los cuales se indica la identidad del sujeto; e) la plena libertad de la persona para negarse a participar y para retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello le suponga coste alguno. Tras la obtención del consentimiento comenzaba la entrevista pre-intervención. Los evaluadores eran licenciados en psicología específicamente entrenados para la tarea, desconocían las hipótesis del proyecto y las condiciones de intervención a las que estaban adscritos los cuidadores (evaluaciones "ciegas").

Siguiendo las recomendaciones generales y las experiencias de investigación llevadas a cabo por otros equipos relevantes en el estudio del cuidado (ej., Gallagher-Thompson y otros, 2003), tras cada evaluación pre-intervención e independientemente de la condición experimental a la que era asignado cada cuidador, se le entregaba una guía informativa diseñada específicamente para este estudio. A través de estas guías se pretende alcanzar

diferentes objetivos. En primer lugar, controlar que todos los cuidadores, de las diferentes condiciones de intervención, dispongan de la misma información básica sobre cuestiones de interés para cuidadores (ej., qué son los servicios sociales, qué recursos existen, qué es la Ley de la Dependencia, estrategias para afrontar comportamientos problemáticos del familiar y sobre la adaptación del entorno y ayudas técnicas, etc.) que no son, sin embargo, objetivos específicos de la intervención. Igualmente, se espera que proporcionar esta información evite en alguna medida la pérdida muestral de, especialmente, cuidadores del grupo control.

Aquellas personas que obtenían en la evaluación pre-intervención una puntuación igual o superior a 16 en la escala CES-D de sintomatología depresiva formaron finalmente parte del estudio. Las intervenciones fueron llevadas a cabo por los miembros del equipo de investigación, todos ellos doctores o licenciados en psicología. Los terapeutas que impartirán cada programa estaban específicamente formados en las terapias impartidas.

Cada intervención (ACT y TCC) constaba de 8 sesiones llevadas a cabo con un intervalo inter-sesiones de una semana de duración, de tal forma que se facilitaba la realización de las "tareas para casa". Cada sesión tenía una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos. Las sesiones de ambas condiciones de intervención tenían una estructura similar, consistente en: revisión de las tareas para casa, contenidos específicos de cada sesión, práctica de ejercicios y tareas específicas de cada sesión y planteamiento de "tareas para casa" de casa sesión.

Terapia Cognitivo-Conductual adaptada al cuidado (TCC)

El programa de intervención que se llevó a cabo está basado fundamentalmente en los planteamientos teóricos de la Terapia Cognitiva de Beck y otros (1979) y el modelo conductual de Lewinsohn (1974). Esta intervención consiste en un programa de entrenamiento estructurado realizado por psicólogos, a través de 8 sesiones, a través del cual se entrena a los participantes, mediante ejercicios programados, en habilidades de detección y cambio en sus pensamientos y otras estrategias conductuales dirigidas a mejorar su bienestar. Este programa ha demostrado su eficacia en su aplicación en formato grupal (ej., Losada y otros, 2004, 2011; Márquez-González y otros, 2007). En la Tabla 2.1 se muestra un esquema de la terapia TCC.

Tabla 2.1. Programa de Terapia Cognitivo-conductual (TCC)

Sesión	Título de la sesión	Contenidos fundamentales
1	Presentación del programa	Evaluación de conocimientos e introducción al modelo de estrés
2	La importancia de cuidarse a uno mismo	Darse cuenta de la necesidad de cuidarse: importancia y necesidad del autocuidado. Exploración de barreras cognitivas hacia el autocuidado.
3	El ABC del cambio emocional: situaciones pensamientos y emociones	Distinguir los conceptos situación, pensamiento y emoción; concepto de pensamientos automáticos
4	Errores de pensamiento	Identificación, comprensión y aprendizaje de las principales distorsiones cognitivas
5	Hacer lo que me gusta me hace sentir bien: actividades agradables y estado de ánimo	Relación entre las actividades de la vida diaria y el estado de ánimo.

Sesión	Título de la sesión	Contenidos fundamentales
6	Descubriendo los propios deberías: mis normas y mis sentimientos de culpa	Qué son los “deberías” y por qué son importantes; identificación de los “deberías”; formas en que puede aparecer los “deberías”; de dónde vienen y cómo se han formado esos “deberías”.
7	Los derechos del cuidador y la importancia de pedir ayuda	Análisis y discusión de los derechos de los cuidadores y las dificultades para aplicarlos en sus vidas; dificultades para pedir ayuda; razones para no pedir ayuda; cómo pedir ayuda
8	Aprendiendo a pedir ayuda (II) y repaso	Cómo pedir ayuda (II). Repaso general de lo tratado en el programa.

Terapia de Aceptación y Compromiso adaptada al Cuidado (ACT)

Este programa (ver descripción detallada en Losada & Márquez-González, 2011; Márquez-González, Romero-Moreno & Losada, 2010) ha sido elaborado partiendo del manual original de la Terapia ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y el manual en castellano de dicha terapia (Wilson y Luciano, 2002). Además, se ha consultado el manual ACT para Trastornos de Ansiedad (Eifert y Forsyth, 2005) y numerosas fuentes documentales sobre aplicaciones de la terapia ACT en distintas poblaciones clínicas y no clínicas (Blackledge y Hayes, 2006; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007). Aunque se ha partido de estos programas previos, los contenidos de los ejercicios y metáforas se han adaptado a la situación del cuidado y se han generado nuevas herramientas específicamente orientadas para esta población.

El programa se estructura sobre la base de los tres pilares básicos de la terapia ACT: 1) la Aceptación: se trabaja la identificación del patrón personal de

evitación experiencial, el coste de la evitación (deseperanza creativa), la trampa del control de los eventos internos y la alternativa de la aceptación y el distanciamiento del propio lenguaje (defusión cognitiva); 2) la Elección de cursos de acción con significado y coherentes con los propios valores: se ayuda al cuidador a identificar sus valores y las barreras para la acción coherente con ellos, así como en la superación de dichas barreras; y 3) pasar a la Acción: se trabaja para incrementar la motivación del cuidador para comprometerse con sus valores y llevar a cabo acciones coherentes con dichos valores, a pesar del sufrimiento y otras emociones inevitables en su vida. En este programa ocupa un lugar central el componente de Validación del cuidador, de sus emociones, pensamientos y sensaciones. A pesar de que la naturaleza del ACT hace difícil y poco recomendable su protocolización, ya que no es un paquete de tratamiento sino un enfoque que incorpora, además, técnicas y herramientas de otros enfoques terapéuticos, para este estudio se ha intentado definir al máximo la estructura de las sesiones, para maximizar la implementación adecuada del programa por parte de los distintos terapeutas y optimizar la validez del diseño. En la Tabla 2.2. se muestra un esquema de la terapia ACT.

Tabla 2.2. Programa de Terapia ACT para Cuidadores

Sesión	Título de la sesión	Contenidos fundamentales
1	Identificando las dificultades de aceptación y los valores	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar y validar la expresión/apertura emocional del cuidador - Explorar la evitación experiencial con preguntas abiertas - Evaluación de los valores del cuidador: Cuestionario narrativo de valores

Sesión	Título de la sesión	Contenidos fundamentales
2	Creando un contexto de aceptación para caminar hacia los valores (I)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas para casa - Trabajo en Valores: metáfora del Jardín - El coste de la evitación - Trabajo en Aceptación como alternativa a la evitación
3	Creando un contexto de aceptación para caminar hacia los valores (II)	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en valores: - Trabajo en aceptación - Atención plena
4	Análisis y afrontamiento de barreras para la acción comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en valores y análisis de barreras para la acción comprometida - Trabajo en aceptación: Ejercicio: invitar a una dificultad y trabajar con ella corporalmente - Atención plena
5	Distanciándome de mi pensamiento para caminar hacia mis valores (I)	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en aceptación: Metáforas: "malas hierbas" y "pasajeros en el Autobús" - Ejercicios de defusión cognitiva - Trabajo en valores: análisis de barreras para la acción comprometida y posibles soluciones - Atención plena
6	Trabajando el yo como contexto (I)	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en aceptación: Exposición guiada a la emoción (Focalización) - Trabajo en defusión cognitiva - Trabajo en Yo como contexto: - Atención plena
7	Trabajando el yo como contexto (II) y comienzo de la recapitulación	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en el Yo como Contexto: Ejercicio del Yo Observador - Trabajo en valores: análisis de barreras para la acción comprometida y posibles soluciones - Recapitulación: "mis puntos débiles" (barreras más habituales) - Atención plena
8	Consolidando el nuevo enfoque de aceptación en mi vida	<ul style="list-style-type: none"> - Atención plena - Integración de lo aprendido - Conclusión: elaboración de la "Constitución personal"

Grupo control en formato de mínimo contacto terapéutico y lista de espera

Los cuidadores participantes en el GC recibieron la atención habitualmente dispensada a esta población por servicios sociales u otras fuentes de ayuda y,

además, recibieron un taller de unas 2 horas de duración sobre aspectos relacionados con las demencias.

De forma inmediata tras la finalización de la intervención (8 semanas aproximadamente) se realizaron las evaluaciones post-intervención. En el caso del grupo control, se llevaron a cabo las evaluaciones post, en el mismo plazo de tiempo (8 semanas aproximadamente).

Transcurridos 6 meses de la evaluación post-intervención tuvo lugar la evaluación de seguimiento, tanto para las condiciones de intervención, como para el grupo control.

2.4. Análisis de datos

Las características de la muestra y las puntuaciones en cada una de las variables, así como las puntuaciones en las variables de implementación de la intervención serán analizadas a través de descriptivos y frecuencias. La existencia de diferencias significativas entre condiciones o grupos en estas variables serán analizadas mediante pruebas t de diferencias de medias y pruebas de independencia (chi-cuadrado).

Para el análisis de la eficacia diferencial de los programas se realizarán análisis de varianza de medidas repetidas. Como factor intersujeto se considerarán las condiciones de intervención (ACT, TCC y GC) y como factor intrasujeto las fases de evaluación (pre-intervención, post-intervención y seguimiento). Se analizará el efecto de la intervención considerando como variables dependientes tanto aquellas que evalúan malestar (ej., depresión y ansiedad) como aquellas que, de acuerdo con los planteamientos teóricos, son los

mecanismos de acción a través de los cuáles se hipotetiza que actúa la intervención (ej., evitación experiencial en el caso de la terapia ACT y realización de actividades de ocio o pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en la TCC). Especialmente se espera obtener resultados estadísticamente significativos al analizar la interacción entre el cambio asociado a las intervenciones y el paso del tiempo dado que esta medida indicará en qué medida se distancian las puntuaciones entre ambos grupos (intervención y control) en las fases post-intervención y seguimiento.

Siguiendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Psicología (APA), se analizará el tamaño del efecto de los resultados obtenidos. Para ello, se utilizará el estadístico eta cuadrado parcial (η^2), como indicador del tamaño del efecto del tiempo por la condición de intervención, siguiendo los valores habituales de interpretación (bajo = 0.01, medio = 0.06 y elevado = 0.14; Stevens, 2002), y la medida d de Cohen, con los valores 0.20, 0.50, y 0.80 para cambios bajos, medios y elevados en los efectos simples por condición.

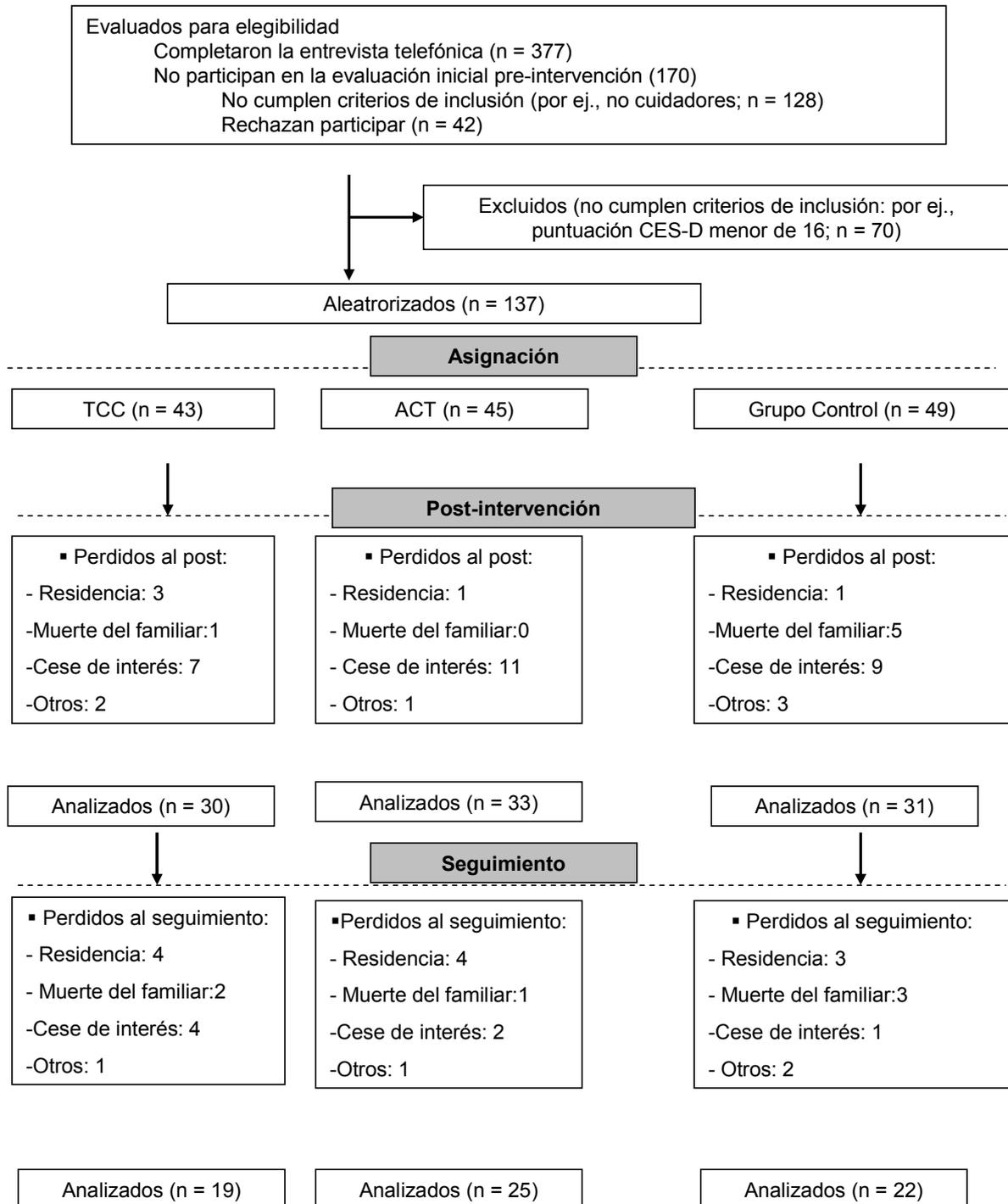
Además del análisis de los resultados en términos de si se producen cambios estadísticamente significativos asociados a la intervención, se llevará a cabo además un análisis de la significación clínica de tales cambios, a través del procedimiento ideado por Jacobson y Truax (1991) del índice de cambio fiable.

Finalmente, se realizará un análisis de variables predictoras del cambio en depresión a través de una regresión múltiple, introduciendo como variables predictoras las variables sociodemográficas evaluadas, y como variable criterio el cambio en depresión (diferencia entre las puntuaciones pre y post-intervención).

3. RESULTADOS

3.1. Participación a lo largo del estudio

Figura 3. 1. Flujo de participación en el estudio



En la Figura 3.1 se presenta el diagrama del flujo de los participantes a lo largo del estudio, basado en las recomendaciones CONSORT. Como se puede comprobar, 377 personas fueron contactadas, de las cuales 170 no pasaron a la entrevista inicial (cara a cara, en los centros colaboradores). Una vez realizada la evaluación inicial, 70 cuidadores no cumplieron con el criterio principal de tener una puntuación elevada en sintomatología depresiva, reflejada en una puntuación igual o superior a 16 en la escala CES-D (puntuación considerada como punto de corte indicativo de posible problema clínico de depresión).

La muestra del estudio estuvo compuesta por 137 cuidadores cuyas principales características sociodemográficas se muestran en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio

Variable		%
Género del cuidador	Mujer	84.7
	hombre	15.3
Persona cuidada	Esposo	29.2
	Esposa	10.9
	Padre	5.8
	Madre	45.3
	Otros	8.7
Enfermedad del familiar	Alzheimer	75.2
	Otra demencia	24.8
Edad del cuidador	Media	61.50
	D.T.	13.77
Edad del enfermo	Media	79.41
	D.T.	9.33

Variable		%
Estudios	Media	16.72
	D.T.	6.84
Horas de cuidado	Media	14.93
	D.T.	8.01
Años cuidando	Media	3.99
	D.T.	2.90
Estado cognitivo (GDS)	Media	4.94
	D.T.	1.06
Estado funcional (Barthel)	Media	59.23
	D.T.	28.19

De las 137 personas que finalmente participaron en el estudio de intervención, se dispone de datos post-intervención de 94 cuidadores y se datos de seguimiento de 66 cuidadores.

3.2. Diferencias entre participantes y no participantes en el estudio

En las tablas 3.2 y 3.3 se presentan las diferencias entre los cuidadores que finalmente participan en el estudio, por tener una sintomatología depresiva de una puntuación igual o superior a 16 en la escala CES-D ($n = 137$), y los que no participan (puntuación inferior a 16). Como era esperable, los que participan tienen una puntuación significativamente superior en sintomatología depresiva a los que no participan. Además, el grupo de participantes presenta puntuaciones significativamente superiores a los no participantes en frecuencia de comportamientos problemáticos del familiar, horas diarias dedicadas al cuidado,

años cuidando y sintomatología ansiosa, y está formado por más mujeres. Tienen, además, una tendencia a presentar puntuaciones superiores en evitación experiencial. Por el contrario, presentan puntuaciones significativamente inferiores a los no participantes en frecuencia de actividades de ocio.

Tabla 3. 2. Diferencias entre participantes (CES-D ≥ 16) y no participantes (CES-D < 16) en el estudio en variables categóricas.

Variable		Sintomatología alta (n = 137) (%)	Sintomatología baja (n = 70) (%)	Chi-cuadrado
Género del cuidador	Mujer	84.7	61.4	14.05**
	hombre	15.3	38.6	
Persona cuidada	Esposo	29.2	20	7.62
	Esposa	10.9	20	
	Padre	5.8	7.1	
	Madre	45.3	42.9	
	Suegro	0.7	-	
	Suegra	-	1.4	
	Otro familiar	8	8.5	
Enfermedad del familiar	Alzheimer	75.2	70.0	5.22
	Otra demencia	21.2	18.6	
	Deterioro cognitivo leve	2.9	10.0	
	Otros	0.7	-	

** : $p \leq .001$

Tabla 3. 3. Diferencias entre participantes (CES-D ≥ 16) y no participantes (CES-D < 16) en el estudio en variables cuantitativas

Variable	Participan (n = 137)		No participan (n = 70)		t
	Media	S.D.	Media	S.D.	
Edad del cuidador	61.50	13.77	59.41	15.65	.98
Estudios	16.72	6.84	18.39	7.45	-1.60
Frecuencia de comportamientos problemáticos	15.68	8.51	12.16	6.45	2.98**
Deterioro cognitivo	4.94	1.06	4.70	1.12	1.52
Estado funcional	59.23	28.19	64.70	27.10	-1.31
Horas de cuidado	14.93	8.01	12.55	8.16	2.00*
Años cuidando	3.99	2.90	3.12	2.50	2.13*
Evitación experiencial del cuidado	47.94	8.60	45.52	9.24	1.84†
Frecuencia de actividades agradables	5.01	2.13	7.15	2.24	-6.56**
Pensamientos disfuncionales	24.23	11.95	26.52	13.12	-1.23
Ansiedad	20.51	7.40	10.34	5.99	9.76**
Depresión	28.10	8.99	9.12	3.72	21.19**

*: $p \leq .001$; **: $p \leq .005$; † $p \leq .007$;

3.3. Diferencias previas entre cuidadores que mantienen su participación a lo largo del estudio y aquellos que abandonan el estudio en fases post-intervención o seguimiento

En las tablas 3.4 y 3.5 se muestran las puntuaciones de los cuidadores que mantienen su participación en el estudio a lo largo del tiempo y aquellos que abandonan bien en la fase post-intervención, bien en la fase de seguimiento. Como se puede comprobar, los que abandonan la intervención antes de la evaluación post-intervención presentan puntuaciones significativamente inferiores a los que mantienen la participación en el estado funcional del familiar, y significativamente superiores en horas diarias dedicadas al cuidado y sintomatología depresiva. Estos resultados se mantienen para la fase de seguimiento, solo que en este caso los que abandonan no puntúan significativamente más en horas diarias dedicadas al cuidado, pero sí informan en la fase pre-intervención de una menor frecuencia de actividades de ocio.

Tabla 3.4. Diferencias entre participantes y los que abandonan en fase Post-intervención

Variable	Participantes (n = 137)		Abandonan en Post- intervención (n = 70)		t
	Media	S.D.	Media	S.D.	
Edad del cuidador	61.27	13.73	62.00	14.00	-.28
Estudios	16.78	7.29	16.60	5.80	.13
Frecuencia de comportamientos problemáticos	15.68	8.42	15.67	8.78	.00
Deterioro cognitivo	4.97	1.01	4.88	1.17	.42
Estado funcional	62.81	27.33	51.39	28.79	2.23**

Variable	Participantes (n = 137)		Abandonan en Post- intervención (n = 70)		t
	Media	S.D.	Media	S.D.	
Horas de cuidado	13.93	7.87	17.19	7.95	-2.22**
Años cuidando	4.19	2.90	3.54	2.87	1.22
Evitación experiencial del cuidado	47.14	8.21	49.69	9.25	-1.61
Frecuencia de actividades agradables	5.06	2.29	4.90	1.71	.40
Pensamientos disfuncionales	23.33	11.79	26.23	12.21	-1.31
Ansiedad	20.27	7.38	21.04	7.51	.49
Depresión	26.87	8.86	30.76	8.74	-2.39**

** p ≤ .005

Tabla 3.5. Diferencias entre participantes y los que abandonan en fase de Seguimiento

Variable	Realizan evaluación SEGUIMIENTO (n = 137)		No realizan evaluación SEGUIMIENTO (n = 70)		t
	Media	S.D.	Media	S.D.	
Edad del cuidador	62.17	13.83	60.87	13.78	.54
Estudios	15.92	6.82	17.46	6.82	-1.32
Frecuencia de comportamientos problemáticos	15.84	7.82	15.52	9.16	.218
Deterioro cognitivo	4.94	1.02	4.94	1.10	-.02
Estado funcional	64.24	25.88	54.57	29.61	2.02*
Horas de cuidado	14.92	7.76	14.94	8.30	-.013
Años cuidando	4.31	2.74	3.69	3.03	1.24
Evitación experiencial del cuidado	48.46	8.08	47.46	9.08	.68

Variable	Realizan evaluación SEGUIMIENTO (n = 137)		No realizan evaluación SEGUIMIENTO (n = 70)		t
	Media	S.D.	Media	S.D.	
Frecuencia de actividades agradables	5.46	2.33	4.57	1.82	2.47*
Pensamientos disfuncionales	23.75	11.79	24.68	12.17	-.45
Ansiedad	19.50	7.39	21.47	7.34	-1.55
Depresión	25.07	8.33	30.90	8.70	-3.99**

** $p \leq .001$; * $p \leq .005$

3.4. Diferencias entre condiciones de intervención previas a la intervención

Como se puede apreciar en las tablas 3.6 y 3.7, no existen diferencias previas a la intervención entre condiciones de intervención en la mayoría de las variables evaluadas, salvo en el número de años cuidando. Los cuidadores asignados a la condición de control cuidan significativamente desde hace más años que los de las condiciones ACT y TCC.

Tabla 3. 6. Diferencias entre condiciones de intervención previas a la intervención en variables cuantitativas

Variable	ACT		TCC		GC		F
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.	
Edad del cuidador	61.69	15.31	61.48	12.40	62.28	12.92	.04
Estudios	16.36	6.95	17.67	7.05	15.98	6.59	.73
Frecuencia de comportamientos problemáticos	17.27	8.84	14.85	8.60	15.27	8.04	1.01

Variable	ACT		TCC		GC		F
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D	
Escala de deterioro cognitivo (GDS)	4.95	.96	4.83	.96	5.04	1.22	.43
Estado funcional (Barthel)	61.88	29.50	62.73	26.36	53.85	28.36	1.40
Horas de cuidado	16.24	7.69	13.07	7.79	15.57	8.41	1.82
Años cuidando	3.29	2.02	3.66	2.57	5.05	3.56	5.03**
Evitación experiencial del cuidado	47.06	8.51	48.66	8.04	48.31	9.36	.41
Frecuencia de actividades agradables	5.155	2.43	4.57	1.84	5.27	2.05	1.36
Pensamientos disfuncionales	24.75	12.91	24.42	11.99	23.53	11.30	.12
Ansiedad	21.20	6.55	19.56	6.94	20.64	8.52	.53
Depresión	28.17	8.55	27.88	9.03	28.10	9.47	.01

** $p \leq .001$

Tabla 3.7. Diferencias entre condiciones de intervención previas a la intervención en variables categóricas

Variable		ACT (%)	TCC (%)	Control (%)	Chi-cuadrado
Género del cuidador	Mujer	82.2	90.5	81.3	1.70
	hombre	17.8	9.5	18.8	
Persona cuidada	Esposo	35.6	19	33.3	6.68
	Esposa	13.3	11.9	8.3	
	Padre	-	4.8	10.4	

Variable		ACT (%)	TCC (%)	Control (%)	Chi-cuadrado
	Madre	42.2	52.4	41.7	
	Otros	8.8	11.9	6.7	
Enfermedad del familiar	Alzheimer	75.6	78.6	72.9	5.49
	Otra demencia	22.2	19	20.8	
	Deterioro cognitivo leve	2.2	2.4	6.3	

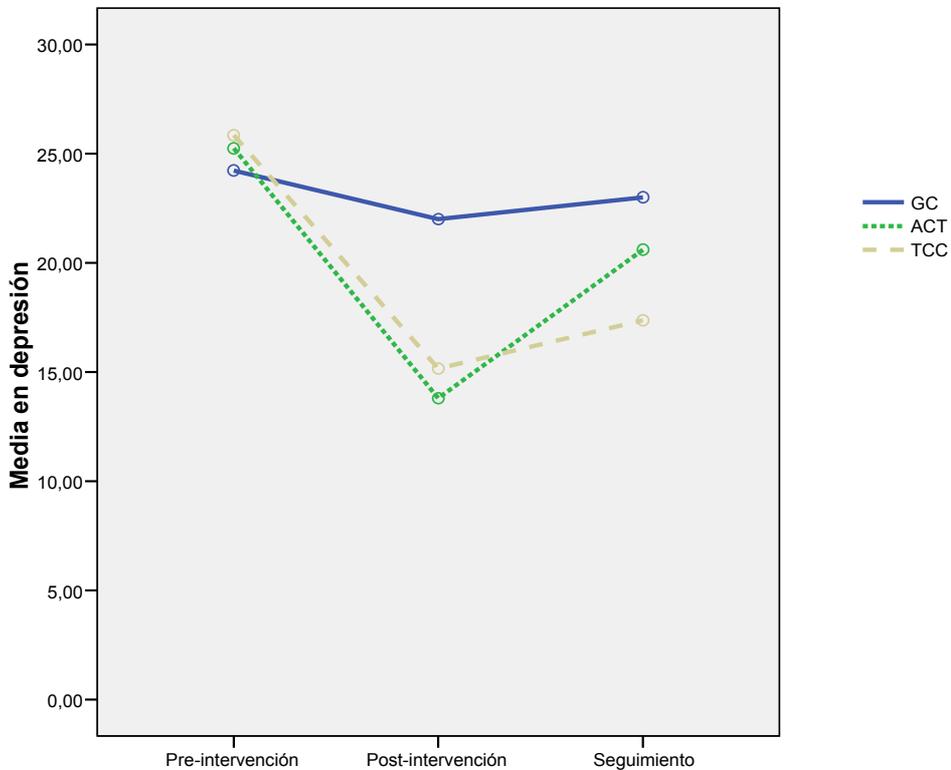
3.5. Efectos de la intervención con el paso del tiempo en variables clave

En los siguiente subepígrafes se describen las puntuaciones obtenidas por los participantes en cada condición de intervención (ACT, TCC y control) en cada fase de evaluación (pre-intervención, post-intervención y seguimiento) para cada una de las variables de resultado evaluadas.

3.5.1. Efectos de la intervención sobre la sintomatología depresiva

Los resultados del ANOVA de dos factores (condición de intervención y fase de evaluación), con medidas repetidas en uno de ellos (fase de evaluación) muestran que, con el paso del tiempo, existen diferencias significativas entre las condiciones de intervención en la sintomatología depresiva ($F = 6.33$; $p < .01$). Además, el tamaño del efecto es elevado ($\eta^2 = .17$). Los resultados se presentan de forma gráfica en la Figura 3.2.

Figura 3. 2. Puntuaciones en sintomatología depresiva con el paso del tiempo por condición de intervención



En la Tabla 3.8 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones típicas, significación y tamaño del efecto (d de cohen) por condición de intervención y fase de evaluación. Como se puede observar, únicamente en la condición TCC se observan cambios significativos tanto en la fase post-intervención como de seguimiento tanto en la fase post-intervención como en la de seguimiento. En la fase de seguimiento existe una tendencia a que las puntuaciones en sintomatología depresiva sean menores a las pre-intervención para los participantes en el grupo ACT. El tamaño del efecto en el seguimiento, tanto para el grupo ACT como el TCC es elevado. Para el grupo control se ha encontrado un cambio (reducción de la puntuación) significativo en la fase post-intervención, y el tamaño del efecto es medio en el seguimiento.

Tabla 3.8. Medias, desviaciones típicas y significación del cambio en depresión

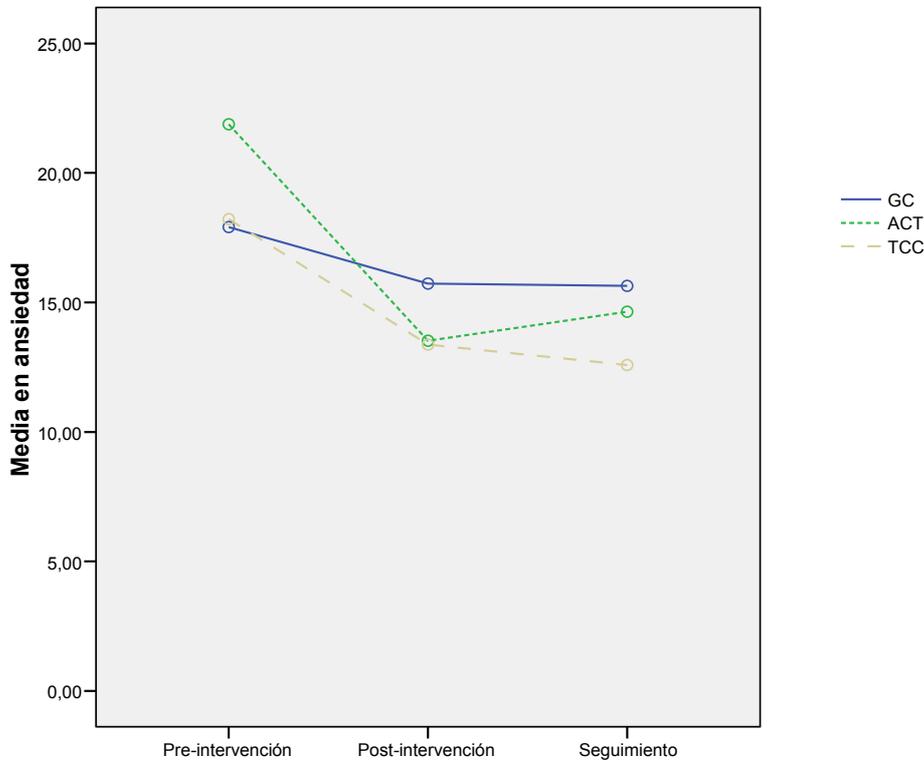
	Pre-intervención		Post-intervención		Seguimiento		Pre-Post-intervención		Pre-Seguimiento	
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.	t	d	t	d
ACT	28.44	8.95	10.81	6.68	20.60	10.90	8.34**	2.27	2.01†	0.80
TCC	27.23	9.03	11.70	8.36	17.36	9.08	10.09**	1.82	3.92**	1.12
CG	28.73	10.06	20.45	12.36	23.00	9.56	3.88**	0.77	.61	0.59

** : $p \leq .001$; * : $p \leq .005$; † $p \leq .007$;

3.5.2. Efectos de la intervención sobre la sintomatología ansiosa

Los resultados del ANOVA de dos factores (condición de intervención y fase de evaluación) muestran que, con el paso del tiempo, existen diferencias entre las condiciones de intervención en la puntuación en sintomatología ansiosa ($F = 5.01$; $p < .01$). Además, al igual que ocurría con la sintomatología depresiva, el tamaño del efecto es elevado ($\eta^2 = .14$). Los resultados se presentan de forma gráfica en la Figura 3.3.

Figura 3. 3. Puntuaciones en sintomatología ansiosa con el paso del tiempo por condición de intervención



En la Tabla 3.9 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones típicas, significación y tamaño del efecto (d de cohen) por condición de intervención y fase de evaluación en ansiedad. Tanto en la condición TCC como ACT se observan cambios significativos con respecto a la puntuación pre-intervención tanto en la fase post-intervención como de seguimiento. El tamaño del efecto para la condición TCC es medio en la fase post-intervención y elevado en la fase de seguimiento. En el caso de la condición ACT, el tamaño del efecto en la fase post-intervención es elevado, mientras que en la fase de seguimiento es medio. No se han observado cambios significativos en la condición control, siendo el tamaño del efecto observado para esta condición nulo o bajo.

Tabla 3.9. Medias, desviaciones típicas y significación del cambio en ansiedad

	Pre-intervención		Post-intervención		Seguimiento		Pre-Post-intervención		Pre-Seguimiento	
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.	t	d	t	d
ACT	20.21	6.09	13.39	7.12	14.64	9.55	7.56**	1.05	3.49**	0.71
TCC	18.57	5.99	14.80	7.42	12.57	6.10	3.59**	0.57	4.07**	1.02
CG	18.93	9.69	17.96	7.18	15.63	7.22	1.65	0.11	1.18	0.39

** : $p \leq .001$

3.5.3. Efectos de la intervención en la evitación experiencial cuidado

Los resultados del ANOVA de dos factores (condición de intervención y fase de evaluación) muestran que, con el paso del tiempo, existen diferencias entre las condiciones de intervención en la puntuación en evitación experiencial del cuidado ($F = 3.12$; $p < .05$). El tamaño del efecto observado es medio ($\eta^2 = .09$). Los resultados se presentan de forma gráfica en la Figura 3.4.

En la Tabla 3.10 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones típicas, significación y tamaño del efecto (d de cohen) por condición de intervención y fase de evaluación en evitación experiencial del cuidado. Únicamente se observan cambios significativos en esta variable con respecto a las puntuaciones previas a la intervención en la condición ACT, tanto en la fase post-intervención como de seguimiento. El tamaño del efecto observado es medio y bajo, respectivamente. No se han observado cambios significativos en la condición TCC y control, siendo el tamaño del efecto observado para estas condiciones nulo o bajo (en el caso de TCC, en la fase post-intervención).

Figura 3. 4. Puntuaciones en evitación experiencial del cuidado con el paso del tiempo por condición de intervención

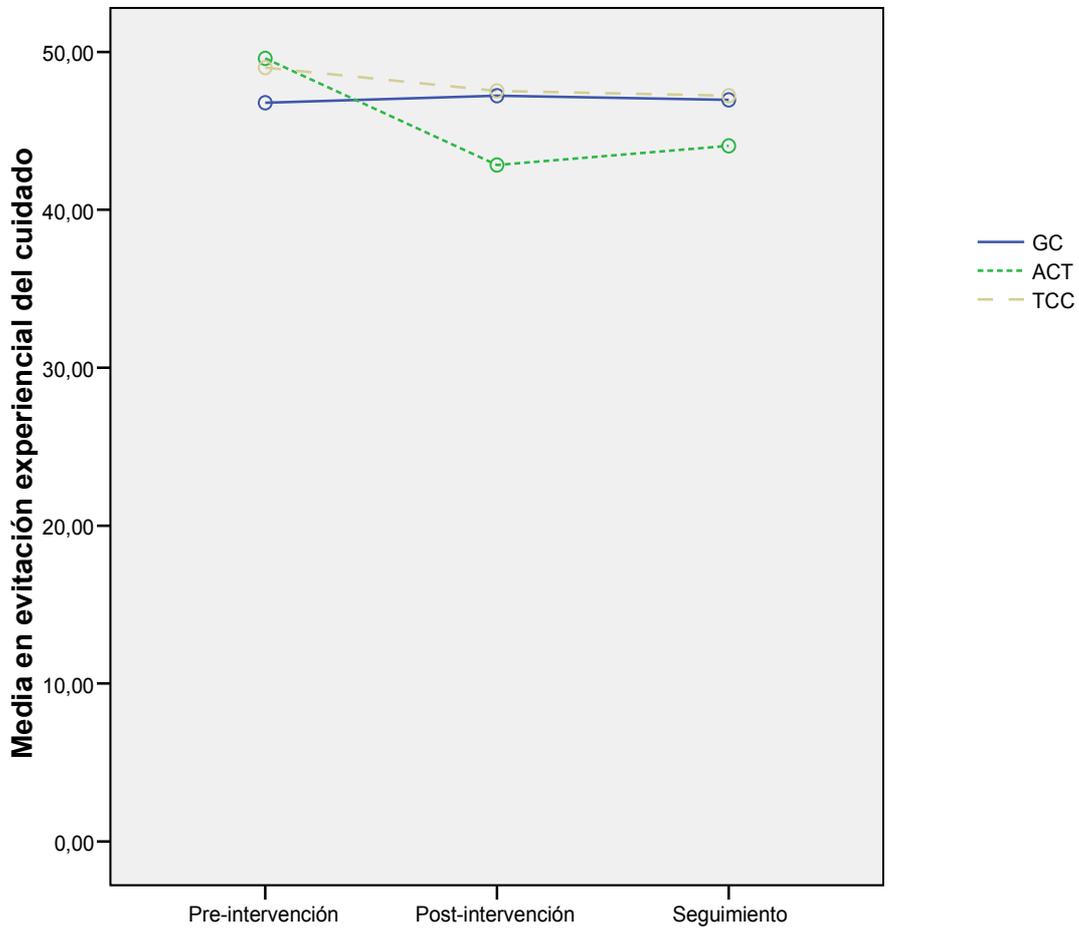


Tabla 3.10. Medias, desviaciones típicas y significación del cambio en evitación experiencial del cuidado

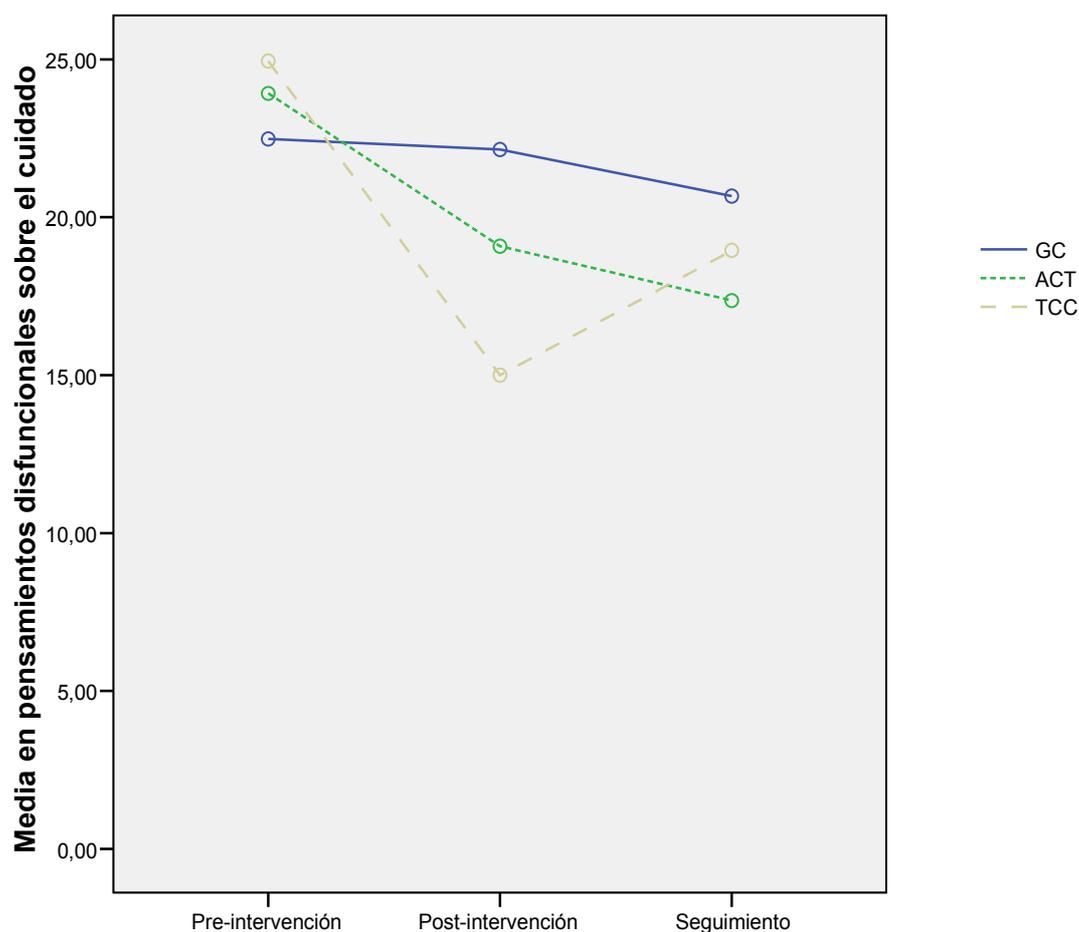
	Pre-intervención		Post-intervención		Seguimiento		Pre-Post-intervención		Pre-Seguimiento	
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.	t	d	t	d
ACT	47.06	8.51	41.39	8.29	43.92	7.38	2.86**	0.69	3.09**	0.40
TCC	48.66	8.04	45.96	8.47	47.21	9.38	1.45	0.33	.88	0.17
CG	48.31	9.36	46.80	9.07	46.95	7.98	-.44	0.17	-.10	0.16

** : $p \leq .001$

3.5.4. Efectos de la intervención en pensamientos disfuncionales sobre el cuidado

Los resultados del ANOVA de dos factores (condición de intervención y fase de evaluación) muestran que, con el paso del tiempo, existen diferencias entre las condiciones de intervención en la puntuación en pensamientos disfuncionales sobre el cuidado ($F = 5.24$; $p < .01$). El tamaño del efecto observado es elevado ($\eta^2 = .15$). Los resultados se presentan de forma gráfica en la Figura 3.5.

Figura 3. 5. Puntuaciones en pensamientos disfuncionales sobre el cuidado con el paso del tiempo por condición de intervención



En la Tabla 3.11 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones típicas, significación y tamaño del efecto (d de cohen) por condición de

intervención y fase de evaluación en pensamientos disfuncionales del cuidado. Tanto en la condición TCC como ACT se observan cambios significativos con respecto a la puntuación pre-intervención tanto en la fase post-intervención como de seguimiento. Mientras que el tamaño del efecto para ambas condiciones es medio o bajo en la fase de seguimiento, en la fase post-intervención es elevado para la condición TCC. No se han observado cambios significativos en la condición TCC y control, siendo el tamaño del efecto observado para estas condiciones nulo o bajo (en el caso de TCC, en la fase post-intervención).

Tabla 3.11. Medias, desviaciones típicas y significación del cambio en pensamientos disfuncionales sobre el cuidado

	Pre-intervención		Post-intervención		Seguimiento		Pre-Post-intervención		Pre-Seguimiento	
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.	t	d	t	d
ACT	24.75	12.91	19.33	10.40	17.36	13.13	3.03**	0.47	2.54*	0.58
TCC	24.42	11.99	15.10	8.67	18.94	12.43	4.23**	0.91	2.23*	0.46
CG	23.53	11.30	22.03	10.92	19.86	12.41	-.39	0.14	.86	0.32

** : $p \leq .001$; * : $p \leq .005$

3.5.5. Efectos de la intervención en frecuencia de actividades de ocio

Los resultados del ANOVA de dos factores (condición de intervención y fase de evaluación) muestran que, con el paso del tiempo, no existen diferencias entre las condiciones de intervención en la puntuación en frecuencia de actividades de ocio ($F = 2.46$; $p < .10$). Los resultados se presentan de forma gráfica en la Figura 3.6.

Figura 3. 6. Puntuaciones en frecuencia de actividades de ocio con el paso del tiempo por condición de intervención.

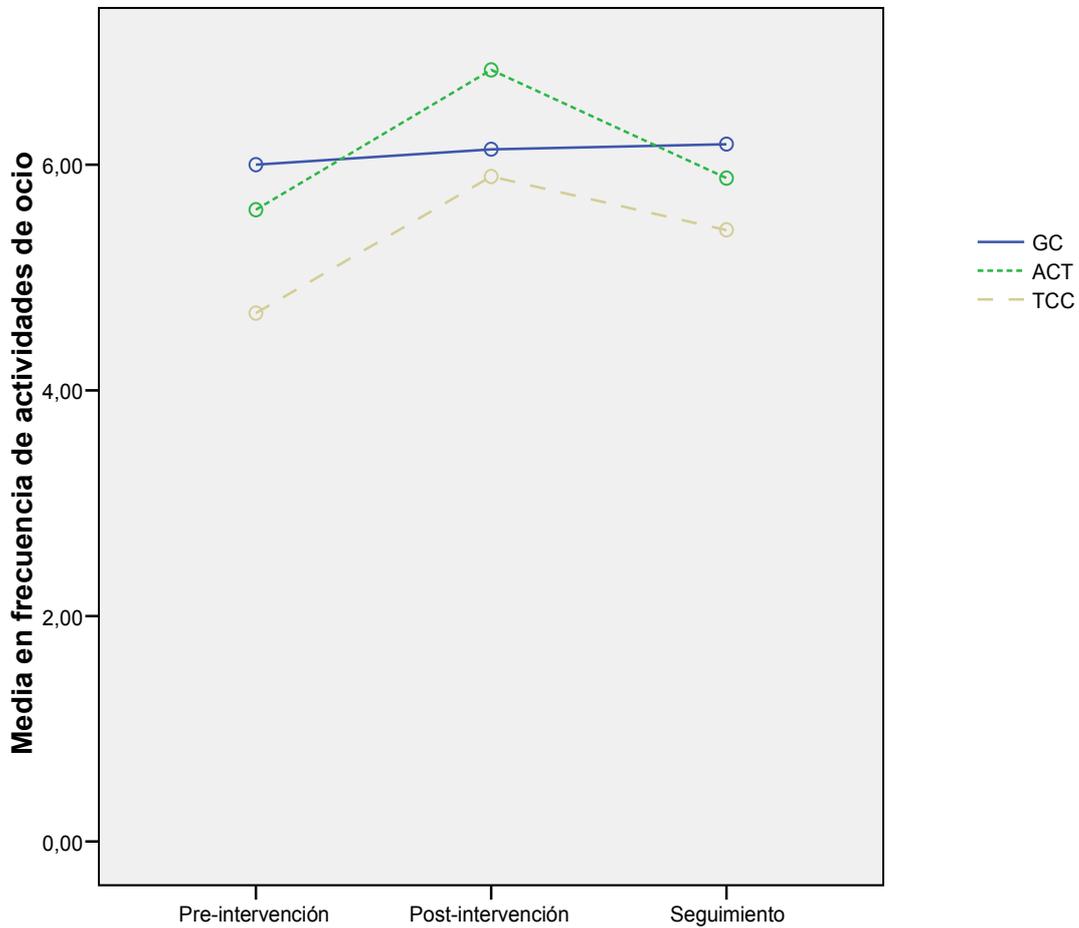


Tabla 3.2. Medias, desviaciones típicas y significación del cambio en frecuencia de actividades de ocio

	Pre-intervención		Post-intervención		Seguimiento		Pre-Post-intervención		Pre-Seguimiento	
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.	t	d	t	d
ACT	5.15	2.43	6.69	1.94	5.88	2.35	-4.16**	0.71	-.56	0.31
TCC	4.57	1.84	5.73	1.94	5.42	2.16	-4.07**	0.62	-1.73	0.44
CG	5.27	2.05	5.70	2.26	6.18	2.40	.08	0.20	-.38	0.41

** : $p \leq .001$; * : $p \leq .005$

El análisis de los efectos simples (Tabla 3.12) muestra que únicamente se observa un cambio significativo con respecto a la evaluación pre-intervención en la fase post-intervención tanto para la condición ACT como TCC. En ambos casos el tamaño del efecto es medio.

3.6. Significación clínica de los resultados

Si bien ya se han comentado los tamaños del efecto de las intervenciones en el apartado anterior, en este punto se tomará como referencia de la significación clínica de los resultados el índice de cambio fiable, para todas las variables de resultado evaluadas.

3.6.1. Significación clínica: sintomatología depresiva

En la Tabla 3.13 se presenta el número de personas por condición de intervención cuya puntuación mejora de forma significativa en la evaluación post-intervención o de seguimiento. Los datos indican que existen diferencias significativas entre condiciones de intervención en el número de participantes que cambian de una forma clínicamente significativa en la evaluación post-intervención ($\chi^2 = 13.46$; $p < .001$). Específicamente, se puede observar que, mientras que en la condición ACT cambian de forma clínicamente significativa 16 de 31 personas (un 51.6%), y en TCC 15 de 28 (53.6%), en el grupo control cambian 4 de 27 (14.8%). Estas diferencias entre condiciones, sin embargo, no se encuentran en la fase de seguimiento.

Tabla 3.13. Personas con cambio clínico significativo (índice de cambio fiable) en depresión

	Frecuencia	Post-intervención		Seguimiento	
		No cambia	Sí cambia	No cambia	Sí cambia
Control	Observada	27	4	18	4
	Esperada	18.9	12.1	16.4	5.6
ACT	Observada	17	16	19	6
	Esperada	20.9	12.1	18.7	6.3
TCC	Observada	15	15	12	7
	Esperada	19.1	10.9	13.9	5.1

3.6.2. Significación clínica: ansiedad

En la Tabla 3.14 se muestra el número de personas que cambian o no de forma clínicamente significativa (índice de cambio fiable) en la fase de post-intervención o de seguimiento para la variable ansiedad. Como ocurrió en el caso de la variable sintomatología depresiva, los resultados obtenidos son significativos en la fase post-intervención (chi-cuadrado = 13.96; $p < .001$), pero no en el seguimiento (chi-cuadrado = 1.73; $p = .42$). En la fase post-intervención, 19 de los 33 participantes en ACT cambian de forma clínicamente significativa (esto es, un 57.58% de los participantes informan de una reducción clínicamente significativa de su ansiedad). No existen diferencias significativas en el cambio entre los grupos de TCC y control, ni en la fase post-intervención ni en el seguimiento.

Tabla 3.14. Personas con cambio clínico significativo (índice de cambio fiable) en ansiedad

	Frecuencia	Post- intervención		Seguimiento	
		No cambia	Sí cambia	No cambia	Sí cambia
Control	Observada	26	5	16	6
	Esperada	20.7	10.3	14.0	8.0
ACT	Observada	14	19	14	11
	Esperada	22.0	11.0	16.3	8.7
TCC	Observada	23	7	12	7
	Esperada	20.3	9.7	11.7	7.3

3.6.3. Significación clínica: evitación experiencial del cuidado

Tal y como se muestra en la tabla 3.15, existen diferencias entre condiciones de intervención en el número de personas que muestra un cambio clínicamente significativo (índice de cambio fiable), siendo el porcentaje de personas que mejora de forma clínicamente significativa en la fase post-intervención en el grupo ACT (7 de 32; un 21.9%) significativamente superior al del grupo control (2 de 31; un 6.5%) o el grupo TCC (0 de 31; 0%). Estos resultados son significativos en la fase post-intervención (9.22; $p < .010$), pero no en el seguimiento, en el que no se producen apenas diferencias entre condiciones de intervención en el número de personas recuperadas (chi-cuadrado = 1.67; $p = .43$).

Tabla 3.15. Personas con cambio clínico significativo (índice de cambio fiable) en evitación experiencial del cuidado

	Frecuencia	Post- intervención		Seguimiento	
		No cambia	Sí cambia	No cambia	Sí cambia
Control	Observada	29	2	20	1
	Esperada	28.0	3.0	18.7	2.3
ACT	Observada	26	7	20	5
	Esperada	29.9	3.1	21.4	3.6
TCC	Observada	30	0	17	2
	Esperada	27.0	3.0	16.8	2.2

3.6.4. Significación clínica: pensamientos disfuncionales sobre el cuidado

En el caso del análisis del número de personas que muestran un cambio clínicamente significativo (índice de cambio fiable) en la variable pensamientos disfuncionales sobre el cuidado (ver Tabla 3.16) sí que se encuentran diferencias entre condiciones de intervención tanto en la fase post-intervención (chi-cuadrado = 10.13; $p < .006$) como en la de seguimiento (chi-cuadrado = 6.34; $p = .042$). Sin embargo, mientras que en la fase post-intervención el mayor número de personas que cambian se observa en la intervención TCC (13 de 31 personas; 41.94%), en la fase de seguimiento es en ACT en la condición que mayor porcentaje de cambio se observa (12 de 25; 48%). En la condición control apenas hay casos en los que se observe un cambio clínicamente significativo.

Tabla 3.16. Personas con cambio clínico significativo (índice de cambio fiable) en pensamientos disfuncionales

	Frecuencia	Post- intervención		Seguimiento	
		No cambia	Sí cambia	No cambia	Sí cambia
Control	Observada	28	2	19	3
	Esperada	22.5	7.5	15.5	6.5
ACT	Observada	23	8	13	12
	Esperada	23.3	7.8	17.3	7.7
TCC	Observada	18	13	14	5
	Esperada	23.3	7.8	13.2	5.8

3.6.5. Significación clínica: frecuencia de actividades ocio

Los resultados obtenidos relativos a la variable frecuencia de actividades de ocio (Tabla 3.17) muestran que no hay diferencias significativas entre el número de personas que cambian de forma clínicamente significativa tanto en la fase post-intervención (chi-cuadrado = 4.28; $p < .118$) como de seguimiento (chi-cuadrado = 0.05; $p = .973$).

Tabla 3.17. Personas con cambio clínico significativo (índice de cambio fiable) en frecuencia de actividades agradables

	Frecuencia	Post- intervención		Seguimiento	
		No cambia	Sí cambia	No cambia	Sí cambia
Control	Observada	30	1	20	2
	Esperada	26.8	4.2	20.0	2.0
ACT	Observada	27	6	23	2
	Esperada	28.5	4.5	22.8	2.2
TCC	Observada	25	6	17	2
	Esperada	26.8	4.2	17.2	1.8

3.7. Predictores de cambio en sintomatología depresiva

En la Tabla 3.18 se muestran los resultados de un análisis de regresión múltiple en el que se pretende analizar cuáles son, de entre las variables sociodemográficas y de salud percibida que han sido evaluadas, aquellas que contribuyen de manera significativa a explicar el cambio en sintomatología depresiva en la fase post-intervención, tomando de forma conjunta a aquellos cuidadores que participaron en la intervención ACT y TCC. El modelo que se ha evaluado ha resultado significativo ($F = 4.36$; $p < .001$), explicando un porcentaje significativo de la varianza del cambio en depresión ($R^2 = .51$).

Tabla 3.18. Predictores de cambio en depresión en fase Post- intervención-
intervención

	Beta	t	Sig.
(Constante)		.67	.51
Género (0 = mujer)	-.11	-.94	.35
Edad del cuidador	.27	1.58	.12
Edad persona cuidada	.12	1.04	.30
Convicencia (0 = sí)	-.07	-.47	.64
Años cuidando	-.38	-3.40	.00
Horas cuidando	.44	2.99	.00
Trabaja (0 = sí)	-.42	-2.58	.01
Condiciones económicas (0 = no suficientes)	-.27	-2.41	.02
Años de estudios	.05	.41	.68
Pensamientos de ingreso en residencia	-.07	-.57	.57
Salud percibida (0 = muy mala)	-.34	-3.06	.00

3.8. Evaluación de la implementación de la intervención

3.8.1. Evaluación de la implementación de la intervención

En este apartado se analizan los resultados relativos a la evaluación de las tres dimensiones propuestas para la evaluación de la implementación de la intervención: transmisión de la información, recepción de la información y generalización de la información (Burgio et al., 2001).

a) Evaluación de la transmisión de la información y satisfacción con el programa

En la Tabla 3.19 se presentan los datos relativos a las respuestas disponibles de los participantes de los programas en relación a la satisfacción con el programa recibido. Las opciones de respuesta tienen un rango de 0 a 10 puntos (0=mínima puntuación, 10 = máxima puntuación).

Por otro lado, en la Tabla 3.20 se muestran las opiniones disponibles de los participantes en relación a otras preguntas relativas a la valoración del curso.

Tabla 3.19. Información sobre la opinión sobre el programa de los participantes de los programas de TCC y ACT

Tipo información	Preguntas específicas	ACT		TCC	
		Media	D.t	Media	D.t
Satisfacción con los contenidos teóricos	Los temas trabajados en este curso han sido interesantes	9.45	.68	9.10	1.11
	Los temas trabajados en este curso han sido útiles	9.35	.81	9.05	.88
	Los temas trabajados en este curso han sido difíciles	6.55	1.98	4.00	3.39
Satisfacción contenidos prácticos de las tareas para casa	Las tareas para casa y ejercicios en clase facilitan la comprensión	8.45	1.39	8.20	2.28
	Las tareas para casa y ejercicios en clase han sido útiles	8.90	1.33	8.33	2.35
	Las tareas para casa y ejercicios en clase han sido difíciles	6.05	2.32	5.11	3.54

Tipo información	Preguntas específicas	ACT		TCC	
		Media	D.t	Media	D.t
Satisfacción con los terapeutas	Los terapeutas han mostrado dominio del tema	9.75	.44	9.81	.40
	Los terapeutas han creado buen clima en las sesiones	9.80	.41	9.86	.35
	Los terapeutas han explicado los contenidos con claridad	9.70	.57	9.90	.30
Satisfacción con los materiales prácticos	Los materiales utilizados a lo largo del curso facilitan la comprensión	9.05	.99	9.26	.93
	Los materiales utilizados a lo largo del curso han sido adecuados	9.35	.93	9.26	.93
	Los materiales utilizados a lo largo del curso le han resultado difíciles	5.85	3.15	4.05	3.48
Satisfacción global con el curso	El curso ha respondido a sus expectativas	9.05	1.22	9.11	.99
	En términos generales. ¿está usted satisfecho con lo que ha aprendido?	9.60	.68	9.48	.68
	En términos generales. lo que ha aprendido le resultará útil para el cuidado	9.45	.825	9.57	.81

Tabla 3.20. Valoración de los participantes en el curso

		ACT		TCC	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Duración del curso	Escaso	7	35%	6	30%
	Adecuado	13	65%	14	70%
	Excesivo	-	-		
Duración de las sesiones	Escaso	6	30%	2	10%
	Adecuado	14	70%	18	90%
	Excesivo	-	-		
Organización del curso	Mala	-	-	-	-
	Adecuada	2	10%	6	30%
	Buena	18	90%	14	70%
Recomendación del curso a otras personas	Si	20	100%	20	100%

b) Evaluación de la recepción de la información

Por lo que respecta a los cambios en los conocimientos adquiridos a lo largo del programa de intervención, en la Tabla 3.21 se presentan las puntuaciones medias obtenidas en la evaluación pre y post-intervención en conocimientos adquiridos en relación a los contenidos, tanto del programa ACT como del programa TCC. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos sobre los contenidos antes de la intervención y los conocimientos después de asistir a las sesiones, siendo mayores los conocimientos en la evaluación post-intervención.

Tabla 3.21 Diferencia de medias pre-post en conocimientos en ambas intervenciones

	ACT				TCC			
	Media	d.t	t	p	Media	d.t	t	p
Conocimientos Pre intervención	107.97	22.39	-2.95	.00	95.60	29.24	-6.44	.00
Conocimientos Post intervención	124.70	10.20			140.52	16.63		

c) Evaluación de la generalización de la información

Programa ACT:

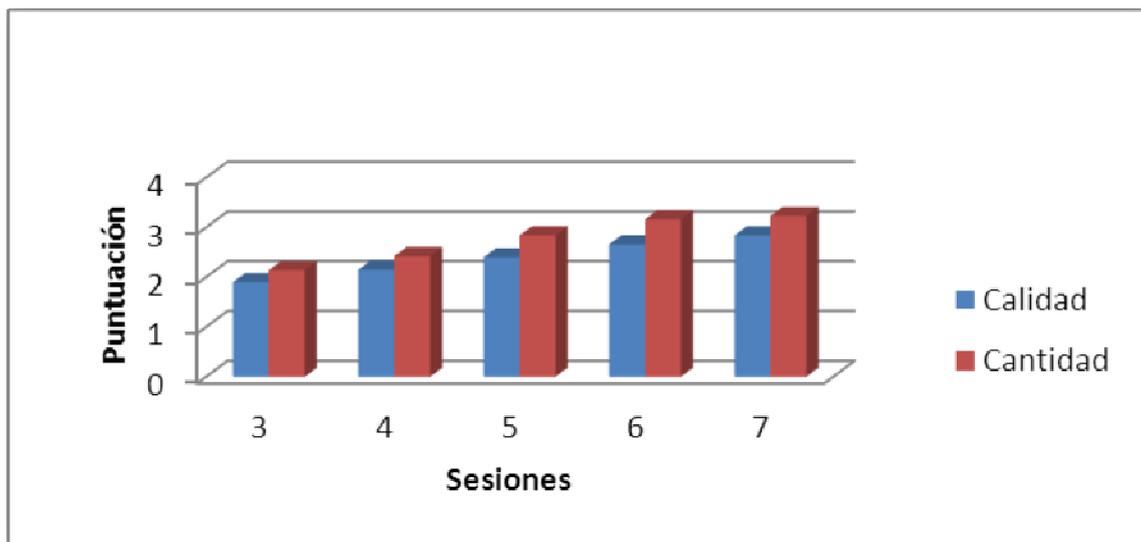
En el programa de ACT se han utilizado algunos de los registros solicitados como tareas para casa para evaluar la generalización de la información a la vida cotidiana del cuidador. En concreto, se ha evaluado la calidad y la cantidad de acciones comprometidas relacionadas con el valor del cuidado así como con otros valores personales a lo largo de las sesiones

Tanto la calidad de las acciones comprometidas referentes tanto al valor del cuidado, como a los otros valores personales, van aumentando a lo largo de las sesiones. Concretamente, el cambio en calidad de las acciones comprometidas en la sesión inicial comparada con la última es significativo ($t = 2.20$; $p < .05$) (ver Figura 3.7)

Por su parte, el cambio en la cantidad de acciones comprometidas, también referente al cuidado, como a otros valores personales, si bien no es estadísticamente significativo, tiende a la significación ($t = 2.01$; $p=0.06$). Al igual

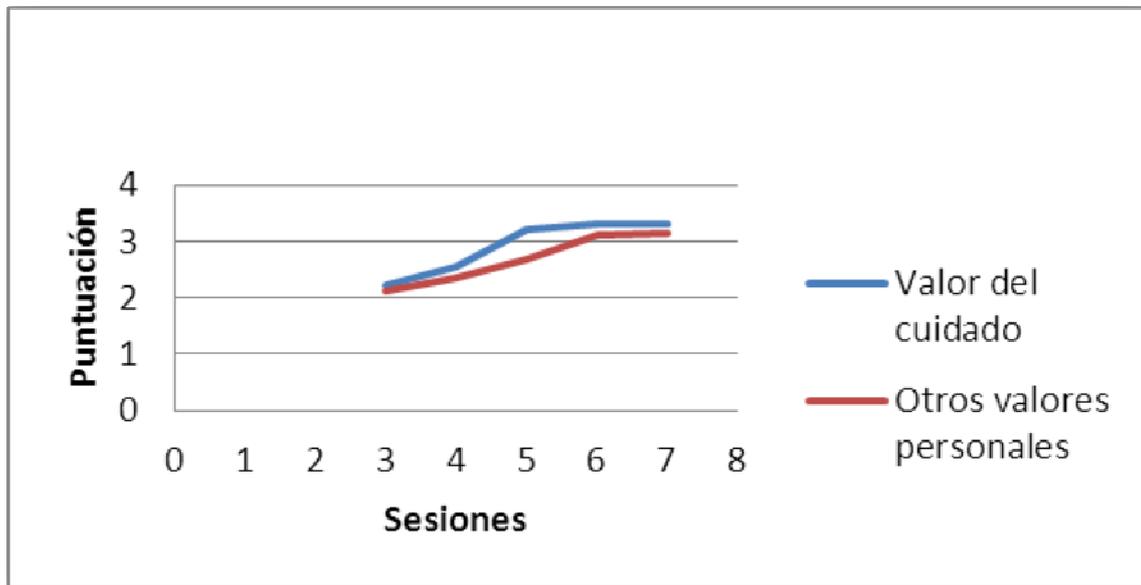
que sucedía en la calidad de las acciones, puede apreciarse en la Figura 3.7 que va aumentando con el paso de las sesiones.

Figura 3.7. Calidad y cantidad de las acciones comprometidas en relación a valores personales.



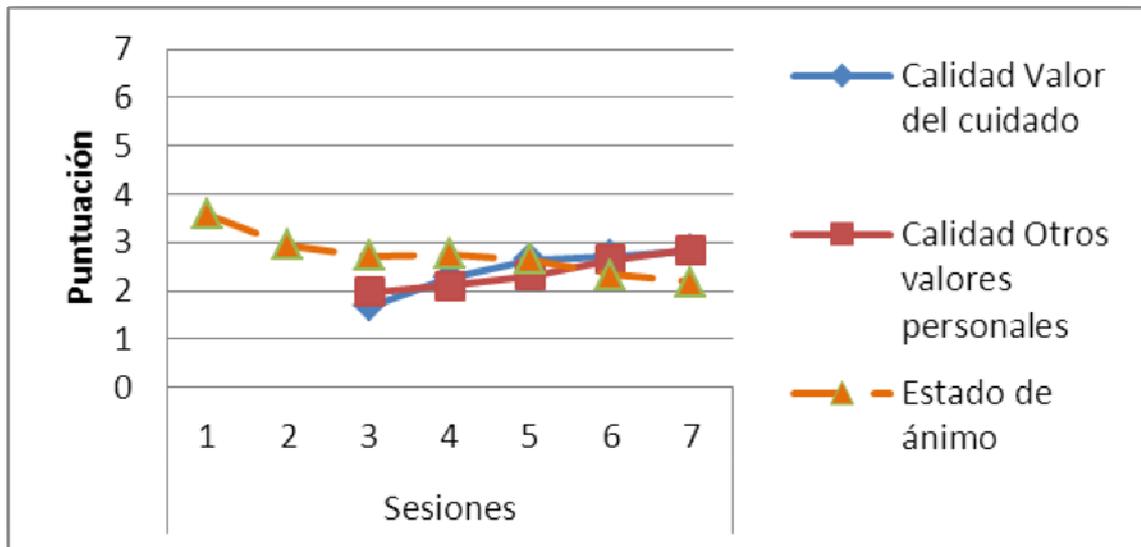
Otra de las variables empleadas en el análisis de la implementación sobre la generalización de la información ha sido la cantidad de actividades relativas al cuidado y a otros valores personales (ver Figura 3.8). En concreto, se observa que las acciones comprometidas con el valor del cuidado van en aumento y en las dos últimas sesiones se mantienen, mientras que las actividades relacionadas con otros valores personales aumenta progresivamente. El cambio, medido a través de la diferencia entre la última y la primera sesión en la cantidad de actividades realizadas, se muestra significativo para el valor del cuidado ($t=2.10$; $p < .05$), mientras que el cambio en cantidad de actividades en otros valores personales tiende a la significación ($t = 1.76$; $p = .10$).

Figura 3.8. Cantidad de actividades en el valor del cuidado y otros valores personales.



Por último, se ha evaluado la calidad de las actividades relacionadas, tanto con el valor del cuidado como de los otros valores personales del cuidador. Los resultados muestran que en el comienzo de la intervención se produce una diferencia entre la calidad de los valores personales y la del cuidado, siendo mayor la de los valores personales. Sin embargo esta diferencia se va reduciendo con el paso de las sesiones hasta llegar a equipararse al final de la intervención. Además, un análisis de correlaciones muestra que a medida que aumenta la calidad de las acciones comprometidas de los valores del cuidador disminuye el malestar emocional ($r=0.58$; $p < .05$) (Figura 3.9).

Figura 3.9. Calidad de las actividades en el valor del cuidado y otros valores personales, y el malestar emocional a lo largo de las sesiones



Programa TCC

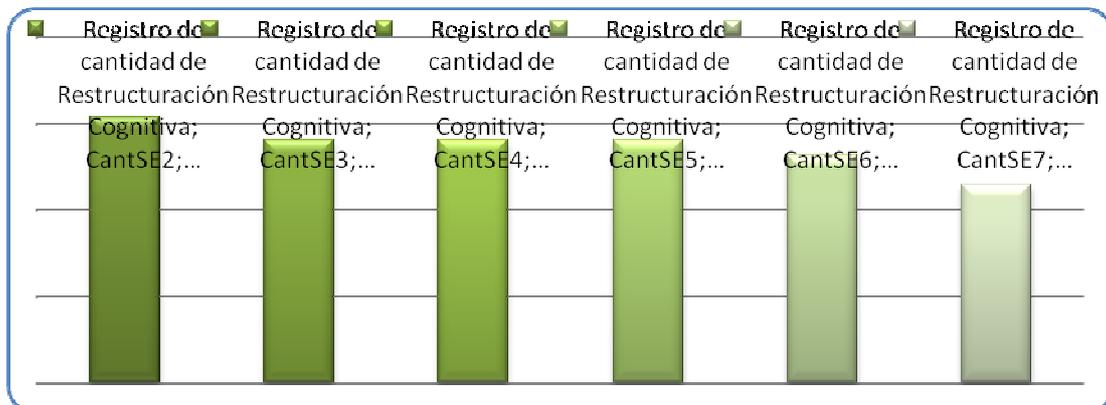
En el programa de TCC se han analizado los registros de reestructuración cognitiva, tanto en cantidad como en calidad. En las Figuras 3.10 y 3.11 se pueden ver los resultados del análisis de los registros de tarea para casa, de la variable implementación de reestructuración cognitiva. Se observa que la calidad de las tareas para casa se mantiene a lo largo del tiempo en una puntuación entre 2 y 3 (3 Las habilidades se han implementado pero se deben hacer ajustes (por ej., no se han hecho todos los días)).

Figura 3.10. Calidad de las tareas: registro de reestructuración cognitiva a lo largo de la intervención.



Por lo que respecta a la cantidad de tareas para casa, se puede ver que también se mantiene la cantidad de registros para casa a lo largo del tiempo, si bien se produce un ligero descenso en las últimas sesiones. La puntuación algo superior al 2 indica que, de media, los participantes han realizado algo más de la mitad de los registros que fueron solicitados.

Figura 3.11. Cantidad de las tareas: registro de reestructuración cognitiva a lo largo de la intervención.



4- DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo es el de analizar la eficacia diferencial de dos intervenciones psicológicas en formato individual (Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapia cognitivo-conductual (TCC) para cuidadores familiares de personas mayores con demencia, comparadas con un grupo control en formato de mínimo contacto terapéutico (un taller psicoeducativo breve de entre 2 y 4 horas de duración). Este diseño responde en parte al hecho de que “existen únicamente escasos estudios de intervención aleatorizados en los que se investigue el efecto diferencial de diferentes psicoterapias para reducir el malestar de los cuidadores” (Gallagher-Thompson et al., 2012). Los participantes en estas condiciones de intervención han sido evaluados en tres ocasiones (evaluación pre-intervención, post-intervención y seguimiento a los 6 meses) por psicólogos específicamente entrenados para la tarea, desconocedores de las hipótesis del estudio.

Pese a la importancia de la aceptación plena de los eventos internos desagradables como un aspecto clave para la adaptación a la situación del cuidado (Spira et al., 2007), hasta donde sabemos, el presente estudio es el primero que se realiza sobre la eficacia de ACT con cuidadores familiares de personas con demencia. De la misma manera, en este estudio se describen por primera vez los resultados de la aplicación en formato individual de la TCC descrita en la sección de método, desarrollada por Losada et al. (2006), y que hasta la fecha venía siendo aplicada exclusivamente en formato grupal (Losada et al., 2004; 2011; Márquez-González et al., 2007).

Este estudio presenta, además, una característica que ha sido recomendada para estudios con cuidadores (Zarit y Leitsch, 2001), y es que todos los cuidadores que han participado presentaron una puntuación en la escala CES-D, de sintomatología depresiva, superior a 16, lo que sugiere la posible presencia de un problema clínico, y trata de evitar un efecto suelo en los resultados postratamiento y de seguimiento. Además, el estudio presenta las fortalezas de tratarse de un estudio de intervención con asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones de intervención, cuenta con evaluación de seguimiento, y ha implicado a evaluadores que eran ajenos a las hipótesis del estudio de intervención.

Si bien en los últimos años se han publicado experiencias de calidad en la investigación sobre intervenciones para cuidadores familiares de personas con demencia, el número de iniciativas desarrolladas en nuestro país sigue siendo escaso. Algunos ejemplos de estudios destacables son, por ejemplo, los trabajos realizados por María Crespo y colaboradores (López, Crespo y Zarit, 2007), Manuel Martín y colaboradores (Martín-Carrasco et al., 2009; 2014), Emiliano Rodríguez y colaboradores (Rodríguez-Sánchez et al., 2013) y Andrés Losada y colaboradores (Losada et al., 2004, 2011; Márquez-González et al., 2007). El trabajo que aquí se presenta pretende contribuir al conocimiento existente sobre el tema y a avanzar en la búsqueda de procedimientos para reducir el conocido estrés de los cuidadores (Vitaliano et al., 2003), proporcionándoles herramientas psicológicas para afrontarlo en las mejores condiciones posibles.

4.1.- Participantes y desarrollo del estudio

En primer lugar, consideramos importante destacar que el perfil de cuidadores que ha participado en este estudio presenta características socio-demográficas similares a las encontradas en otros estudios (por ej., IMSERSO, 2005), caracterizado fundamentalmente por estar compuesto por más mujeres que hombres, y de una edad próxima a los 60 años.

Como se pudo ver en el flujo de participación en el estudio (Figura 3.1), de los 137 cuidadores que finalmente fueron asignados aleatoriamente a las condiciones de intervención del estudio (ACT, TCC y GC), se ha contado con evaluaciones post-intervención de 94 de ellos, y con evaluaciones de seguimiento de 66. Estas cifras son similares a las de otros estudios que han contado con un diseño similar al aquí presentado, realizados con población cuidadora o con poblaciones con otras problemáticas. Así, por ejemplo, Moore et al. (2013) aleatorizaron a 100 cuidadores a las condiciones de intervención, y contaron con 66 evaluaciones post-intervención y con 44 evaluaciones de seguimiento. Por su parte, Arch et al. (2012), en un estudio con personas con problemas mixtos de ansiedad, similar al aquí descrito en cuanto a que comparan una intervención ACT con otra TCC, aleatorizaron a 128 personas, contando con 85 evaluaciones post-intervención, y 63 evaluaciones de seguimiento.

Los datos mencionados, así como el conocido fenómeno de la pérdida muestral de cuidadores en estudios con diseños longitudinales o de intervención (debido a ingresos en residencias, falta de tiempo o mortalidad de las personas cuidadas o de los propios cuidadores; Lopez y Crespo, 2007), permiten sugerir que el estudio presenta las limitaciones relativas a pérdida muestral habituales en

estudios de este tipo, y que no se ha visto influido por factores que pudieran suponer un cuestionamiento fundamental de su ejecución.

En cuanto al resultado obtenido sobre diferencias entre cuidadores que participan en el estudio inicialmente y aquellos que no participan, por no cumplir el criterio de tener una sintomatología depresiva igual o superior a 16 en la escala CES-D, se ha mostrado que los que participan tienen, además del mayor nivel de depresión, más sintomatología ansiosa, cuidan durante más horas e informan de una mayor frecuencia de comportamientos problemáticos por parte de su familiar. Este grupo está compuesto, además, por más mujeres.

Con respecto a las diferencias entre cuidadores que mantienen su participación en el estudio y aquellos que abandonan, los que abandonan presentaban en la evaluación pre-intervención más sintomatología depresiva y cuidaban durante más horas diarias, así como informaban de una menor capacidad funcional de sus familiares. Estos resultados parecen sugerir que existe un grupo de cuidadores que presenta un perfil que podría estar requiriendo una ayuda adicional para poder mantener su participación en intervenciones como la aquí descrita. Si bien no disponemos de datos que permitan ahondar más en la cuestión, es posible que puedan requerir de ayuda (o más ayuda, si ya disponen de alguna) por parte de los servicios sociales o de salud (por ej., centro de día o ayuda a domicilio), o de intervenciones distintas a las aquí descritas.

4.2. Eficacia de las intervenciones

4.2.1. Significación estadística

Los resultados obtenidos a través de los ANOVAs muestran que, para todas las variables de resultado evaluadas, salvo para frecuencia de actividades de ocio, se encuentran diferencias entre las condiciones de intervención con el paso del tiempo. Además, para las variables sintomatología depresiva, ansiedad y pensamientos disfuncionales, el tamaño del efecto encontrado (eta cuadrado parcial) es elevado, siendo moderado para la variable evitación experiencial en el cuidado.

La comparación de los resultados obtenidos con estudios previos similares al aquí presentado, pero que fueron realizados en formato grupal, sugieren que realizar la intervención en formato individual incrementa el efecto de la intervención psicológica de forma significativa. Así, por ejemplo, en un estudio previo en el que se aplicó la intervención TCC utilizada en este estudio (Losada et al., 2011) en formato grupal (y añadiendo alguna sesión de terapia ocupacional) se encontró un tamaño del efecto para la variable de sintomatología depresiva de 0,04 (bajo). En este estudio, en formato individual, se ha obtenido un tamaño del efecto de 0,17 (elevado).

Los análisis de los efectos simples (pruebas t) sugieren que las intervenciones psicoterapéuticas favorecen cambios significativos en la dirección esperada en las variables evaluadas, mientras que estos cambios no se observan en el grupo control. Únicamente, y en contra de lo esperado, se han observado cambios significativos en el grupo control en depresión en la fase post-intervención (reducción significativa del malestar). Los análisis realizados nos impiden conocer

posibles razones que expliquen este resultado, si bien puede ser que tanto las evaluaciones como la participación en el taller hayan podido ejercer un efecto positivo sobre la sintomatología depresiva de estos cuidadores, que, sin embargo, no se ha mantenido en el seguimiento. A través de la intervención TCC se han obtenido cambios significativos en sintomatología depresiva tanto en la fase post-intervención como de seguimiento, en ambos casos con un tamaño del efecto elevado. Si bien en la intervención ACT sólo se ha observado una tendencia al cambio significativo en la fase de seguimiento en esta variable, es posible que con un tamaño muestral más elevado se hubiese alcanzado la significación estadística, dado que el tamaño del efecto del cambio en depresión para ACT en el seguimiento ha sido elevado. Los resultados obtenidos sugieren que las intervenciones aplicadas, especialmente la TCC, tienen un efecto sobre la reducción de la sintomatología depresiva de los cuidadores participantes superior al habitualmente encontrado en la literatura científica. Así, por ejemplo, en el metanálisis de Pincus y Sorenson (2006) se encontró un tamaño del efecto para las intervenciones cognitivo-conductuales sobre la depresión de 0,7, similar al encontrado por Brodaty et al. (2003) para las intervenciones sobre el estado de ánimo (0,68). El tamaño del efecto obtenido en el presente estudio tanto para TCC como para ACT es superior, tanto en la fase post-intervención y seguimiento (1,82 y 1,12 respectivamente para TCC, y 2,27 y 0,8 respectivamente, para ACT).

En el caso de la sintomatología ansiosa, tanto para la intervención TCC como ACT se han obtenido cambios significativos en la evaluación post-intervención y en la de seguimiento. En el caso de TCC, mientras que en la fase post-intervención el tamaño del efecto ha sido moderado, en el seguimiento ha sido elevado. En el caso de ACT se observa lo contrario: en la fase post-

intervención el tamaño del efecto es elevado, y en el seguimiento es moderado. En el caso del GC no se han observado cambios significativos. Los resultados sugieren de nuevo que las intervenciones favorecen un cambio en una variable indicadora de malestar, el nivel de ansiedad, puesto que su efecto ha sido superior al observado en el grupo control. Los resultados obtenidos son especialmente relevantes para la literatura sobre cuidadores familiares de personas con demencia, dado que el estudio de los efectos de las intervenciones sobre la ansiedad de los cuidadores es prácticamente inexistente, especialmente en estudios aleatorizados y controlados como el que aquí se presenta (Spector, Orrell, Lattimer, Hoe, King, Harwood, Qazi y Charlesworth, 2012).

Los resultados obtenidos para la variable evitación experiencial en el cuidado muestran que, tal y como se esperaba, únicamente se producen cambios significativos (en la dirección esperada, esto es, una reducción en las puntuaciones) a través de la intervención ACT tanto en la fase post-intervención como en el seguimiento. El tamaño del efecto de estos cambios (d de Cohen) es moderado en ambos casos. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio en el que se analiza el efecto de una intervención para cuidadores sobre la variable evitación experiencial en el cuidado, una variable que sólo ha sido estudiada en dos estudios con población cuidadora (Losada et al., en prensa; Spira et al., 2007)

El análisis de las puntuaciones obtenidas en la variable pensamientos disfuncionales muestra, como era esperable, una reducción de estas puntuaciones tanto en la fase post-intervención como de seguimiento en la intervención TCC. Sin embargo, estos mismos resultados se han obtenido para los participantes en la intervención ACT, algo que no se había hipotetizado. Este resultado puede ser debido a que factores de la variable evitación experiencial en el cuidado se

asocian de forma positiva y significativa con pensamientos disfuncionales del cuidado, posiblemente porque comparten el proceso de la evaluación o valoración de los propios pensamientos y emociones, tratando ambos mecanismos cognitivos explícitos y declarativos, regulados por procesos controlados (Losada, Márquez-González, Romero-Moreno y López, en prensa). El tamaño del efecto observado, por ejemplo el eta cuadrado parcial, es idéntico al que se obtuvo en un estudio previo en el que se aplicó la TCC en formato grupal (Losada et al., 2011), salvo que en el presente estudio, como se ha señalado, además de realizarse la intervención de forma individual, se incluye una evaluación de seguimiento, se ha contado únicamente con cuidadores con elevada sintomatología depresiva y, además, el diseño incluye 3 condiciones de intervención.

Por último, en relación a la variable frecuencia de actividades de ocio, únicamente se han observado cambios significativos en la dirección esperada (aumento de la frecuencia) en la fase post-intervención para las condiciones TCC y ACT, en ambos casos con un tamaño del efecto moderado. Estos resultados son similares a los obtenidos en el mencionado estudio de intervención grupal de Losada et al. (2011), salvo que en el estudio actual se incluye una evaluación de seguimiento.

Una visión global de los resultados obtenidos permite comprobar que, mientras que los efectos observados en la fase post-intervención son elevados, éstos se diluyen en la fase de seguimiento (a los 6 meses), si bien mantienen su significación. El hecho de que de forma previa a la intervención únicamente existieran diferencias entre condiciones de intervención en la variable años cuidando (los cuidadores del GC informan de llevar cuidando un mayor número de

años) sugiere que los cambios observados en las variables son debidos al efecto de la intervención.

Aunque no se han realizado análisis específicos de mediación o moderación, parece que el que se hayan obtenido cambios en la variable evitación experiencial en el cuidado únicamente a través de la intervención ACT, y cambios en pensamientos disfuncionales principalmente a través de la intervención TCC (aunque, en este caso, también hayan cambiado en ACT), podría estar indicando que ambas variables representan los principales mecanismos de acción a través de los cuáles, al menos en parte, se producen los efectos positivos de las intervenciones. De esta forma, este estudio contribuye en alguna medida al avance en el conocimiento de los mecanismos de acción de las intervenciones psicológicas. La necesidad de avanzar en estos conocimientos ha sido señalada tanto para la literatura psicológica en general (Murphy et al., 2009), como para la literatura sobre cuidadores. Hasta donde sabemos, únicamente tres estudios habían analizado los mecanismos de acción de las intervenciones en cuidadores hasta la fecha (Coon et al., 2003; Losada et al., 2011; Roth et al., 2005), por lo que la contribución de este trabajo podría ser especialmente relevante de cara a ampliar el conocimiento sobre esta importante cuestión.

4.2.2. Significación clínica: índice de cambio fiable

Los datos obtenidos con respecto al índice de cambio fiable (Jacobson y Truax, 1991) complementan y refuerzan los obtenidos a través del análisis de la significación estadística (y al tamaño del efecto, evaluado por la de de Cohen, que aun siendo un indicador de significación clínica fue comentado en el aparato

anterior). De nuevo, en este caso, mientras que en la fase post-intervención se han obtenido resultados elevados de cambios clínicamente significativos (alto porcentaje de participantes con cambios clínicamente significativos tras las intervenciones), éstos se suavizan de forma importante en la fase de seguimiento.

Los resultados obtenidos sugieren que a través de las dos intervenciones implementadas (TCC y ACT) se beneficia un mayor porcentaje de personas de forma clínicamente significativa que en el caso de la condición control. Estas diferencias se observan tanto en la fase post-intervención como de seguimiento en el caso de la variable pensamientos disfuncionales. En el caso de la sintomatología depresiva se observa que un importante porcentaje de cuidadores informa de una reducción significativa de su sintomatología en la evaluación post-intervención, tanto en la condición TCC como ACT (más de un 50% de los participantes reduce de forma significativa su puntuación), así como un porcentaje importante de cuidadores que ve reducida su sintomatología de forma clínicamente significativa en el seguimiento (en torno al 30% tanto en TCC como en ACT). Este porcentaje es superior al informado en otros estudios similares, como por ejemplo el realizado por Moore et al. (2013), en el que encontraron un cambio clínicamente significativo en un 32,7% de los casos en la fase post-intervención, y un 24,5% en la fase de seguimiento.

Los resultados obtenidos para la ansiedad y la evitación experiencial en el cuidado muestran únicamente resultados significativos para el caso de la intervención ACT, y en la evaluación post-intervención. Se observa un porcentaje elevado de personas que ven reducida su sintomatología ansiosa y su evitación experiencial de forma clínicamente significativa, comparada con los grupos TCC y control.

Tomados en conjunto, los resultados obtenidos parecen proporcionar respaldo al comentario realizado por Schulz y colaboradores (2002), quienes señalaron que “los estudios de intervención con cuidadores parecen prometedores de cara a lograr resultados clínicamente significativos para mejorar los síntomas depresivos y reducir la ansiedad” (p. 594).

4.3. Predictores de cambio en sintomatología depresiva

El criterio principal para la participación en este estudio, además de ser cuidador familiar de una persona con demencia, era tener una puntuación igual o superior a 16 en la escala CES-D de sintomatología depresiva. Por este motivo, uno de los análisis que se ha realizado es el de, a través de regresión múltiple, valorar qué características de los cuidadores se asociaban con la reducción de la puntuación en sintomatología depresiva en participantes en las intervenciones TCC y ACT.

Los resultados han mostrado que aquellos cuidadores que llevan menos años cuidando, que cuidan más horas al día, que trabajan fuera de casa, que informan de que sus condiciones económicas no son suficientes para llevar a cabo el cuidado en las mejores condiciones e informan de una peor salud percibida ven reducida en mayor medida su puntuación en sintomatología depresiva tras la intervención.

Estos resultados sugieren que los cuidadores con este perfil conforman un grupo de personas que se benefician especialmente de intervenciones como las aquí planteadas. Esta circunstancia podría favorecer una mejor distribución de los recursos, facilitando que cuidadores con perfiles similares al descrito participen en

intervenciones de este tipo, mientras que se debería analizar qué intervenciones son más eficaces para favorecer el cambio en quienes no se caractericen por las variables descritas. Estos resultados son, en cierta medida, contrarios a los informados por Chee, Gitlin, Dennis y Hauck (2007), quienes encontraron que los cuidadores con peor salud tienden a no beneficiarse de una intervención dirigida a proporcionarles habilidades, tendiendo a abandonarla. Es posible que el carácter más psicoterapéutico de las intervenciones aquí propuestas facilite una mayor ganancia de control por parte de las personas con peor salud percibida, muy relacionada con el estado de ánimo.

4.4. Implementación de la intervención

Los resultados del análisis de la implementación de la intervención sugieren la intervención parece ser muy bien recibida por los cuidadores (puntuaciones en satisfacción superiores al 9 sobre 10 en muchos casos, y el programa sería recomendado a otras personas en el 100% de los casos), y se produce un aumento significativo en los conocimientos relativos a cada una de las condiciones de intervención. Aun así, diferentes cuestiones podrían ser en cuenta a la hora de plantear posibles vías de mejora de las intervenciones e, incluso, mejores resultados en la eficacia para reducir el malestar de los participantes.

Específicamente, y especialmente en el caso de ACT, los contenidos y las tareas son valorados por los participantes como algo complejos. Si bien es habitual que aspectos psicológicos abstractos puedan resultar difíciles de entender para personas ajenas a la psicología, nuestra impresión clínica es que podría suavizarse la progresión en el incremento de la complejidad de los contenidos y

tareas tratadas, especialmente en ACT. Estas circunstancias podían estar también explicando en gran medida los resultados observados a la hora de analizar la cantidad y calidad de las tareas realizadas. Si bien son muchos los factores que pueden influir en que se hagan o no las tareas con la frecuencia que sería deseada, no se puede descartar que se puedan realizar ajustes a las tareas que se solicitan a los cuidadores en los programas. En muchos casos los cuidadores informan de que son muchas tareas, circunstancia que puede afectar a su motivación para realizarlas.

El análisis de la cantidad y calidad de tareas realizadas debe ser analizado con cautela. Así, por ejemplo, si bien en el caso de la terapia TCC se observa una reducción en el número de tareas (registro de restructuración cognitiva) realizadas con el paso del tiempo, y una cierta tendencia al empeoramiento en la calidad de las mismas, hay que tener en cuenta que la complejidad de las mismas aumenta con el paso de las sesiones. Así, por ejemplo, se pasa de registros elementales de identificación de situaciones, pensamientos y emociones a registros de tres columnas que han de ser rellenados por los cuidadores (situación, pensamiento y emoción) y, finalmente, a registros de cinco columnas (situación, pensamiento, emoción, nuevo pensamiento y nueva emoción).

4.5. Limitaciones del estudio

Si bien la muestra de cuidadores familiares de personas con demencia que ha participado en este estudio presenta características sociodemográficas similares a las obtenidas en estudios representativos de población cuidadora realizados en España (IMSERSO, 2005), y el acceso a los cuidadores se ha

realizado a través de diferentes medios y procedimientos (por ej., médicos de atención primaria que derivaban cuidadores o a través de Internet), la realidad es que muy probablemente la muestra no sea representativa de la muestra global de cuidadores. Por ejemplo, es posible que cuidadores con niveles muy elevados de malestar que se encuentren con pocos recursos de apoyo no hayan podido participar (y no hayan tenido siquiera conocimiento del estudio).

Se ha utilizado como variable criterio principal para participar el presentar una puntuación en sintomatología depresiva igual o superior a 16 en la escala CES-D, puntuación habitualmente considerada como punto de corte que indica la posible presencia de depresión clínica (Radloff y Teri, 1986). Los cuidadores con niveles elevados de malestar (por ej., ansiedad o carga), pero que no presenten sintomatología depresiva alta, no han sido incluidos en el estudio, y por lo tanto, los resultados aquí señalados únicamente se pueden generalizar a cuidadores con sintomatología depresiva alta, y no a la población de cuidadores con alto malestar general o en variables específicas distintas a la depresión. En un sentido similar, el criterio para valorar la presencia de posible malestar depresivo clínicamente relevante puede no coincidir con la realidad clínica, circunstancia que podría haberse evitado contando con una evaluación diagnóstica de acuerdo con los criterios establecidos en manuales como el DSM o la CIE.

Si bien el tamaño muestral tanto de partida como final es comparable con estudios relevantes realizados tanto con población cuidadora (Moore et al., 2013) y no cuidadora (Arch et al., 2012), la ausencia de mayor muestra limita el alcance y posibilidades de los análisis utilizados. Así, por ejemplo, contar con mayor muestra hubiese permitido introducir en los análisis variables control que han sido destacadas en la literatura como influyentes en el proceso de estrés de los

cuidadores (por ej., fase de la enfermedad según la GDS, convivencia con el familiar, etc.).

La literatura científica señala la posible existencia de solapamientos entre las intervenciones aquí utilizadas: TCC y ACT. A pesar de que se ha tratado de eliminar cualquier posible solapamiento básico entre las terapias, por ejemplo reduciendo al mínimo la parte de entrenamiento en habilidades y solución de problemas de la terapia ACT, es posible que no se haya podido alcanzar el objetivo de desarrollar dos terapias claramente diferenciadas en cuanto a los principios teóricos y prácticos que las guían, y esto haya contribuido a encontrar resultados como, por ejemplo, que ambas terapias han favorecido el cambio significativo en pensamientos disfuncionales sobre el cuidado, cambio que únicamente se hipotetizaba para la terapia TCC.

No podemos obviar que parte del equipo que ha desarrollado este trabajo tenía experiencia previa en la realización de la terapia TCC (aunque en formato grupal) (Losada et al., 2011; Márquez-González et al., 2007). Esta circunstancia puede haber influido en los resultados obtenidos, que parecen sugerir una pequeña mayor potencia de cambio para la intervención TCC.

Finalmente, y aunque en el presente estudio se han obtenido pérdidas muestrales similares a las observadas en otros estudios similares realizados con población cuidadora (Moore et al., 2013) o con otras problemáticas (Arch et al., 2012), y no se han encontrado diferencias entre las personas que participan y las que abandonan, es posible que los resultados fueran diferentes de no haberse producido la importante pérdida muestral observada en el estudio, especialmente en el grupo control.

4.6. Propuestas de mejora y líneas futuras

La pérdida del efecto de las intervenciones observada entre las fases post-intervención y seguimiento sugiere que puede ser muy recomendable incluir sesiones de mantenimiento (*booster sessions*) entre el final de la intervención y el seguimiento, tal y como se ha recomendado por otros autores (por ej., Moore et al., 2013), existiendo algunas experiencias previas en las que se han incluido (por ej., Coon et al., 2003).

Si bien consideramos aceptables los resultados obtenidos a partir del análisis de la implementación de la intervención, queda margen de mejora para lograr una mayor adherencia a la realización de tareas para casa y que éstas se hagan de más calidad. Además, futuros estudios podrían considerar la integridad del tratamiento, evaluándolo a través de escalas como la recientemente desarrollada por Schinköthe y Wilz (2014).

Estudios futuros podrían analizar si los efectos encontrados en este estudio sobre variables emocionales se encuentran también en variables indicadoras de salud física y estrés, como por ejemplo los biomarcadores (Zarit et al., 2014). Además, estudios futuros podrían analizar la posible recomendación de una intervención u otra (TCC o ACT) en función del perfil previo de los cuidadores en variables clave como, por ejemplo, la evitación experiencial o la realización de actividades de ocio.

Asimismo, futuras investigaciones pueden analizar otras variables predictoras del éxito terapéutico distintas de las aquí analizadas. También será de gran interés que investigaciones futuras analicen no solo las variables asociadas

al éxito terapéutico sino también aquellas vinculadas al fracaso y abandono de las distintas intervenciones con cuidadores.

A través de este estudio se ha pretendido aportar información a favor de que pueden ser de utilidad para cuidadores estrategias terapéuticas dirigidas a objetivos diferentes (aceptar pensamientos y/o emociones y actuar de forma coherente con los valores, y cambiar pensamientos disfuncionales e incrementar las actividades de ocio), a través de intervenciones altamente manualizadas. Sin embargo, la "manualización" de los tratamientos es un tema polémico. Así, los tratamientos empíricamente validados pueden ser en gran medida "artificiales" y, pudiendo ser muy eficaces, no son siempre tan efectivos, útiles y/o aplicables en el contexto clínico real, entre otras razones porque muchos terapeutas rechazan esa forma de hacer terapia que no se ajusta al caso individual (p.ej., Addis y Krasnow, 2000). De este modo, los estudios experimentales "limpios" en los que se basa la investigación de resultados tienen serias dificultades para "apresar" lo que sucede realmente en la terapia (Vázquez, 2010). Por este motivo, estudios futuros deberían buscar la forma de aplicar a cada problema psicológico concreto las estrategias terapéuticas (módulos) o combinación de las mismas que se valoren como más eficaces para dicha problemática, sin perder de vista los requerimientos de la investigación. Los módulos terapéuticos son estrategias de intervención que han demostrado su eficacia para modificar determinadas variables y son administrados "de forma flexible (e independiente) dependiendo de lo que parezca clínicamente útil para un paciente particular" (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard, y Barlow, 2010; p. 102). Los módulos son operativizados de forma sistemática, y se pueden aplicar en diferentes "dosis" dependiendo de las características particulares de cada caso (Allen, McHugh y Barlow, 2008). Para el

diseño de la intervención, las propuestas ofrecen algún algoritmo o regla de decisión para diseñar el plan de intervención modular en cada caso (Chorpita et al., 2005). Investigaciones futuras deberían estudiar la eficacia de intervenciones modulares con población cuidadora.

4.7. Conclusiones generales

Si bien existen estudios de intervención previos en los que se han utilizado intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales (por ej., Burgio et al., 2003; Gallagher-Thompson y Coon, 2007; López, Crespo y Zarit, 2007; Losada et al., 2004, 2011), hasta donde sabemos este es el primer estudio en el que se ha llevado a cabo una intervención ACT con familiares cuidadores de personas con demencia.

Los resultados de este estudio sugieren que tanto la intervención ACT como la TCC son eficaces para reducir el malestar (depresión y ansiedad) de los cuidadores familiares de personas con demencia. Muestran efectos significativamente superiores a los encontrados a través de un grupo control en formato de mínimo contacto terapéutico. Tal y como muestran los resultados del análisis de la implementación de la intervención, ambas intervenciones son muy bien recibidas y serían recomendadas a personas en situaciones similares a las de los participantes en el estudio.

Este estudio parece confirmar la mayor eficacia de las intervenciones individuales sobre las grupales, con las que se obtienen menores tamaños del efecto a los aquí encontrados (por ej., Losada et al., 2011) o no se obtienen efectos (Martín-Carrasco et al., 2014).

Los resultados significativos y con elevado tamaño del efecto encontrados en la fase post-intervención disminuyen de forma significativa en la fase de seguimiento. Este hecho sugiere la necesidad de realizar sesiones de mantenimiento (“booster sessions”) que favorezcan el mantenimiento de los logros obtenidos.

Los resultados obtenidos a partir del análisis de la implementación de la intervención sugieren que existen vías de mejora de las intervenciones, a través de mecanismos que mejoren la cantidad de tareas realizadas por los cuidadores y la calidad de las mismas.

En resumen, los resultados de este trabajo confirman que la intervención psicológica puede contribuir a ayudar de manera significativa a los cuidadores a enfrentarse en mejores condiciones a la demandante y agotadora tarea de cuidar de un familiar con demencia. Además, sugiere que la terapia ACT puede suponer una alternativa adicional para ayudar a los cuidadores, y que en un futuro podrían darse las condiciones para que, en función del perfil del cuidador o de la problemática que presente, se le pueda recomendar una u otra terapia para ayudarle a enfrentarse en mejores condiciones a su demandante tarea.

Referencias bibliográficas

- Acton, G. J. y Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, 24, 349-360.
- Addis, M.E. y Krasnow, A.D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 331-339.
- Allen, L.B., McHugh, R.K. y Barlow, D.H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.), (pp. 216-249). New York, NY: Guilford Press.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., y Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80, 750.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- BOE (2006). Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 44142- 44156.
- Boisseau, C.L., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K. y Barlow, D.H. (2010). The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic

- Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 102-113.
- Bradley, B.P., Mogg, K., Falla, S.J. y Hamilton, L.R. (1998). Attentional bias for threatening facial expressions in anxiety: manipulation of stimulus duration. *Cognition and Emotion*, 12, 737-753.
- Brodsky, H., Green, A., y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 51, 657-664.
- Burgio, L., Corcoran, M., Lichstein, K.L., Nichols, L., Czaja, S., Gallagher-Thompson, D., Bourgeois, M., Stevens, A., Ory, M. y Schulz, R. (2001). Judging Outcomes in Psychological Interventions for Dementia Caregivers: The Problem of Treatment Implementation. *The Gerontologist*, 41, 481-489.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses on individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Chee, Y.K., Gitlin, L.N., Dennis, M.P. y Hauck, W.W. (2007). Predictors of Adherence to a Skill-Building Intervention in Dementia Caregivers. *The Journals of Gerontology: Series A*, 62, 673-678.
- Chorpita, B.F., Daleiden, E.L. y Weisz, J.R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 141-156.

- Clay, O.J., Roth, D.L., Wadley, V.G., y Haley, W.E. (2008). Changes in Social Support and their Impact on Psychosocial Outcome over a 5-Year Period for African American and White Dementia Caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 857-862.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coon, D. W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., y Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*, 43, 678-689.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients. *Aging y Mental Health*, 9, 325-330.
- Dalrymple, K. L., y Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- Del Barrio, J.L., de Pedro-Cuesta, J., Boix, R., Acosta, J., Bergareche, A., Bermejo-Pareja, F., y otros (2005). Dementia, stroke and Parkinson's disease in Spanish populations: a review of door-to-door prevalence surveys. *Neuroepidemiology*, 24, 179-188.

- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R.F., y Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 1-38.
- Eifert, G. H., y Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change*. New Harbinger Publications.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K. Hasegawa, K., Hendrie, H., y Huang, Y. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet, 366*, 2112-2117.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., y Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31*, 772-799.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., y Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior therapy, 43*, 801-811.
- Gallagher-Thompson, D., y Coon, D.W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging, 22*, 37-5.
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, M.Y., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., Lee, S.E., Losada, A. y Shyu, Y.I. (2012). International Perspectives on

Nonpharmacological Best practices for Dementia Family Caregivers: A Review. *Clinical Gerontologist*, 35, 316-355.

Haupt, M., Karger, A., y Jänner, M. (2000). Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1125-1129.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., y McCurry, S. M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *Psychological Record*, 54, 553-578.

Hayes S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, M.V., y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1152- 1168.

Hepburn, K. W., Tornatore, J., y Ostwald, S. W. (2001). Dementia family caregiver training: Affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 450-457.

Hilgeman, M. M., Allen, R. S., DeCoster, J., y Burgio, L. D. (2007). Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 Months. *Psychology and Aging, 22*, 361-371.

IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: IMSERSO.

Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.

Joling, K.J., van Hout, H.P.J; Schellevis, F. G. van der, H., Henriette, E., Scheltens, P. Knol,D.L.,y van Marwijk, H.W. J.(2010). Incidence of depression and anxiety in the spouses of patients with dementia: A naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*,146-153.

Knight, B., y Losada, A. (2011). Family Caregiving for Cognitively or Physically Frail Older Adults: Theory, Research, and Practice. En K.W. Schaie y S.L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7th ed.)(pp. 353-365). New York: Academic Press.

Knight, B. G., Lutzky, S. M., y Macofsky-Urban, F. (1993). Meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research. *Gerontologist, 33*, 240-248.

Knight, B.G., y Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: the updated sociocultural stress and coping model. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences 65B*, 5-13.

- Larson, E.B., Shadlen, M., Wang, L., McCormick, W.C., Bowen, J.D., Teri, L., y Kukull, W.A. (2004). Survival after Initial Diagnosis of Alzheimer Disease. *Annals of Internal Medicine*, 40, 501-509.
- Lévesque, L., Gendron, C., Vézina, J., Hébert, R., Ducharme, J., Lavoie, P., Gendron, M., Voyer, L., y Prévaille, M. (2002). The process of a group intervention for caregivers of demented persons living at home: Conceptual framework, components, and characteristics. *Aging and Mental Health*, 6, 239-247.
- Lewinsohn, P. M. (1974). The behavioral study and treatment of depression. In K.S. Calhoun, H. E. Adams, and K. M. Mitchell (Eds.). *Innovative treatment methods in psychopathology*. New York: Wiley.
- Li, L.W., Seltzer, M.M., y Greenberg, J.S. (1999). Change in depressive symptoms among daughter caregivers: An 18-month longitudinal study. *Psychology and Aging*, 14, 206-218.
- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.
- López, J., Crespo, M., y Zarit, S. (2007). Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *The Gerontologist*, 47, 205-214.
- Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M. y Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38, 701-708.

- Losada, A. y Márquez-González, M. (2011). Cognitive Behavioural Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for dementia caregivers. *PSIGE Newsletter*, 117, 9-18.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B.G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15, 57-76.
- Losada, A., Márquez-González, M. & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1119-1127.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R. y López, J. (in press). Development and Validation of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Aging y Mental Health*.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M. y Márquez-González, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez-González, M. y Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid: Ediciones Encuentro y Obra Social Caja Madrid.
- Losada-Baltar, A. y Montorio-Cerrato, I. (2005). Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas

mayores dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, 30-39.

Mahoney, F.L. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *State Journal*, 4, 61-65.

Márquez-González, M., Izal M., Montorio, I. y Losada A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20, 616-622.

Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G. y Montorio, I. (2007). Modification of Dysfunctional Thoughts about Caregiving in Dementia Family Caregivers: description and outcomes of an Intervention Program. *Aging & Mental Health*, 11, 616-625.

Márquez-González, M., Romero-Moreno, R. y Losada, A. (2010). Caregiving issues in a therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. En N. Pachana, K. Laidlaw y Bob Knight (Eds.). *Casebook of Clinical Geropsychology: International Perspectives on Practice* (pp. 33-53). New York: Oxford. University Press.

Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A., González-Fraile, E., Muñoz-Hermoso, P., Ballesteros, J.; EDUCA Group. (2014). Effectiveness of a Psychoeducational Intervention Group Program in the Reduction of the Burden Experienced by Caregivers of Patients With Dementia: The EDUCA-II Randomized Trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 28, 79-87.

Martín-Carrasco, M., Martín, M.F., Valero, C.P., Millán, P.R., García, C.I., Montalbán, S.R., Vázquez, A.L., Piris, S.P. y Vilanova MB. (2009).

Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 489-499.

Mateos, R., Franco, M., y Sanchez, M. (2010). Care for dementia in Spain: the need for a nationwide strategy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 881-884.

Mausbach, B., Patterson, T., Rabinowitz, Y., Grant, I., y Schulz, R. (2007). Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. *Health Psychology* 26, 539-544.

McCracken, L.M., y Eccleston, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10, 23-29.

McNair, D., Lorr, M. y Droppleman, L. (1971). Profile of Mood States. Manual. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Moher, D., Schulz, K.F., & Altman, D. (2001) The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA*, 285, 1987–1991.

Moore, R.C., Chattillion, E.A., Ceglowski, J., Ho, J., von Känel, R., Mills, P.J., Ziegler, M.G., Patterson, T.L., Grant, I. y Mausbach, B.T. (2013). A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: results of the

- Pleasant Events Program (PEP). *Behaviour Research y Therapy*, 51, 623-632.
- Murphy, R., Cooper, Z., Hollon, S.D., y Fairburn, C.G. (2009). How do psychological treatments work? Investigating mediators of change. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1-5.
- Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., del Ser, T., . . . Muniz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic and meta-analysis. *Behavioral Research Therapy*, 46, 296-321.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., y Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 223-230.
- Páez, M., Luciano, M.C., y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75 - 95.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). Differences between Caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.

- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in law as caregivers of older adults: a metaanalytic comparison. *Psychology and Aging, 26*, 1-14.
- Rabinowitz, Y. G., Mausbach, B. T., Coon, D. W., Depp, C., Thompson, L. W., y Gallagher-Thompson, D. (2006). The moderating effect of self-efficacy on intervention response in women family caregivers of older adults with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 642-649.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 51-60.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Radloff, L.S. y Teri, L. (1986). Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with older adults. In T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention* (pp. 119-136). New York: Haworth Press.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry, 139*, 1136-1139.
- Roth D-L, Mittelman M-S, Clay O-J, et al. (2005). Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychology & Aging, 20*, 634-644.

- Sabir, M., Pillimer, K., Sutor, J., y Patterson, M. (2003). Predictors of successful relationships in a peer support program for Alzheimer's caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 18, 115-122.
- Schinköthe, D. y Wilz, G. (2014-online first). The Assessment of Treatment Integrity in a Cognitive Behavioral Telephone Intervention Study With Dementia Caregivers. *Clinical Gerontologist*.
- Schulz, R., y Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215- 2219.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Schulz, R., O'Brien, A., Czaja, S., Ory, M., Norris, R., Martire, L.M., Belle, S.H., Burgio, L., Gitlin, L., Coon, D., Burns, R., Gallagher-Thompson, D. y Stevens, A. (2002). Dementia Caregiver Intervention Research: In Search of Clinical Significance. *The Gerontologist*, 42, 589-602.
- Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.
- Spector, A., Orrell, M., Lattimer, M., Hoe, J., King, M., Harwood, K., Qazi, A. y Charlesworth, G. (2012). Cognitive behavioural therapy (CBT) for anxiety in people with dementia: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 23, 13:197.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. E. (1970). *The State–Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spira, A.P., Beaudreau, S. A., Jimenez, D., Kierod, K., Cusing, M. M., Gray, H.L., y Gallagher-Thompson, D. (2007). Experiential avoidance, acceptance, and depression in dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 30, 55-64.
- Stevens J., 2002. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (4th Edn). Lawrence Erlbaum: London.
- Stevens, A.B., Coon, D., Wisniewski, S., Vance, D., Arguelles, S., Belle, S., Mendelsohn, A., Ory, M. y Haley, W. (2004). Measurement of leisure time satisfaction in family caregivers. *Aging and Mental Health*, 8, 450-459.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., y Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: the revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and aging*, 7, 622-631.
- Vázquez, C. (2010). Ciencias cognitivas y psicoterapias cognitivas: una alianza problemática. *Revista de Psicoterapia*, 16, 43-63.
- Vitaliano, P.P., Zhang, J., y Scalan, J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972.
- Weiss, C.O., González, H.M., Kabeto, M.U., y Langa, K.M. (2005). Differences in amount of informal care received by non-Hispanic whites and latinos in a nationally representative sample of older Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 146-151.

- Wilson, K.G. y Luciano M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Yin, T., Zhou, Q., y Bashford, C. (2002). Burden on family members. Caring for frail elderly: A meta-analysis of interventions. *Nursing Research*, 51, 199-208.
- Zarit, S.H. y Leitsch, S.A. (2001). Developing and evaluating community based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging and Mental Health*, 5(Suppl.1), S84-S98.
- Zarit, S.H., Whetzel, C.A., Kim, K., Femia, E.E., Almeida, D.M., Rovine, M.J., y Klein, L.C. (2014-online first). Daily Stressors and Adult Day Service Use by Family Caregivers: Effects on Depressive Symptoms, Positive Mood, and Dehydroepiandrosterone-Sulfate. *American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Zettle, R. D., y Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.

**FACTORES DE VULNERABILIDAD
PSICOLÓGICA EN MUJERES
VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL**



LEMA: CRUPEAN

ÍNDICE

Resumen.....	1
Presentación.....	3

Primera Parte Fundamentos teóricos

CAPÍTULO 1. VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LA MUJER	5
1.1. Delimitación conceptual de la violencia sexual.....	5
1.2. Datos epidemiológicos.....	10
1.3. Consecuencias de la agresión sexual.....	12
1.3.1. Consecuencias a corto plazo.....	12
1.3.2. Consecuencias a medio plazo.....	15
1.3.3. Consecuencias a largo plazo.....	15
1.4. Factores de vulnerabilidad psicopatológica.....	17
1.4.1. Factores que intervienen antes de la agresión sexual.....	18
1.4.2. Factores que intervienen durante la agresión sexual.....	23
1.4.3. Factores que intervienen después de la agresión sexual.....	25

Segunda Parte Investigación Empírica

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	33
2.1. Objetivos	33
2.2. Hipótesis	33
2.3. Participantes.....	35
2.4. Definición de variables.....	36
2.5. Diseño... ..	39
2.6. Instrumentos.....	40
2.7. Procedimiento.....	43
2.8. Análisis de datos.....	44
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	45
3.1. Estudio descriptivo de las víctimas de agresión sexual.....	45
3.1.1. Características socio-demográficas.....	45
3.1.2. Características descriptivas de la agresión sexual.....	47
3.1.3. Análisis descriptivo de la victimización secundaria.....	52
3.2. Factores predictores de vulnerabilidad psicológica en víctimas de agresión sexual.....	54
3.2.1. Factores anteriores a la agresión sexual.....	55
3.2.2. Factores que intervienen durante la agresión sexual.....	60
3.2.3. Factores posteriores a la agresión sexual.....	65
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN.....	73
4.1. Estudio descriptivo de las víctimas de agresión sexual	73
4.2. Factores predictores de vulnerabilidad psicológica en víctimas de agresión sexual.....	77
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS.....	87
5.1. Conclusiones.....	87
5.2. Implicaciones prácticas.....	91
REFERENCIAS	95

RESUMEN

Antecedentes. La violencia contra la mujer es un problema de salud pública cada vez más grave en nuestra sociedad y que afecta a millones de personas en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, la *violencia sexual* implica la manifestación de actos sexuales y la tentativa de consumarlos, comentarios e insinuaciones sexuales no deseados y/o acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción. Existe cierto acuerdo en cuanto a las principales consecuencias derivadas de una agresión sexual, destacando entre ellas el trastorno de estrés postraumático, la depresión, trastornos de ansiedad, intentos autolíticos y disfunciones sexuales. No obstante, estos cuadros sintomáticos no aparecen en todos los casos ni se dan de forma uniforme, sino que varían en su intensidad y características ya que las víctimas pueden reaccionar de forma diferente ante un mismo suceso traumático en función de su *vulnerabilidad*.

Objetivos. En esta investigación se analizan los principales factores de vulnerabilidad existentes con el objeto de comprobar su efecto sobre la sintomatología desarrollada en mujeres víctimas de agresión sexual. Estos factores se han organizado en aquellos que se producen temporalmente antes, durante y después de sufrir una agresión sexual.

Participantes. Las participantes en este estudio fueron 77 mujeres mayores de edad, víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta que acudieron derivadas al Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de la Comunidad de Madrid.

Resultados. Se realizó un primer análisis descriptivo de las características socio-demográficas, de la agresión sexual y de la victimización secundaria sufrida. El grupo de edad más frecuente fue el de 18 a 30 años. La mayoría de las mujeres estaban solteras en el momento de la evaluación, eran españolas y tenían estudios secundarios o universitarios. El delito con una mayor prevalencia en la muestra fue la agresión sexual con violación. Los actos cometidos durante la agresión que mostraron una mayor prevalencia fueron los tocamientos y la penetración vaginal. En la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima. En cuanto a las

variables de victimización secundaria, la mayoría de las mujeres que habían denunciado la agresión informaron que habían recibido un buen trato por parte de la policía y del médico forense.

Asimismo, se realizó un análisis de regresión para determinar en qué medida los factores de vulnerabilidad predicen la sintomatología clínica presentada por las víctimas. En relación con las *variables anteriores a la agresión*, destacan como factores predictores el tener antecedentes de trastornos psicológicos previos y haber sufrido otra agresión sexual; rasgos de personalidad como baja extraversión y elevado neuroticismo; así como haber tenido en el último año problemas de salud y problemas familiares. Respecto a las *variables que intervienen durante la agresión*, resultaron ser predictoras el empleo de arma blanca, la felación y la penetración anal dentro de los actos sexuales sufridos; presentar un estado no alterado de conciencia; no intentar iniciar una conversación, suplicar o quedar paralizada como reacciones de la víctima, y, finalmente, que el agresor fuera conocido. En relación con las *variables posteriores a la agresión*, destacaron el menor tiempo transcurrido desde el suceso y elevadas creencias desadaptativas sobre uno mismo -siendo la variable con mayor valor predictivo-. En cuanto a los factores que resultaron ser predictores de un mejor ajuste destacan el control presente (sobre la recuperación); estrategias de afrontamiento como la aceptación y, en último lugar, la satisfacción con el apoyo social.

Conclusiones. Los resultados obtenidos han sido consistentes con numerosas investigaciones previas y suponen una contribución relevante dentro de este ámbito de estudio, al ser la primera vez que se recogen en una sola investigación numerosas variables que están relacionadas con la mayor manifestación de sintomatología psicopatológica tras sufrir una agresión sexual. Entre todas las variables que en función del momento temporal actúan como factores de vulnerabilidad en las víctimas, han destacado por su elevado poder predictivo las variables que actúan después de haberse producido la agresión sexual.

PRESENTACIÓN

Cuando hablamos de agresión sexual se está haciendo referencia a una de las experiencias más traumáticas que pueda sufrir una mujer. La violencia contra la mujer, en todas sus formas, es un problema cada vez más grave en nuestra sociedad. Y a pesar de las continuas campañas de sensibilización y concienciación sobre la gravedad del problema, los estudios sobre el impacto de este tipo de violencia ponen de relieve tasas elevadas de morbilidad psicológica e incluso mortalidad.

La agresión sexual, al igual que otros tipos de violencia, no supone algo nuevo ya que ha estado presente en nuestras sociedades desde el principio de los tiempos. Sin embargo, desde los últimos años, ha adquirido una mayor relevancia social gracias a la valentía de muchas víctimas y al aumento de denuncias que antes se mantenían ocultas.

Cualquier persona, hombre o mujer, puede ser víctima de una agresión sexual, pero los datos reflejan claramente que es un delito que sufren las mujeres en mayor medida. Los estudios llevados a cabo en los últimos años han puesto de relieve que un alto porcentaje de mujeres ha sufrido en algún momento de su vida algún tipo de violencia sexual, destacando el aumento de víctimas menores de edad y de abusos intrafamiliares. No obstante, y a pesar de haber habido un aumento de las denuncias de delitos sexuales, se calcula que en España sólo se denuncian una sexta parte de estos delitos, presentando más dificultad a la hora de denunciar aquellos que ocurren dentro del seno de la familia.

Es necesario tener en cuenta que este delito afecta a uno de los derechos primordiales del ser humano, la libertad. Así, la agresión sexual es una de las formas más primarias de control sobre la mujer al privarla de su capacidad de decisión sobre su propio cuerpo y su proyecto vital, quebrando el sentimiento básico de seguridad.

Debido al creciente interés en estos delitos, han proliferado diferentes líneas de investigación, unas centradas en la sintomatología de las víctimas, otras en el papel de la victimización secundaria, en el estudio de perfiles de los agresores o en las tasas de reincidencia. Sin embargo, existen pocos estudios sobre aquellos factores de

vulnerabilidad que influyen en las diferencias individuales sobre las repercusiones psicopatológicas y del funcionamiento tras una agresión sexual.

En consecuencia, la presente investigación pretende establecer el poder predictivo de los diferentes factores de vulnerabilidad descritos en la literatura científica sobre la sintomatología clínica desarrollada en víctimas de agresión sexual. En el primer capítulo, se parte de una breve conceptualización de la violencia sexual y se describen de forma más específica los tipos más importantes. Asimismo, se señalan las principales consecuencias a corto, medio y largo plazo, tanto a nivel somático como psicológico y social. Finalmente, se realiza una revisión de los principales factores de vulnerabilidad predictores del impacto psicológico de la agresión sexual.

El segundo capítulo describe la metodología empleada en la presente investigación. En el tercer capítulo se presentan los resultados procedentes del análisis descriptivo sobre las variables sociodemográficas, de las características de la agresión sexual de la muestra y de la victimización secundaria; presentándose a continuación los resultados obtenidos de los análisis de regresión. Finalmente, se lleva a cabo una discusión sobre los resultados encontrados, para terminar en el último capítulo con la exposición de las conclusiones y las implicaciones prácticas del estudio de cara a la prevención e intervención con este tipo de víctimas.

Así, el presente estudio pretende ser relevante tanto para la psicología clínica como para otras disciplinas afines, ya que además de proporcionarnos una mayor comprensión sobre la sintomatología presentada por las víctimas de agresión sexual, de cara al tratamiento psicológico, también facilita el establecimiento de objetivos terapéuticos más concretos para conseguir una mayor efectividad. Asimismo, pone de relieve la importancia de factores predictores tan importantes como son el apoyo social o las creencias desadaptativas de la víctima, que son objetivos fundamentales para la prevención.

Finalmente, se considera necesario hacer referencia al uso de la palabra *víctima* a lo largo de todo este estudio. A pesar de que este término se utilizará de aquí en adelante para denominar a aquellas mujeres que han sufrido algún tipo de agresión sexual, hay que dejar claro que, fuera de este contexto, no se debería etiquetar a estas mujeres.

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LA MUJER

1.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL

La primera definición oficial de “violencia contra la mujer” fue establecida en el año 1993 en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Asamblea de las Naciones Unidas. Posteriormente, en la Conferencia de Beijing, organizada por la ONU en 1995, se reconoce internacionalmente el fenómeno de la violencia de género o contra la mujer como un problema social, adquiriendo una definición clara en el contexto de los derechos humanos y de la igualdad entre hombres y mujeres (Alberdi, 2005). Un aspecto destacable es que se acordó la adopción de una serie de medidas que englobaban tanto la prevención como el estudio de las causas y consecuencias de este tipo de violencia (Díaz-Aguado y Martínez-Arias, 2002).

En general, la denominación de “violencia contra la mujer” o “violencia de género” se ha utilizado para hacer referencia a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada (Alberdi, 2005; García, Olivares, San Vicente y Jaime, 2004; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004; Mestre, Tur y Semper, 2008; Novo y Seijo, 2009). No obstante, a partir de esta definición general se pueden diferenciar otras formas de violencia contra la mujer (Díaz-Aguado y Martínez-Arias, 2002): a) la violencia física, sexual y psicológica en la familia; b) la violencia física, sexual y psicológica en su entorno social; y c) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ésta ocurra.

Existen otras clasificaciones de la violencia, como es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002, que teniendo en cuenta las características de quien ejerce la violencia, diferencia entre violencia autoinfligida o dirigida hacia uno mismo; violencia interpersonal, o dirigida hacia otro individuo, donde se puede encuadrar la violencia contra la mujer; y violencia colectiva o dirigida a grupos más grandes (Mestre *et al.*, 2008; Novo y Seijo, 2009). Asimismo, y teniendo en cuenta la naturaleza de los actos violentos, se diferencia entre violencia física, psíquica, sexual y de privación (Novo y Seijo, 2009). De esta forma, la *violencia sexual* queda conceptualizada como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (OMS, 2002).

Antona y Madrid (2007) señalan cómo la violencia sexual también se puede manifestar de diversos modos mediante el uso de coacciones, abusos, prostitución forzada, acoso, violación, trata de personas, mutilación genital femenina o matrimonio precoz. Incluso, en ocasiones, se ha llegado a utilizar la violencia sexual como arma en una situación de conflicto armado, por ejemplo como “botín de guerra”. Estas costumbres han desaparecido como forma legítima de hacer la guerra aunque las violaciones en los conflictos bélicos son una realidad que continúa sucediendo (Alberdi, 2005). Asimismo, se pueden dar todo tipo de contactos sexuales como relaciones sexuales impuestas, introducción de objetos en vagina o ano, obligar a realizar prácticas sexuales que no se desean, sacar fotos de desnudos sin consentimiento, conductas exhibicionistas o acoso (Carrasco y Maza, 2005; Instituto Andaluz de la Mujer, 2000; Urra, 2007). De la misma forma, son también tipos de violencia sexual la denegación del derecho a hacer uso de métodos anticonceptivos o la adopción de alguna medida para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual y el aborto forzado (Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, 2008).

Es importante resaltar que con bastante frecuencia se emplean como sinónimos los términos agresión sexual, abuso sexual y violación, debido, quizás, a que tanto en la agresión como en el abuso sexual se encuentran una gama de conductas de índole sexual no consentidas que pueden ir desde los tocamientos hasta la violación (Sortzen, 2011). Así, se entiende como violación, el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, siendo ésta la forma más grave de agresión sexual (OMS, 2002; Sortzen, 2011).

Las agresiones sexuales no sólo son perpetradas por extraños, sino que un elevado número de ellas suceden entre personas con algún grado de relación (Albarrán, 2002a; Noguerol, 2005). Así, y en función de la relación establecida entre la víctima y el agresor pueden establecerse cuatro modalidades: agresión sexual por desconocido, agresión sexual por conocido, las que suceden en el contexto de una relación de pareja y agresiones sexuales realizadas en grupo. Esta diferenciación tiene implicaciones en cuanto a la gravedad que supone la agresión para la víctima y el nivel de riesgo existente de futuras agresiones, siendo mayor en las relaciones de pareja (Echeburúa y Redondo, 2010).

Las agresiones sexuales por desconocidos (denominadas también violaciones por asalto) son las más graves y traumáticas para la víctima, ya que se caracterizan por su naturaleza violenta y sorpresiva. El agresor sorprende a la víctima en un lugar solitario cuando se encuentra sola y sin la presencia de testigos, siendo frecuente el empleo de armas. Las agresiones sexuales también pueden realizarse por personas conocidas por la víctima, ya sea porque han sido amigos, conocidos del barrio, compañeros de trabajo, amigos de otros amigos, e incluso han podido tener algún inicio de intimidad. Se suelen dar en contextos sociales donde es frecuente la presencia de un cierto consumo de alcohol por parte del agresor, de la víctima o de ambos. En las ocasiones en las que se inicia una cierta intimidad de forma consentida puede que en un momento dado, la víctima no quiera dar su consentimiento para determinadas prácticas, a las cuales termina siendo forzada por su agresor.

Una de las categorías que cada vez cobra más relevancia es la agresión sexual cometida en el marco de una relación de pareja. En este caso, ambos son o han sido pareja, manteniendo en varias ocasiones relaciones sexuales consentidas, pero en un momento determinado este consentimiento se rompe por parte de la víctima. El agresor, que considera que sigue teniendo derecho sobre la otra persona, obliga a la víctima a mantener un contacto sexual no deseado. En este contexto de relación de pareja, la agresión sexual puede cometerse a través del empleo de la fuerza física, amenazas a una tercera persona o de la amenaza con realizar un daño semejante al de ocasiones anteriores, o incluso, puede realizarse una violación sin violencia, cuando la mujer está imposibilitada para dar su consentimiento, por ejemplo, cuando se encuentra bajo los efectos del alcohol, fármacos u otras drogas, o si se encuentra dormida o inconsciente (Echeburúa y Redondo, 2010; Noguerol, 2005).

Precisamente, los motivos más frecuentes por los que no se denuncia una violación son el estado de activación y confusión en el que se encuentra la víctima en los momentos iniciales, el miedo por parte de la víctima a que no le crean y temor a las represalias del agresor, sobre todo, en casos de agresores conocidos (Echeburúa y Corral, 2006; García *et al.*, 2004; García-Esteve, Navarro, Imaz y Salanova, 2009; Urra, 2007). En algunos casos, la mujer puede no percibirse a sí misma como víctima de violación y por tanto no denunciarlo, por ejemplo, en agresiones sexuales en el marco de una relación de pareja (Echeburúa y Corral, 2006; García *et al.*, 2004).

A pesar del cambio social experimentado, todavía persisten falsas creencias acerca de las agresiones sexuales, del agresor y del papel de la mujer como víctima de este delito (García *et al.*, 2004). Se trata de creencias culturales, factores sociales y educacionales transmitidos de generación en generación que no sólo se dan en población general sino también en los profesionales que se ocupan de este tipo de sucesos, por lo que es muy importante analizar estos mitos (López, 2012). A continuación, se describen las principales *creencias irracionales* y aquellos planteamientos más racionales al respecto, divididas en tres grupos:

a) Respecto al agresor:

- *Cuando un hombre está excitado sexualmente, no puede controlarse.* Este argumento se emplea para culpabilizar a la víctima de la agresión. Supone convertir a la mujer en responsable de frenar los deseos incontrolados de los hombres (Aparicio y Muñoz, 2007; García et al., 2004).

- *La mayoría de los agresores son hombres adultos.* En la actualidad un porcentaje cada vez mayor de agresiones son cometidas por jóvenes y adolescentes, llegando a cometer el 40% de los abusos sexuales y el 20% de las violaciones (Echeburúa y Redondo, 2010).

- *La mayoría de los agresores son desconocidos para las víctimas.* Se calcula que en torno al 50-80% de las agresiones son cometidas por personas del entorno de la víctima (Aparicio y Muñoz, 2007; Echeburúa y Corral, 2006; López, 2012).

- *La mayoría de los agresores sexuales han sufrido en su infancia malos tratos o algún tipo de violencia sexual.* Sólo el 10% de los agresores de mujeres han sido niños maltratados (Urra, 2007).

b) Respecto a la víctima:

- *La mujer siempre ofrece una resistencia inicial a la relación sexual y mantiene una actitud pasiva durante la misma.* La negativa a tener una relación sexual no admite matices (García et al., 2004).

- *Las mujeres precipitan la agresión con su conducta provocativa.* La apariencia externa y atractivo de la víctima es a veces irrelevante (Aparicio y Muñoz, 2007).

- *Una fuerte resistencia de la víctima impide la violación.* Se trata de un supuesto falso, ya que la diferencia entre un violador que mata a su víctima y otro que no lo hace y la gravedad de las consecuencias puede residir en la propia resistencia de la víctima (García et al., 2004).

- *La víctima de una agresión sexual no podrá recuperarse.* Una agresión sexual supone una situación traumática pero con una adecuada intervención desde el primer momento puede ser capaz de afrontar la situación (López, 2012).

c) Respecto a la agresión:

- *Todos los delitos sexuales son violentos.* Muchos delitos sexuales son de violencia indirecta, tratándose de abusos sexuales (Aparicio y Muñoz, 2007; Echeburúa y Redondo, 2010; López, 2012).

- *Las agresiones sexuales ocurren en lugares oscuros y solitarios.* Estos delitos suelen ocurrir en lugares habituales de la víctima (Echeburúa y Corral, 2006; López, 2012).

- *Las agresiones sexuales sólo tienen lugar en ambientes marginales.* Tienen lugar en todas las clases sociales y ambientes (Soria y Hernández, 1994).

- *Existe un aumento de las agresiones sexuales como consecuencia de la revolución sexual.* No hay estadísticas que avalen esta teoría y, en cualquier caso, podría ser explicado por otras variables (Aparicio y Muñoz, 2007).

1.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La violencia sexual ha sido un fenómeno poco estudiado en las investigaciones, fundamentalmente por su complejidad a la hora de cuantificar el número de víctimas reales. Los datos a menudo se obtienen de la policía, hospitales, organizaciones no gubernamentales y de las diferentes investigaciones que emplean el método de encuesta (OMS, 2002). Es difícil estimar la tasa de incidencia ya que únicamente se pueden recoger datos a través de las denuncias interpuestas en la policía o de los registros de hospitales. La realidad es que la violación es uno de los delitos menos denunciados por lo que los datos obtenidos son estimaciones parciales. Por otra parte, hay víctimas que no acuden a los hospitales en busca de ayuda o que ni tan siquiera se consideran víctimas (Instituto de la Mujer, 2008).

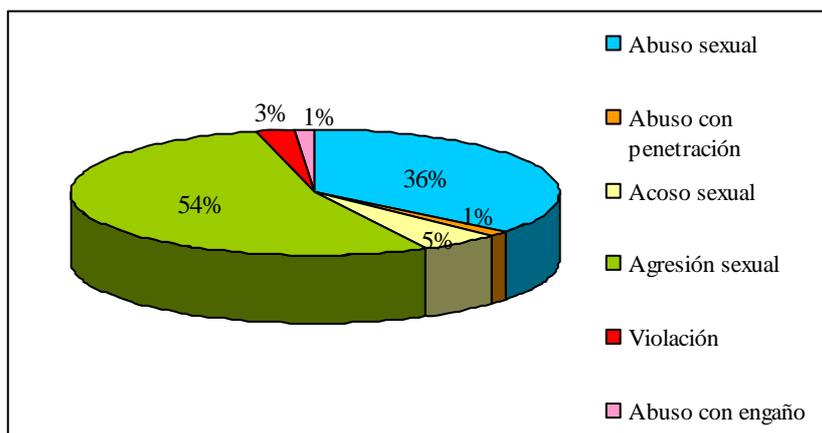
Un reciente análisis -llevado a cabo con más de 7.000 estudios publicados en los últimos 13 años-, muestra que un 7,2% de mujeres mayores de 15 años en todo el mundo ha sido víctima de algún tipo de agresión sexual a lo largo de su vida por alguien que no es su pareja (Abrahams *et al.*, 2014). Ese 7,2%, sin embargo, varía en las diferentes regiones siendo los países del África subsahariana los que sufren mayor índice de violencia sexual (en torno al 21%). Llama la atención el porcentaje de

España que es del 11%, porcentaje superior a la media mundial y a la de otros países europeos (donde la tasa es del 6%).

Específicamente, las denuncias por delitos contra la libertad e indemnidad sexual representan menos del 1% del total de las denuncias por delitos cometidos en nuestro país (Echeburúa y Redondo, 2010; García *et al.*, 2004; Urra, 2003). En España, se denuncian 10.000 delitos de violencia sexual al año aproximadamente, de los que 2.500 son por violación. Se estima que únicamente se denuncia entre una de cada 8 y dos de cada 10 agresiones y que un 20% de las mujeres adultas españolas han sufrido una violación completa (Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007).

Según la Memoria de la Fiscalía General del Estado, en cuanto a los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales se observa un incremento del 6,58%, pues se pasa de 13.266 procedimientos en 2010 a 14.139 causas incoadas en 2011. Por lo tanto, se rompe la tendencia a la baja en este sector que se había detectado el año anterior y que se caracterizó por un descenso del 2,36%. Especialmente significativo resulta el incremento observado del 28,3% en el delito de violación (Torres-Dulce, 2012). En el gráfico 2 se representa otra distribución de las diferentes tipologías de delitos sexuales, según los datos aportados por la Memoria de la Fiscalía General del Estado para el año 2012. La mayoría de los delitos recogidos son agresiones sexuales sin penetración (54%), seguidos de abusos sexuales (36%). En menor medida se encuentran el acoso sexual (5%), la violación (3%), el abuso sexual con engaño (1%) y el abuso sexual con penetración (1%) (Torres-Dulce, 2012).

Gráfico 2. *Procedimientos judiciales de delitos sexuales*



1.3. CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL

Las reacciones que se producen ante una agresión sexual tienen una gran incidencia sobre el bienestar físico, psíquico y social de la víctima, así como también sobre su equilibrio psicológico y salud mental. La violación es uno de los sucesos traumáticos de mayor gravedad, causando múltiples consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo, entre las que se encuentran el trastorno de estrés postraumático, depresión, miedos, ansiedad, intentos de suicidio o abuso de sustancias (Echeburúa, 2004, Carrasco y Maza, 2005; Jozkowski y Sanders, 2012).

No es fácil predecir qué reacción inicial puede mostrar la víctima ante una agresión, no obstante, parecen existir dos tipos. Por un lado, una reacción de sobrecogimiento que consiste en permanecer paralizada, y por el otro, una reacción de sobresalto en la que la víctima se defiende por la fuerza, grita o sale corriendo (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Marshall, 2001). Ambas respuestas, a pesar de ser opuestas, constituyen una reacción adaptativa ante la amenaza de un peligro inminente (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006).

Las principales consecuencias que sufren las víctimas de agresiones sexuales, detalladas a continuación, se pueden describir a corto, medio y largo plazo en función de su persistencia.

1.3.1. Consecuencias a corto plazo

Cuando se describen las consecuencias a corto plazo de una agresión sexual, la mayoría de los autores hacen referencia a las reacciones de la víctima que transcurren desde horas después de la agresión sexual hasta pasados tres meses de ésta (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995). En las violaciones no siempre se emplea la fuerza física, por lo que las lesiones corporales no son una consecuencia presente en todos los casos. Entre las consecuencias más comunes de la agresión sexual se suelen encontrar las relacionadas con la salud reproductiva, consecuencias psicológicas y sobre el bienestar social (Suris, Lind, Kashner y Borman, 2007).

a) Consecuencias somáticas

Sufrir una agresión sexual se ha relacionado con la autopercepción de una salud pobre (Amstadter, McCauley, Ruggiero, Resnick y Kilpatrick, 2011; Cloutier, Martin y Poole, 2002; Sadler, Mengeling, Fraley, Torner y Booth, 2012; Zinzow *et al.*, 2011), siendo esta percepción mayor cuando son varios agresores o el agresor es la pareja (Golding, Cooper y George, 1997). Según Koss, Woodruff y Koss (1991), aunque las mujeres víctimas de una agresión sexual tienden a ocultar la agresión o a no denunciarla, no parece que eviten la atención médica. La prevalencia de las mujeres que habían sufrido una agresión sexual y buscaron ayuda fue de un 52% en el estudio de Amstadter *et al.*, (2010). Sin embargo, en el estudio de Zinzow, Resnick, Barr, Danielson y Kilpatrick (2012) una minoría de las víctimas de violación (21%) solicitó atención médica tras la agresión.

b) Consecuencias psicológicas

Tras sufrir una agresión sexual, las víctimas no sólo padecen quejas físicas, sino también alteraciones del apetito, trastornos del sueño y pesadillas, desánimo, ansiedad, miedo generalizado y, muy frecuentemente, tendencia al aislamiento. Lo que predomina como resultado de todo ello es una conducta global desorganizada y cierta dificultad para retomar la vida cotidiana (Echeburúa, 2004; Marshall, 2001; Sánchez, 2000; Urra, 2007; Vázquez, 2007). A su vez, se quejan de sentimientos de humillación, vergüenza, cólera, ira o impotencia, preocupación constante por el trauma y alteración del sistema de valores, especialmente su confianza en los demás y su creencia en un mundo justo (Bados, 2009; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; García-Esteve *et al.*, 2009; López, 2012).

Los sentimientos negativos de la víctima alcanzan su máxima intensidad durante la primera fase del proceso de victimización. Estos sentimientos son muy diversos y a veces adoptan una forma caótica, pero entre todos ellos se pueden destacar tres: miedo, vergüenza e ira (López, 2012; Soria, 2002). Las agresiones sexuales hacen que las personas que las viven se puedan sentir sucias,

avergonzadas y como si fueran objetos (Aparicio y Muñoz, 2007; Fairbrother y Rachman, 2004; Vidal y Petrak, 2007).

Cuando la agresión es reciente, es posible que la víctima experimente problemas de atención y concentración a la hora de mantener una conversación, leer un libro o centrarse en el trabajo. Este efecto suele ser transitorio a medida que la persona va recuperando el control de su vida (Aparicio y Muñoz, 2007; López, 2012). En el estudio de Luscher (2001), se encontró que las mujeres que habían sufrido una agresión en algún momento de su vida tenían un peor funcionamiento de la atención y memoria que las que no habían sufrido ningún tipo de agresión. En algunos casos, se pueden presentar trastornos disociativos (Luterek, Bittinger y Simpson, 2011).

Las víctimas también pueden experimentar algunos problemas sexuales, siendo los más frecuentes el miedo al sexo y una disminución del deseo (Echeburúa *et al.*, 1995; Jozkowski y Sanders, 2012; Perilloux, Duntley y Buss, 2012; Sanjuan, Langenbucher y Labouvie, 2009; Van Berlo y Ensink, 2000). Los cuadros clínicos que aparecen con mayor frecuencia son, además del trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y los miedos (relacionados con la agresión), la depresión, la inadaptación social y las disfunciones sexuales (Corral, Echeburúa y Amor, 1997; Resick, 1993; Sadler *et al.*, 2012; Siegel, Golding, Stein, Burnam y Sorenson, 1990).

c) Consecuencias sociales

Las agresiones sexuales afectan al funcionamiento social de algunas mujeres, provocando cambios significativos en su ajuste posterior (trabajo, familia, amigos, tiempo libre), lo que influye, a su vez, en su equilibrio psicológico y en la recuperación (Arellano, Kuhn y Chavez, 1997; Corral *et al.*, 1997; Echeburúa *et al.*, 1995; García-Esteve *et al.*, 2009; Perilloux *et al.*, 2012). En el primer periodo crítico experimentado tras la violación, las víctimas manifiestan una desorganización en diferentes niveles. Tras este periodo, se da una etapa de reorganización, donde la mujer en algunos casos puede recuperar su funcionamiento habitual (Echeburúa *et al.*, 1995). La vivencia de una violación puede cambiar la vida de una mujer para siempre. Esta experiencia incluye alteraciones de las actividades diarias, sensaciones de

vulnerabilidad, separaciones e intentos de superar el trauma tomando precauciones y restringiendo el rango de actividades (Calhoun y Atkeson, 1991).

1.3.2. Consecuencias a medio plazo

Tras la agresión sexual, la víctima, durante meses, continúa experimentando síntomas como temores diversos, dificultades en relacionarse, baja autoestima, depresión, estrés postraumático y disfunciones sexuales. Comienza a reorganizarse, es decir, ya es capaz de retomar su vida cotidiana pero con algunas limitaciones (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007). Los temores están relacionados con los estímulos ligados a la agresión (como la noche o el portal), con las situaciones indicadoras de vulnerabilidad (como la oscuridad, hombres desconocidos) o con las preocupaciones precipitadas directamente por la vivencia del trauma (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006).

1.3.3. Consecuencias a largo plazo

Los datos disponibles permiten afirmar que una agresión sexual produce una serie de problemas que pueden perduran durante años y llegar a desequilibrar y limitar el funcionamiento habitual de una mujer (Campbell, Dworking y Cabral, 2009; Echeburúa *et al.*, 1995; Najdowski y Ullman, 2011). Debido al pequeño número de mujeres que denuncian o solicitan ayuda profesional de manera inmediata, existe una elevada tasa de víctimas que padecen durante mucho tiempo las secuelas derivadas de una agresión sexual (Corral *et al.*, 1997).

a) Consecuencias somáticas

Las mujeres victimizadas tienen más probabilidad de realizar a largo plazo conductas destructivas asociadas a enfermedades y muertes prematuras como fumar, abusar del alcohol o no usar cinturón de seguridad (Koss *et al.*, 1991). Campbell, Seft y Ahrens (2003), hallaron en su estudio que los problemas de salud tras la agresión sexual se mantenían a largo plazo en la mayoría de las mujeres.

b) Consecuencias psicológicas

La mayor parte de las investigaciones se han centrado en las reacciones inmediatas a la agresión, asumiendo la “teoría de la crisis”. Según esta teoría, tras un periodo aproximado de seis semanas la mujer vuelve a su nivel de funcionamiento habitual. Sin embargo, la evidencia empírica no defiende este punto de vista (Corral *et al.*, 1997). Las víctimas de agresión sexual mejoran sustancialmente en los tres primeros meses (Darves-Bornoz, Lépine, Choquet, Berger, Degiovanni y Gaillard, 1998; Kilpatrick, 1992; Urra, 2007), sin embargo, sólo un 20% de las víctimas no muestran ningún síntoma un año después de la agresión, presentando un 25% efectos negativos tras varios años después de la agresión (Urra, 2007).

Los síntomas de las víctimas no recientes de agresiones sexuales principalmente son: el trastorno de estrés postraumático, ansiedad fóbica y pensamientos recurrentes, depresión, inadaptación social y disfunciones sexuales (Corral *et al.*, 1997).

c) Consecuencias sociales

El desarrollo de trastornos tales como el estrés postraumático, depresión, ansiedad generalizada o fobias tras una agresión sexual, puede derivar en un problema de adaptación a la vida cotidiana y una pérdida de calidad de vida, ya que las víctimas pueden tener tendencia a evitar situaciones potencialmente atractivas como viajar y relacionarse con amigos (Corral *et al.*, 1997; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007).

La disminución del disfrute general y la incapacidad para encontrar satisfacción en la vida pueden ser uno de los efectos más comunes y duraderos de las agresiones sexuales, siendo probable que en algunas víctimas se dé una desestructuración importante en el funcionamiento cotidiano (Echeburúa *et al.*, 1995; Ellis, Atkeson y Calhoun, 1981). Si después de una violación, la víctima no recibe una ayuda terapéutica adecuada, es probable que los problemas de ajuste aumenten provocando una mayor incapacidad en su vida (Echeburúa *et al.*, 1995).

1.4. FACTORES DE VULNERABILIDAD PSICOPATOLÓGICA

La agresión sexual es un suceso que puede provocar en las víctimas un trastorno de estrés postraumático (TEPT). No obstante, como señala Medina (2001), el acontecimiento traumático es condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de este trastorno que implica numerosas alteraciones psicopatológicas y deterioro funcional (APA, 2013). Sería necesario, por tanto, tener en cuenta la vulnerabilidad psicológica de la víctima en función de aquellos factores que influyen en el impacto de la agresión. Así, las víctimas vulnerables serían aquellas que tendrían mayor predisposición de sufrir mayores daños y secuelas tras la agresión sexual (Echeburúa, 2008; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa, Corral y Amor, 2004; Esbec, 1994).

En relación con los factores de vulnerabilidad (aquellos que influyen en el impacto psicológico de la agresión), hay distintas formas de clasificarlos. Una de ellas es en función del momento temporal en el que se produce su influencia en la víctima. Echeburúa *et al.* (1995), proponen que la reacción de la víctima ante la agresión sexual y su proceso de recuperación van a depender de los factores anteriores y posteriores a la violación, así como de las características de la misma. Echeburúa y Corral (2006), describen precisamente cómo el daño psicológico en las víctimas de agresión sexual se ve influenciado por una serie de variables que influyen antes, durante y después de la agresión sexual.

Por lo tanto, el daño causado a las víctimas va a depender de las circunstancias de cada caso, sobre todo, de la violencia ejercida en la agresión sexual pero también de las características psicológicas y sociodemográficas de cada víctima en relación con su mayor o menor vulnerabilidad personal, y del grado de apoyo social con el que pueda contar para superar la agresión y normalizar su vida (Echeburúa, 2004; Echeburúa, Amor y Corral, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010). A continuación, se exponen los principales factores de vulnerabilidad recogidos por la literatura científica en función del momento temporal en el que ejercen su influencia.

1.4.1. Factores que intervienen antes de la agresión sexual

En este grupo se encuentran los factores biográficos y socio-demográficos como la edad, el lugar de nacimiento, estado civil, nivel educativo y la situación laboral y económica de la víctima. También se describen los factores personales tales como los problemas psicológicos previos o de salud, la presencia de psicopatología en la familia, la existencia de un trauma previo, ya sea un abuso físico, sexual u otra agresión sexual, y determinados rasgos de personalidad.

a) Factores biográficos y socio-demográficos

Sobre estos factores la investigación no arroja resultados concluyentes ya que existen estudios en los que no se encuentran diferencias en cuanto al efecto de las variables socio-demográficas y el grado de estrés experimentado (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Campbell *et al.*, 1999; Ullman, Filipas, Townsend y Starzynski, 2007).

Teniendo en cuenta la edad y el estado civil de la víctima en el momento de la violación, parece que las mujeres adultas y casadas presentan mayores problemas de ajuste psicológico que las solteras, las niñas y las jóvenes, ya que quizás estas últimas cuentan con unas estrategias de afrontamiento más eficaces (Echeburúa, 2003; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Urra, 2007). Otra posible explicación es que las mujeres adultas se enfrentan a sucesos más estresantes en su vida cotidiana y por otro lado, a partir de los 55 años, pueden tener menos apoyo y menos habilidades que las jóvenes (Echeburúa *et al.*, 1995).

En el estudio de Roon-Cassini, Mancini, Rusch y Bonnano (2010), se encontró que el nivel educativo y la edad eran factores que correlacionaban de manera negativa con el riesgo de desarrollar un TEPT en cualquier tipo de víctima. En el estudio de Masho y Ahmed (2007), se encontró que las víctimas menores de 18 años tenían un mayor riesgo de padecer TEPT que las víctimas adultas. Ullman y Najdowski (2009) también encontraron una asociación entre edad y étnia con los intentos de suicidio, de modo que las víctimas más jóvenes y de minorías étnicas presentaban un mayor número de intentos de suicidio.

Por lo que se refiere a otras variables como el estatus socioeconómico y el empleo, las mujeres desempleadas y con problemas económicos tienen mayor nivel de sintomatología (Atkeson, Cahoun, Resick y Ellis, 1982; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Feehan, Nada-Raja, Martin y Langley, 2001). Sin embargo, en otro estudio se encontró que las variables empleo, estatus socioeconómico y nivel de educación no fueron significativos a la hora de predecir resultados en cuanto a un peor ajuste (Byrne, Resnick, Kilpatrick, Best y Saunders, 1999; Campbell *et al.*, 1999). Con respecto a la raza, no hay estudios concluyentes, sin embargo, en el trabajo de Ullman y Filipas (2001) se relacionó a las minorías étnicas con un bajo apoyo social, y éste a su vez con mayores niveles de TEPT.

b) Factores personales

Este grupo de variables parece tener un peso mayor que las socio-demográficas para predecir la reacción y recuperación de la víctima tras la violación (Echeburúa *et al.*, 1995) y predicen un peor ajuste que las características de la agresión (Koss, Figueredo y Prince, 2002). Entre ellos se encuentran:

- *Trastornos psicológicos previos e historia psicopatológica familiar.*

Los trastornos psicopatológicos previos y los problemas de salud tienden a ensombrecer la recuperación tras la agresión y pueden ser mayores predictores de depresión que la intensidad del trauma (Echeburúa, 2003; Frazier, 1991). En concreto, en el trabajo de Atkeson *et al.* (1982), se encontró una asociación entre trastornos de ansiedad y depresión y una puntuación elevada de síntomas depresivos a los 4, 8 y 12 meses tras agresión sexual. En algunas personas, un desequilibrio emocional preexistente (depresión, problemas de ansiedad, autoestima baja), un estado de salud precario o una inadaptación a la vida cotidiana agravan el impacto psicológico de la agresión (Campbell *et al.*, 2009; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Kleim, Ehlers y Glucksman, 2007; López, 2012).

Bryant y Guthrie (2007) mostraron que las valoraciones negativas sobre uno mismo previas al trauma son un factor de vulnerabilidad para el TEPT. En otros estudios, los problemas psicológicos previos y la existencia de psicopatología en la

familia de origen fueron variables significativas a la hora de predecir una mayor sintomatología (Brewin *et al.*, 2000; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995; Molnar, 2001; Ozer, Weiss, Best y Lipsey, 2008).

Finalmente, en el meta-análisis realizado por Ozer *et al.* (2008) el problema psicológico previo más fuertemente relacionado con el trastorno de estrés postraumático tras la agresión fue la depresión (Acierno, Resnick, Kilpatrick, Saunders y Best, 1999). Asimismo, Kleim *et al.* (2007) analizaron los principales predictores de TEPT descritos en estudios anteriores para comprobar su poder predictivo sobre el TEPT crónico y hallaron que las tres mejores variables predictoras fueron los problemas psicológicos previos (ansiedad y depresión).

- *Trauma previo.*

Otra de las variables que más peso tiene en el desarrollo de sintomatología tras una agresión sexual es la existencia de un trauma previo, ya sea abuso en la infancia (Andrews, Brewin, Rose y Kirk, 2000; Brewin *et al.*, 2000; Echeburúa y Redondo, 2010; Hembree, Street, Riggs y Foa, 2004; Miner, Klotz-Flitter y Robinson, 2006; Najdowski y Ullman, 2009a; Ullman y Najdowski, 2009; Ullman, Najdowski y Filipas, 2009; Testa, VanZile-Tamsen y Livingston, 2007), trauma en la etapa adulta (Ozer *et al.*, 2008) o existencia de violencia previa sin diferenciar el momento (Campbell *et al.*, 2009; Campbell, Greeson, Bybee y Raja, 2008; Echeburúa y Redondo, 2010; Hedtke *et al.*, 2008; Jozkowski y Sanders, 2012; Littleton, Grills-Taquechel, Axsom, Bye y Buck, 2012; Najdowski y Ullman, 2009a; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman y Najdowski, 2009).

Cheasty, Clare y Collins (2002) encontraron que el abuso sexual infantil era un predictor de la depresión en mujeres víctimas de una agresión sexual en la etapa adulta. En la misma dirección, las mujeres que habían sido victimizadas repetidamente presentaron un mayor riesgo de padecer depresión (Marshall, 2001), mientras que las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia, además de la agresión sexual, tuvieron mayor probabilidad de sufrir TEPT e intentos de suicidio (Ullman y Brecklin, 2002a, 2002b).

Cuando existe exposición a violencia previa, las víctimas suelen atribuir las causas de la agresión a características propias, mantienen creencias desadaptativas y niveles altos de trastorno de estrés postraumático mucho más que aquellas víctimas que no estuvieron expuestas a violencia anteriormente (Koss *et al.*, 2002). En otros estudios la existencia de violencia previa como factor predictor de mayor sintomatología parece estar limitado a las agresiones sexuales cometidas dentro de la pareja (Testa *et al.*, 2007).

Otras investigaciones se han centrado en el efecto de la acumulación de la violencia más que en el efecto de sucesos en sí mismos como un abuso en la infancia. Campbell *et al.*, (2008) examinaron el efecto de la acumulación de la violencia agrupando a las víctimas en diferentes grupos: a) aquellas que habían sufrido elevadas tasas de abuso sexual infantil y agresiones sexuales en la etapa adulta; b) aquellas que habían sufrido pequeñas tasas de diferentes tipos de violencia; y c) aquellas otras en las que se entremezclaban bajas tasas de algún tipo de violencia con elevadas tasas de otro tipo de violencia. Los resultados indicaron que el haber sufrido elevadas tasas de los cuatro tipos de violencia se asociaba con mayores niveles de TEPT. Otros estudios que también apoyan el efecto de la acumulación de violencia sobre el desajuste psicológico son los de Littleton *et al.* (2012).

c) Rasgos de personalidad

Aunque apenas existen estudios que relacionen los rasgos de personalidad como factor de vulnerabilidad para desarrollar sintomatología en víctimas de agresiones sexuales, sí se ha relacionado con el TEPT el neuroticismo, entendido éste como la tendencia general a experimentar sentimientos negativos tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira y culpabilidad (Alonso, 2007; Borja, Callahan y Rambo, 2009; Enrique, 2004; Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Lecic-Tosevski, Gavrilovic, Knezevic y Priebe, 2003; Medina, 2001; Paris, 2002). Las personas con un nivel elevado de neuroticismo son propensas a tener ideas irracionales, a ser menos capaces de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás al estrés (Costa y McCrae, 1999).

Borja *et al.* (2009) encontraron que el efecto negativo del neuroticismo sobre la salud mental era estadísticamente significativo en los grupos de víctimas de agresiones sexuales. Asimismo, Cox, MacPheson, Enns y McWilliams (2004), refieren que el neuroticismo (incluyendo rasgos como ansiedad, impulsividad, hostilidad y depresión) se mostraba como predictor de TEPT en mujeres adultas que habían experimentado algún estresor traumático.

Los rasgos de personalidad también se han relacionado con los estilos de afrontamiento. En el meta-análisis realizado por Connor-Smith y Flachsbart (2007), se encontró que el efecto de la personalidad sobre el afrontamiento no era tan elevado como se esperaba. Si se tienen en cuenta los diferentes estresores, este efecto varía de modo que ante fuertes e inusuales estresores el efecto moderador de la personalidad es mayor que ante estresores cotidianos. Los rasgos de personalidad que más se relacionaron con el afrontamiento fueron el neuroticismo y la extraversión.

d) Sucesos estresantes

La experimentación de sucesos estresantes en los últimos meses, especialmente en el último año, puede agravar las reacciones psicológicas experimentadas tras el trauma (Echeburúa, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Lecic-Tosevski *et al.*, 2003; López, 2012; Paris, 2002), ya que la adquisición de habilidades de afrontamiento ante sucesos estresantes está facilitada por estresores y cambios menores (Echeburúa *et al.*, 1995).

Kilpatrick (1992) encontró en su estudio que las víctimas de bajo estrés postraumático experimentaron menos cambios de vida en el año anterior a la violación que las víctimas de alto estrés postraumático. Los resultados más significativos fueron que un gran número de víctimas de ambos grupos, sufrieron un asalto el año previo a la agresión; mientras que un gran número de víctimas, fundamentalmente de alto estrés, habían perdido a un miembro cercano de la familia que no fue el esposo el año anterior a la agresión; y finalmente, las mujeres de alto estrés presentaron una frecuencia muy baja de relaciones íntimas con hombres en comparación con la de otros grupos.

1.4.2. Factores que intervienen durante la agresión sexual

Los factores que intervienen durante la agresión se han agrupado fundamentalmente en dos grandes grupos, aquellos referidos a la víctima, como el procesamiento cognitivo en el momento de la violación, y aquellos otros que forman parte de las características propias de la agresión sexual como son la severidad del asalto y la relación entre el agresor y la víctima.

a) Variables cognitivas

A pesar de ser el primer criterio diagnóstico para el TEPT, la amenaza de vida percibida durante la violación parece ser poco significativa como predictor de sintomatología tras la agresión (Ozer *et al.*, 2008; Hembree *et al.*, 2004). No obstante, en otros estudios, esta variable sí se ha relacionado con mayores niveles de TEPT (Campbell *et al.*, 2009; Starzynski, Ullman, Filipas y Townsend, 2005; Ullman, Filipas *et al.*, 2007).

En cuanto al procesamiento cognitivo de la experiencia traumática se pueden tener en cuenta tres características: la disociación, el procesamiento superficial y el procesamiento autorreferencial. Tanto la disociación como el procesamiento superficial y la ausencia de procesamiento autorreferencial en el momento del trauma, constituyen factores predictores de severidad del trastorno de estrés postraumático, por encima de las características de la agresión (Halligan, Michael, Clark y Ehlers, 2003); siendo consistentes estos resultados con otras investigaciones (Dunmore, Clark y Ehlers, 2001; Kumpula, Orcutt, Bardeen y Varkovitzky, 2011). En el meta-análisis realizado por Ozer *et al.* (2008) el factor más relacionado con el desarrollo de sintomatología fue la disociación durante la agresión, seguido de la respuesta emocional emitida, aunque con un efecto más moderado. De la misma forma, en el estudio de Werner y Griffin (2012), la disociación durante la agresión y la disociación persistente resultaron ser predictores del TEPT.

b) Características de la agresión

Este grupo de variables es controvertido ya que se encuentran estudios con datos contradictorios. Por un lado, existen investigaciones en las que no se

encuentran significativas las características de la agresión (Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas *et al.*, 2007), tales como severidad del asalto (Campbell *et al.*, 1999; Koss *et al.*, 2002), gravedad de lesiones físicas, número de agresores, relación del agresor con la víctima, raza del agresor, uso de fuerza física, uso de armas, magnitud de las heridas de la víctima, lugar de la agresión y tipo de actividad sexual durante la misma (Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Riggs, Kilpatrick y Resnick, 1992).

Hay autores que consideran que la severidad de la agresión, entendida como el uso de violencia física, uso de armas, lesiones físicas, localización de la agresión y tipo de actividad sexual realizada, sí supone un factor predictor de la gravedad de la sintomatología presentada (Brewin *et al.*, 2000; Hembree *et al.*, 2004; López, 2012; Siegel *et al.*, 1990; Wyatt, Notgrass y Newcomb, 1990). No obstante, estas características podrían no influir en las reacciones de la víctima a corto plazo pero sí en el ajuste psicológico a largo plazo (Echeburúa, 2003).

Según Echeburúa y Corral (2006), la consumación del coito, junto con el efecto sumatorio de las lesiones físicas y de la percepción de muerte que ello conlleva, puede ser un potente predictor del desarrollo del TEPT. Sin embargo, en el estudio de Zinzow *et al.* (2010) las características de la agresión no estuvieron relacionadas con el TEPT, aunque si lo estuvo la violencia física con mayores índices de depresión. Otro factor que supone un agravamiento de la sintomatología es la doble victimización, por ejemplo, ser agredida sexualmente y robada al mismo tiempo (Echeburúa y Corral, 2006). Asimismo, las agresiones sexuales llevadas a cabo en grupo son especialmente traumáticas, ya que se incrementa el grado de humillación, el tiempo de duración de la agresión y la violencia experimentada (Echeburúa y Corral, 2006).

El grado de conocimiento del agresor aparece en numerosos estudios como un factor que influya en la severidad de la sintomatología tras una agresión sexual (DeMaris y Kaukinen, 2005; Echeburúa y Corral, 2006; Feehan *et al.*, 2001; Gutner, Rizvi, Monson y Resick, 2006; Temple, Weston, Rodríguez y Marshall, 2007; Ullman, Filipas, Townsend y Starzynski, 2006; Urra, 2007). Cuando el agresor es desconocido,

la reacción más habitual es el trastorno de estrés postraumático. La sensación de angustia y el miedo a morir contribuyen a un elevado nivel de ansiedad y al desarrollo de conductas de evitación (Echeburúa y Corral, 2006). Cuando el agresor es conocido puede verse dañada la confianza en los demás, aumentan los sentimientos de culpa y se desarrollan cogniciones negativas que dificultan la recuperación. Además, en este caso la víctima está expuesta a una censura social mayor que cuando la agresión es cometida por un desconocido (Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Urra, 2007). Finalmente, Temple *et al.* (2007) encuentran que el haber sufrido una agresión sexual por parte de la pareja es un fuerte predictor de TEPT, estrés y disociación, mientras que la agresión sufrida fuera de la pareja está relacionada con el TEPT, aunque en menor medida.

1.4.3. Factores que intervienen después de la agresión sexual

Son numerosos los factores que influyen sobre la severidad de la sintomatología y el proceso de recuperación una vez ocurrida la agresión sexual. Diversas investigaciones sugieren que los factores posteriores a la agresión son mejores predictores de la sintomatología que los precedentes (Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Ullman, Filipas *et al.*, 2007). Estos factores se han organizado en las siguientes categorías: a) la reacción cognitiva y emocional de la víctima tras la agresión; b) las estrategias de afrontamiento empleadas; c) el apoyo social recibido; y d) victimización secundaria.

a) Reacción emocional y cognitiva de la víctima

La reacción de la víctima con el paso del tiempo no sigue siempre el mismo proceso. La intensidad inicial de los síntomas a los pocos días de la agresión permite predecir la gravedad del problema a largo plazo (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 1995; Urra, 2007).

- *Emociones/Sentimientos*

Los sentimientos de suciedad se han relacionado con el TEPT tras una agresión sexual (Fairbrother y Rachman, 2004). En el estudio de Olatunji, Elwood,

Williams y Lohr (2008), se encontró que esta relación estaba mediada por las creencias desadaptativas que generaban los sentimientos de suciedad en la mujer. Asimismo, la vergüenza y la rabia son dos de las emociones más frecuentes vividas por las víctimas tras la agresión sexual que correlacionan con los síntomas de estrés postraumático (Andrews *et al.*, 2000; Lancaster, Melka y Rodríguez, 2011; Orth y Wieland, 2006; Roon-Cassini *et al.*, 2010).

- *Creencias desadaptativas*

Todo proceso de victimización delictivo implica un cambio en el sistema de creencias de la víctima. Todas las personas poseemos un conjunto de creencias sobre el mundo que nos rodea, sin embargo, el grado de arraigo y la capacidad de cambio de las mismas pueden fluctuar enormemente (Soria, 2002). En general, las personas que realizan valoraciones negativas tras sufrir un trauma tienen mayores tasas de TEPT (Ali, Dunmore, Clark y Ehlers, 2002; Belsher, Ruzek, Bongar y Cordova, 2012; Chivers-Wilson, 2006; Dunlap, 2006; Fairbrother y Rachman, 2006). Estas creencias desadaptativas desarrolladas a partir del trauma, las cuales se han relacionado en ocasiones con la culpa, predicen peores resultados sobre la salud e influyen directamente sobre la sintomatología global (Kleim, Ehlers y Glucksman, 2012; Koss *et al.*, 2002; Koss y Figueredo, 2004; Meiser-Stedman, Dalgleish, Glucksman, Yule y Smith, 2009).

En el estudio de Dunlap (2006), el TEPT fue asociado significativamente con las creencias negativas acerca de la agresión sexual. En concreto, esta relación fue más consistente con las creencias sobre uno mismo, antes y después de la agresión. El incremento de las creencias negativas en el grupo de víctimas con TEPT tras la agresión sugiere que este trastorno está relacionado con la confirmación de estas creencias. En la investigación de Littleton *et al.* (2012) se encontró, precisamente, que las creencias desadaptativas era un mediador del efecto de la variable victimización sexual previa sobre el ajuste psicológico, principalmente sobre la depresión. En concreto, estos autores refieren que las mujeres que tienen una historia

traumática previa desarrollan menos creencias acerca de la bondad humana, lo que puede incrementar la vulnerabilidad psicológica.

El procesamiento cognitivo llevado a cabo tras la agresión también se ha relacionado con la sintomatología presentada. Se han descrito tres tipos de procesamiento en las víctimas de agresión sexual: la *asimilación*, en el que se alteran las características del trauma para encajarlo con los esquemas existentes; la *acomodación*, en el que se alteran los esquemas existentes; y la *sobre-acomodación*, en el que se alteran los esquemas existentes apareciendo las creencias desadaptativas. Según el estudio de Littleton y Grills-Taquechel (2011), la respuesta más común era la de sobre-acomodación que se relacionó con mayores niveles de depresión y TEPT. Las víctimas que emplearon el proceso de asimilación presentaron menores niveles de ambos trastornos, y las víctimas que emplearon la acomodación presentaban niveles similares de depresión a los presentados por el grupo de asimilación pero con mayores niveles de TEPT (Varkovitzky, 2012).

Finalmente, Walsh y Bruce (2011) encontraron que las creencias desadaptativas sobre el control futuro no se relacionaban con un mejor ajuste, sin embargo, la creencia de una mayor probabilidad de sufrir agresiones futuras se asoció con depresión y TEPT. Los resultados de este estudio sugirieron que el control sobre la recuperación (presente) supone un factor de protección contra el TEPT y la depresión tras una agresión sexual. Asimismo, Frazier, Keenan *et al.* (2011) confirmaron que el control presente se asocia de manera consistente a una menor sintomatología general, considerando, que este resultado podría deberse a que el intento por controlar el presente, podría ayudar a las víctimas a desarrollar o mantener un sentido de control cuando no pueden controlar el suceso en el pasado ni prevenirlo en un futuro.

- *Ideas de culpa*

La culpa se ha relacionado en múltiples estudios con el trastorno de estrés postraumático, la depresión y un peor ajuste tras la agresión sexual (Boeschén, Koss, Figueredo y Coan, 2001; Breitenbecher, 2006; Chivers-Wilson, 2006; Filipas y Ullman,

2006; Hassija, 2011; Najdowski y Ullman, 2009b; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman, Townsend, Filipas y Starzynski, 2007; Walsh y Bruce, 2011).

Numerosos estudios coinciden en dividir la culpa en *conducta de culpa* y *culpa caracterológica* (Breitenbecher, 2006; Campbell *et al.*, 2009; Frazier, 2003; Frazier, Mortensen y Steward, 2005; Hassija, 2011; Koss *et al.*, 2002; Koss y Figueredo, 2004), de modo que esta última podría desempeñar un efecto más dañino que la conducta de culpa (Breitenbecher, 2006; Koss y Figueredo, 2004). Así, en la investigación de Koss *et al.* (2002) se encontró que la culpa caracterológica fue altamente perjudicial para la salud, mientras que la conducta de culpa fue protectora. Ambos estilos de culpa correlacionaban con la existencia de creencias desadaptativas, sin embargo, la culpa caracterológica parece ser más determinante en el nivel inicial de creencias desadaptativas y sintomatología general tras la agresión sexual sufrida.

Breitenbecher (2006) encontró que la culpa caracterológica estaba asociada a un peor ajuste psicológico, pero sin embargo la conducta de culpa no se veía asociada a un mejor ajuste. En otros estudios, la culpa caracterológica se asoció positivamente con la severidad del TEPT, depresión y ansiedad, mientras que la conducta de culpa sólo se asoció con la severidad de esta última; mediando la percepción de un control futuro la relación entre la conducta de culpa y la ansiedad, y moderando su efecto sobre la depresión y el TEPT (Hassija, 2011). Sin embargo, Ullman, Townsend *et al.* (2007), encontraron que aunque la culpa correlacionaba con una mayor sintomatología, no se relacionaba de manera significativa con los síntomas postraumáticos, ya que éstos eran mejor explicados por el apoyo social.

- *Memoria desorganizada*

Otra variable que influye de forma significativa sobre la sintomatología de una víctima es la organización de sus recuerdos tras la agresión. La memoria desorganizada correlaciona con el procesamiento cognitivo llevado a cabo durante la agresión y resulta ser un factor de desarrollo y predictor de severidad del trastorno de estrés postraumático (Halligan *et al.*, 2003). Por otra parte, una baja especificidad de

la memoria también ha sido relacionada con las rumiaciones y la percepción de cambio permanente por parte de la víctima, las cuales resultaron mediadores de la relación entre el sesgo de memoria, el TEPT y la depresión. Esta mediación parece deberse a que la incapacidad para recuperar memorias específicas de la propia vida aumenta el sentido de que uno ha cambiado a peor como persona, lo cual contribuye a mantener ambos trastornos (Kleim y Ehlers, 2008).

En el estudio de Halligan *et al.* (2003) se tuvieron en cuenta otras variables cognitivas además de la memoria desorganizada, como la disociación persistente (dificultando el recuerdo y el procesamiento del mismo) y la valoración negativa de la sintomatología, fundamentalmente de los recuerdos intrusivos y los déficits de memoria. Ambas variables resultaron ser factores predictivos del mantenimiento del TEPT, siendo la más importante la valoración negativa de la sintomatología seguida de la disociación persistente, por encima de la memoria desorganizada, el procesamiento cognitivo durante el asalto y la severidad de la agresión.

b) Estrategias de afrontamiento

Echeburúa y Corral (2006), refieren que el impacto psicológico de una agresión sexual se acentúa cuando los recursos psicológicos de afrontamiento son escasos. Los estilos de afrontamiento han sido escasamente estudiados en relación con las agresiones sexuales aunque se han relacionado extensamente con el TEPT (Dunmore *et al.*, 2001; Gutner *et al.*, 2006; Riolli y Savicki, 2010; Roon-Cassini *et al.*, 2010; Walter, Gunstad y Hobfoll, 2010).

Las estrategias de afrontamiento de evitación y búsqueda de seguridad han sido las más relacionadas con una mayor severidad del TEPT (Dunmore *et al.*, 2001). De acuerdo con esto, varios autores encuentran que las estrategias de afrontamiento de evitación predicen tras una agresión sexual la presencia de TEPT, depresión y un mayor tiempo de recuperación (Campbell *et al.*, 2009; Kumpula *et al.*, 2011; Littleton y Breitkopf, 2006; Littleton, Horsley, John y Nelson, 2007; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman, Townsend *et al.*, 2007), incluso cuando se controla la severidad inicial de los síntomas postraumáticos (Leiner, Kearns, Jackson, Astin y Rothbaum, 2012). Otros

autores añaden que la interacción entre la evitación y una mayor reactividad fisiológica en el momento de la agresión supone un fuerte predictor de TEPT (Pineles *et al.*, 2011).

Ullman, Townsend *et al.* (2007), encontraron en su estudio que las víctimas de violación que recibían un escaso apoyo social tendían a emplear estrategias de afrontamiento de evitación, lo que se relacionaba con un incremento de la sintomatología postraumática. En otras investigaciones, las estrategias de afrontamiento desadaptativas también se han relacionado con elevados niveles de culpa y elevada sintomatología postraumática (Filipas y Ullman, 2006; Frazier *et al.*, 2005; Gibson y Leitenberg, 2001; Najdowski y Ullman, 2009b).

Merece ser destacado el trabajo de Littleton (2007), en que se identificaron tres pautas de afrontamiento tras la agresión sexual: a) *asimilación*, caracterizada por bajas estrategias de evitación y de aproximación; b) *acomodación*, caracterizada por elevadas estrategias de evitación y aproximación; y c) *sobreacomodación*, caracterizada por elevadas estrategias de evitación y bajas estrategias de aproximación, lo que implica desarrollar creencias negativas. Las víctimas que emplearon estrategias de evitación presentaban una mayor sintomatología, relacionándose principalmente con el proceso de sobre-acomodación, es decir, las mujeres que se encontraban en este grupo tenían mayores tasas de ansiedad, depresión y TEPT (Littleton y Grills-Taquechel, 2011).

En definitiva, según Campbell *et al.* (2009), los diferentes estudios acerca de la influencia de las estrategias de afrontamiento en la sintomatología presentada por las víctimas de agresiones sexuales son todavía insuficientes al no aportar datos concluyentes, por lo que estos autores sugieren que esta variable debería ser examinada en relación con el apoyo social.

c) Apoyo social

Las agresiones sexuales no ocurren de forma aislada con respecto a un contexto social y cultural. Vivimos en una cultura que tiene sus propios conceptos sobre la violación, incluso la aceptación de determinadas ideas erróneas o mitos

acerca de ésta. Estas ideas se propagaron entre las personas y servicios comunitarios que posteriormente sirvieron de apoyo social a la víctima pudiendo culpabilizarla en mayor medida afectando a su bienestar tras la agresión (Campbell *et al.*, 2009).

En general, los efectos de una agresión sexual a corto y largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social (Alonso, 2007; Belsher *et al.*, 2012; Bryant-Davis, Ullman, Tsong y Gobin, 2011; Campbell *et al.*, 2009; Chivers-Wilson, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Harb, 2006; López, 2012; Ozer *et al.*, 2008; Ullman y Najdowski, 2009).

Con respecto al apoyo social recibido tras la agresión, la reacción del entorno de la víctima parece desempeñar un papel modulador importante. La valoración de lo ocurrido por parte de su entorno puede variar desde el apoyo incondicional, rechazando la agresión y culpando al agresor, hasta la reticencia y cuestionamiento del comportamiento de la víctima antes de la agresión (haber adoptado conductas imprudentes, confianza excesiva), durante (quedarse paralizada, no defenderse lo suficiente) o después de la misma (no haberlo contado a nadie o no haber denunciado) (Echeburúa y Corral, 2006).

Así, el apoyo social más efectivo fue el referido al apoyo sobre el dolor y proceso psicológico, por encima del apoyo económico y legal (Ozer *et al.*, 2008).

La mayoría de los estudios relacionan el TEPT con los aspectos positivos de la percepción del apoyo social por parte de la víctima. Sin embargo, diversos estudios sugieren que las reacciones negativas son una variable con mayor peso a la hora de predecir mayor severidad de TEPT y depresión tras la agresión (Belsher *et al.*, 2012; Borja, Callahan y Long, 2006; Campbell *et al.*, 2009; Jacques-Tiura, Tkatch, Abbey y Wegner, 2010; Ullman, Townsend *et al.*, 2007).

No obstante, existen estudios que señalan que el rol del apoyo social no siempre resulta positivo. En el trabajo de Borja *et al.* (2009) se encontró que elevados niveles de apoyo social actuaban negativamente en personas con altos niveles de neuroticismo. Es decir, el apoyo recibido puede ser bien intencionado pero no el que necesita la víctima en ese momento. Ullman y Filipas (2001) tuvieron en cuenta los

efectos negativos del apoyo social como la indiferencia o el criticismo, encontrando que un entorno social negativo es mejor predictor del TEPT que la falta de apoyo social. Finalmente, en el estudio de Belsher *et al.* (2012) se relacionó de forma significativa un apoyo social negativo con mayores niveles de TEPT, intensificándose esta relación cuando actuaban como moderadoras las creencias negativas tras el trauma.

d) Victimización secundaria

Este fenómeno hace referencia al sufrimiento de la víctima por nuevas experiencias negativas tras la agresión sexual relacionadas con los sistemas comunitarios que atienden a las víctimas (Campbell *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; García *et al.*, 2004). Un ambiente constituido principalmente por hombres, un interrogatorio inmediato, poco tacto a la hora de tomar la declaración en comisaría, esperas largas a la hora de recibir atención médica, falta de información y demora del juicio oral son algunas de las experiencias negativas que constituyen la victimización secundaria (Albarrán, 2002b; Campbell *et al.*, 2009; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa y Corral, 2006; García *et al.*, 2004; Urra, 2007).

Altos niveles de victimización secundaria parecen estar asociados a una elevada presencia del trastorno de estrés postraumático (Campbell y Raja, 2005; Campbell *et al.*, 1999; Campbell *et al.*, 2009; Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl y Barnes, 2001), siendo las experiencias de las víctimas con el sistema legal y médico las que originan dicha relación. Diversos estudios también muestran la existencia de un grupo de alto riesgo formado por víctimas de un agresor conocido, las cuales se relacionan con recibir una mínima ayuda y con una mayor victimización secundaria, incluso comparándolas con las víctimas que no recibieron ayuda (Campbell *et al.*, 1999; Campbell *et al.*, 2001).

METODOLOGÍA

2.1. OBJETIVOS

Ante la carencia de estudios sobre este tema, el objetivo principal de esta investigación consiste en analizar descriptivamente las variables socio-demográficas, características de la agresión y victimización secundaria presentadas por una muestra de mujeres agredidas sexualmente; estableciendo el poder predictivo de un amplio conjunto de factores de vulnerabilidad psicológica sobre la sintomatología clínica desarrollada por estas víctimas. Este poder predictivo se analiza en función del momento temporal en el que las variables ejercen su influencia (antes, durante y después de la agresión sexual).

2.2. HIPÓTESIS

Se plantean las siguientes hipótesis en función del momento temporal en el que intervienen las variables de vulnerabilidad.

a) Variables anteriores a la agresión

H₁: las variables anteriores a la agresión serán predictoras significativas de la sintomatología de las víctimas de agresión sexual.

Predicción₁: se espera que una edad avanzada prediga una mayor sintomatología.

Predicción₂: los trastornos psicológicos previos y el abuso de alcohol y/o drogas predecirán mayores niveles de sintomatología.

Predicción₃: la historia psicopatológica familiar y la existencia de un trauma previo a la agresión predecirán un peor ajuste psicológico.

Predicción₄: los rasgos de personalidad serán predictores de una mayor sintomatología.

Predicción₅: la experimentación de sucesos estresantes previos a la agresión sexual predice una mayor sintomatología.

b) Variables que intervienen durante la agresión

H₂: las variables que intervienen durante la agresión serán predictoras significativas de la sintomatología de las víctimas de agresión sexual.

Predicción₁: la severidad de la agresión, entendida como el tipo de delito, los medios de coacción empleados y el tipo de actividad sexual realizada, predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₂: un mayor número de agresores predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₃: el estado de conciencia de la víctima en el momento de la agresión predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₄: la reacción de la víctima en el momento de la agresión y el grado de relación con el agresor predecirán una mayor sintomatología.

c) Variables posteriores a la agresión

H₃: las variables posteriores a la agresión serán predictoras significativas de la sintomatología de las víctimas de agresión sexual.

Predicción₁: las creencias desadaptativas predecirán una mayor sintomatología.

Predicción₂: se espera que la variable culpa sea predictora de una mayor sintomatología.

Predicción₃: la variable control sobre la recuperación se relacionará negativamente con una mayor sintomatología, siendo de este modo una variable protectora.

Predicción₄: las creencias en un mayor control futuro y en una mayor probabilidad de sufrir una nueva agresión predecirán una mayor sintomatología.

Predicción₅: las estrategias de afrontamiento desadaptativas serán un factor predictor de peor ajuste tras la agresión sexual, mientras que las estrategias de afrontamiento adaptativas serán un factor predictor de mejor ajuste.

Predicción₆: se espera que la variable apoyo social sea un factor predictor de una menor sintomatología, siendo de este modo una variable protectora.

Finalmente, se establece una hipótesis general teniendo en cuenta los tres momentos temporales.

H₄: los factores posteriores a la agresión sexual tendrán mayor capacidad predictiva sobre la sintomatología de las víctimas de agresión sexual que los factores anteriores y los que intervienen durante la agresión.

2.3. PARTICIPANTES

La muestra final estuvo compuesta por un total de 77 mujeres mayores de edad, víctimas de agresión sexual en la edad adulta que acudieron al Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de la Comunidad de Madrid entre los años 2011 y 2013.

Los criterios de selección fueron los siguientes: a) ser mujer mayor de 18 años; b) haber sido víctima de agresión o abuso sexual en la edad adulta; y c) acceder voluntariamente a la participación en el estudio (previa firma de un documento de autorización) tras haber sido informadas previamente.

La derivación al centro se produjo tanto a través de la policía como por los hospitales, Salud Mental y Servicios Sociales. Asimismo, se puede acceder de forma personal sin derivación de ningún recurso, por lo que no es necesario haber denunciado la agresión sexual. Cuando se habla de agresión sexual como criterio de inclusión en la investigación, se tiene en cuenta tanto la definición de agresión sexual como la de abuso sexual según el actual Código Penal (1995, revisión de 2011).

Las características socio-demográficas de la muestra se describen a continuación en la tabla 1.

Tabla 1. *Características socio-demográficas de la muestra.*

	Variables	N	%
Edad	18-30	46	59,7
	31-40	22	28,6
	41-50	9	11,7
	> 50	0	0
Estado civil	Soltera	61	79,2
	Casada	10	13
	Separada/divorciada	6	7,8
	Viuda	0	0
Lugar de origen	España	52	67,5
	Resto Europa	2	2,6
	América del Norte	2	2,6
	América del Sur	20	26
	África	1	1,3
	Asia-Oceanía	0	0
Nivel de estudios	Sin estudios	0	0
	Formación profesional	14	18,2
	Estudios primarios	7	9,1
	Estudios secundarios	23	29,9
	Estudios universitarios	33	42,9
Situación laboral	En activo	37	48,1
	Desempleada	21	27,3
	Jubilada	0	0
	Otros	19	24,7

2.4. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

En primer lugar, para el estudio descriptivo se seleccionaron las siguientes variables:

- a) *Características socio-demográficas*: se recogen la edad, estado civil, lugar de origen, nivel de estudios y situación laboral.
- b) *Características de la agresión sexual*: se evalúan el tipo de delito sufrido (agresión sexual y abuso sexual con y sin violación), número de agresores, actos cometidos por el agresor (tocamientos, penetración vaginal, penetración anal, felación masturbación, lesiones físicas y otras), medios de coacción empleados (amenazas, golpes/malos tratos, vejaciones/insultos, arma blanca, arma de fuego, engaños, abuso de autoridad, regalos/dinero, otros), estado de la víctima antes de la agresión (normal, alterada-embriagada/drogada-), reacción de la víctima durante la agresión (quedar paralizada, intentar huir, intentar convencerle, defenderse, suplicar, forcejear, entablar conversación,

gritar, otras), relación de la víctima con el agresor (conocido, desconocido) y la denuncia del suceso.

- c) *Victimización secundaria*: el trato recibido tanto por la policía como en el reconocimiento forense, la espera en ambos recursos, si algún profesional sugirió que el caso no era lo suficientemente serio o si se responsabilizó a la víctima, y el grado de conocimiento del proceso judicial a seguir desde la denuncia.

En segundo lugar, y de todos los factores que las investigaciones han puesto de manifiesto tener un efecto sobre la sintomatología desarrollada a partir de una agresión sexual, se han elegido las siguientes variables predictoras para su inclusión en el protocolo de evaluación, tratando de que sean lo más representativas de cada área.

a) *Variables predictoras anteriores a la agresión sexual*

- *Variables socio-demográficas*: se incluye como variable predictora la edad de las víctimas.
- *Trastornos psicológicos previos*: se tiene en cuenta cualquier trastorno psicológico que haya recibido un diagnóstico por parte de un profesional de la salud, a través de preguntas específicas incluidas en la entrevista semi-estructurada.
- *Abuso de alcohol y/o drogas*: en la entrevista se ha incluido un apartado para evaluar la existencia de consumo de alcohol y/o drogas tanto en la actualidad como en el pasado.
- *Historia psicopatológica familiar*: en este caso es necesario que se haya recibido un diagnóstico por un profesional de la salud. Se añade también el grado de parentesco con la persona que presenta el problema psicológico.
- *Trauma previo*: bajo esta categoría se agrupan las variables de abuso sexual infantil, abuso físico infantil, agresión física, robo, otra agresión sexual, malos tratos o haber sido testigo de un episodio violento. Asimismo,

se tiene en cuenta otra variable llamada “acumulación de violencia” cuando la persona ha vivido dos o más de los episodios anteriores.

- *Sucesos estresantes*: se recogen los sucesos estresantes ocurridos en el último año, dividiéndolos en problemas de salud, cambio de domicilio o trabajo, problemas económicos, problemas laborales, problemas familiares, muerte de una persona cercana y una opción abierta para otros sucesos no recogidos en la lista.
- *Personalidad*: se evalúan los cinco grandes rasgos de personalidad, neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad.

b) Variables predictoras que intervienen durante la agresión sexual

- *Características de la agresión*: las variables recogidas en la entrevista semi-estructurada son el tipo de delito sufrido (agresión o abuso con o sin violación), número de agresores, actos cometidos por el agresor (tocamientos, penetración vaginal, penetración anal, felación, masturbación, lesiones y otros), medios de coacción empleados por el agresor (amenazas, golpes, vejaciones, arma blanca, arma de fuego, engaños, abuso de autoridad, regalos y otros), estado alterado de la víctima antes de la agresión (si estaba consciente o no, embriagada o drogada), reacción de la víctima durante la agresión (quedar paralizada, huir, intentar convencerle, defenderse/forcejear, suplicar, iniciar conversación, gritar y otros) y relación de la víctima con el agresor (desconocido, conocido y allegado, ya sea pareja o familiar).

c) Variables predictoras posteriores a la agresión sexual

- *Tiempo transcurrido desde la agresión*: se recoge el tiempo (en meses) transcurrido desde la agresión hasta el momento de la evaluación.
- *Denuncia de la agresión*: se recoge si la víctima ha denunciado o no la agresión.
- *Creencias desadaptativas*: se evalúan las cogniciones negativas sobre uno mismo, sobre el mundo y culpabilización.

- *Atribuciones sobre la agresión sexual sufrida:* conducta de culpa (autoculpabilización), creencia sobre el proceso de recuperación (control presente), creencia sobre el control futuro (evitación de nuevas agresiones) y creencia sobre la probabilidad percibida de sufrir una nueva agresión.
- *Estrategias de afrontamiento:* se recogen el afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, autodistracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor y auto-inculpación.
- *Apoyo social:* se evalúa la existencia de apoyo social y la satisfacción de la víctima con éste.

Se han tenido en cuenta más de una variable dependiente, que hacen referencia a la sintomatología principal de la víctima. Así, se contemplan las siguientes variables dependientes:

- *Trastorno de estrés postraumático:* se recogen como variables dependientes la gravedad, frecuencia y sintomatología total.
- *Depresión:* se evalúa la presencia y gravedad de sintomatología depresiva.
- *Ansiedad:* se recoge los síntomas más frecuentes de la ansiedad.
- *Inadaptación general:* se evalúa la inadaptación en las áreas de trabajo, vida social, tiempo libre, pareja, familia e inadaptación global.

2.5. DISEÑO

Este estudio responde a un diseño de corte transversal con un único grupo de mujeres expuestas a un acontecimiento traumático. Se trata de establecer el poder predictivo de los factores de vulnerabilidad seleccionados como variables predictoras sobre el ajuste psicológico presentado por las participantes tras sufrir una agresión sexual.

2.6. INSTRUMENTOS

El protocolo de evaluación se divide en dos grandes apartados. Por un lado, una entrevista semi-estructurada compuesta por 26 preguntas y, por otro, una serie de cuestionarios autoaplicados que se describen a continuación.

- **Entrevista semi-estructurada**

Se empleó la entrevista semiestructurada utilizada por el centro C.A.V.A.S. para la evaluación de las víctimas que recoge información acerca de las características socio-demográficas y características propias de la agresión. Este instrumento se completó con una serie de preguntas elaboradas específicamente para la presente investigación con el fin de recoger información relevante acerca de otras variables como: trastornos psicológicos previos, abuso de alcohol y/o drogas, historia psicopatológica familiar, trauma previo, sucesos estresantes en el último año, tiempo transcurrido desde la agresión y apoyo social. Asimismo, se crearon 6 ítems adicionales para la evaluación de la variable victimización secundaria, cuantificados a través de una escala tipo Likert de 1 (“muy malo”) a 5 (“muy bueno”) en los primeros ítems y de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”) en el resto. De estos ítems, los dos primeros y el último se puntúan de modo inverso.

- **Instrumentos de autoinforme**

Se describen a continuación los instrumentos de autoinforme que se aplicaron durante el proceso de evaluación y que recogen las variables que forman parte del estudio predictivo de regresión.

- *“Inventario de Cogniciones Postraumáticas” (The Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI; Foa, Ehler, Clark, Tolin y Orsillo, 1999; adaptación de Rincón, 2003).* Cuenta con 36 ítems, con una gradación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), que sirve para evaluar pensamientos y creencias negativas relacionadas con el trauma. Consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas sobre uno mismo, cogniciones negativas sobre el mundo y culpabilización. Tanto sus tres escalas específicas como la escala global muestran una elevada consistencia interna con coeficientes alfa superiores a .86. En la presente investigación, el coeficiente alfa alcanzó el

valor de .95 para la escala total, .94 para la escala de cogniciones negativas sobre uno mismo, .82 para creencias sobre el mundo y .76 para culpabilización.

- “Cuestionario RAQ” (*Rape Attribution Questionnaire, RAQ; Frazier, 2003*). Este cuestionario fue desarrollado por Frazier (2003) y consta de una serie de escalas que miden la conducta de culpa (auto-culpabilización), culpabilización del agresor, control presente (sobre la recuperación), control futuro (evitación de nuevas agresiones) y probabilidad de una futura agresión. Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos donde 5= muy frecuentemente y 1=nunca. En el estudio original de Frazier (2003), el coeficiente alfa para la escala de conducta culpa fue de .87, para la escala de control sobre la recuperación fue de .81 y para las escalas de control futuro y probabilidad de una nueva agresión, el coeficiente alfa fue .70 y .83, respectivamente. En la presente investigación, el coeficiente alfa alcanzó el valor de .68 para la escala total y para el resto de sub-escalas los coeficientes alfa oscilaron entre .59 (probabilidad de una nueva agresión) y .74 (conducta de culpa).
- “Escala abreviada COPE de afrontamiento” (*Brief COPE, COPE-28; Carver, 1997; adaptación española de Crespo y Cruzado, 1997*). Este cuestionario está formado por 28 ítems en su versión reducida con una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 1= “No hago nada de esto en absoluto” y 4= “Hago esto con mucha frecuencia”. Este cuestionario revisa las siguientes áreas: afrontamiento activo, planificación, apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social-emocional, autodistracción, religión, reevaluación positiva, aceptación, centrarse en las emociones y desahogarse, autoinculpación, negación, desconexión conductual, humor y consumo de alcohol y drogas. El coeficiente alfa y la fiabilidad test-retest en el estudio original fueron adecuados (sólo una de las escalas presentó un coeficiente menor de .60). En esta investigación, el COPE obtuvo un coeficiente alfa de .60 para la escala total, oscilando estos coeficientes desde .59 (sub-escala autoinculpación) hasta .86 (sub-escala religión).

- *“Inventario NEO reducido de cinco factores” (NEO Five Factor Inventory, NEO-FFI; Costa y McCrae, 1999).* Esta versión reducida ofrece una medida rápida de los cinco factores de personalidad, Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad de forma general sin tener en cuenta cada una de sus facetas. La consistencia interna de las facetas del NEO-FFI en la adaptación española realizada por Manga, Ramos y Morán (2004), osciló entre .71 y .82. En el presente estudio, la consistencia interna fue similar oscilando los coeficientes entre .66 (escala amabilidad) y .79 (escala neuroticismo).
- *“Escala de Trauma de Davidson” (The Davidson Trauma Scale, DTS; Davidson et al., 1997).* Diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en individuos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV para este trastorno. Validado en España por Bobes et al. (2000) con una consistencia interna de alfa=.90 y una validez concurrente con el SCID de .83. En la presente investigación, el DTS obtuvo un coeficiente alfa de .92 para la escala total y de .84 para las dos sub-escalas de frecuencia y gravedad.
- *“Inventario de Depresión de Beck” (Beck Depression Inventory, BDI; Beck Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997).* Es un instrumento que tiene como objetivo identificar los síntomas depresivos y evaluar la intensidad de los mismos. Para este estudio, se ha utilizado la versión autoaplicada de 21 ítems. Los ítems están estructurados en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3), que el sujeto debe elegir en función de cómo se ha sentido durante la última semana. Presenta una fiabilidad test-retest que oscila entre .60 y .62 y una elevada consistencia interna (alfa = .83). En la presente investigación, el BDI obtuvo un coeficiente alfa de .93.
- *“Inventario de Ansiedad de Beck” (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988).* Este inventario tiene por objetivo ofrecer una medida fiable y válida de la ansiedad. Consta de 21 ítems de los cuales, 14 se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 evalúan aspectos cognitivos y 3

aspectos afectivos de la ansiedad. Por otro lado, 19 de los 21 ítems se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia. Los ítems están estructurados en una escala tipo Likert que oscila de 0 (nada en absoluto) a 3 (gravemente, casi no podía soportarlo). Ha sido adaptado por Sanz y Navarro (2003), y se ha encontrado una consistencia interna que oscila entre .90 y .94. En la presente investigación, el BAI obtuvo un coeficiente alfa de .94.

- *“Escala de inadaptación” (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).* Es una escala tipo Likert que cuenta con 6 ítems, con una gradación de 0 (nada) a 5 (muchísimo), que evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a las diferentes áreas de su vida como el trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global. El rango de la escala total es de 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación, proponiéndose como punto de corte 12 en la escala total, y 2 en cada subescala o ítem. La escala ha sido validada en población española, con una muestra clínica de 222 pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos y con una muestra normativa de 100 sujetos. El índice de consistencia interna en el estudio original fue de .94. En la presente investigación, esta escala obtuvo un coeficiente alfa de .75.

2.7. PROCEDIMIENTO

En un primer momento y tras llegar al centro, las mujeres mantienen una entrevista inicial con la trabajadora social, en la cual se les plantea la posibilidad de colaborar voluntariamente en la investigación, obteniendo el consentimiento informado y garantizando la confidencialidad de los datos, además de ofrecerles los recursos propios del centro (atención psicológica y jurídica) de forma gratuita y sin ningún compromiso con respecto a la participación o no en la investigación. Tras esto, se procede a la recogida de los datos socio-demográficos y de la agresión a través de la entrevista semi-estructurada. Posteriormente, y en una sala acondicionada del centro que asegura la comodidad y ausencia de interrupciones, las participantes rellenan los cuestionarios de forma autoadministrada, habiéndoles facilitado previamente las

instrucciones para su cumplimentación por parte de la trabajadora social. No obstante, se les decía que tanto la trabajadora social como la psicóloga del centro estaban disponibles para resolver cualquier duda que pudiera surgirles. El orden de los cuestionarios se fue alternando de forma aleatoria para controlar el posible efecto del cansancio u otros factores contaminadores.

Finalmente, fueron excluidos de la presente investigación aquellos casos en los que las víctimas no dieron su consentimiento (16 casos), o se consideró que no podían cumplimentar los cuestionarios por baja capacidad intelectual o competencia lingüística, o bien, por presentar datos erróneos o incompletos (33 casos excluidos).

2.8. ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización de los análisis estadísticos en función de los objetivos de investigación propuestos, se ha empleado el paquete estadístico SPSS v.19. En primer lugar, para el estudio descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes. En segundo lugar, se realizaron diversos análisis de regresión para determinar en qué medida los factores de vulnerabilidad considerados podían explicar la sintomatología clínica presentada y cuales de ellos tenían una mayor capacidad predictiva. En todos los modelos se utilizó el análisis de regresión múltiple a través del método *stepwise* (por pasos sucesivos), que es un procedimiento que va incluyendo variables independientes en la ecuación y añade a este procedimiento la posibilidad de eliminar, en un paso posterior, una variable predictora introducida en un paso anterior. Este método permite además controlar el efecto de la multicolinealidad que implica que las variables predictoras están muy relacionadas entre sí, por lo que las variables pueden ser combinaciones lineales con una o más del resto de las variables. Precisamente, el método *stepwise*, a través del criterio de la tolerancia, elimina aquellas variables en la ecuación que presentan altas correlaciones con otra u otras variables predictoras.

RESULTADOS

A continuación se presenta un primer estudio en el que se realiza un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión sexual sufrida por las víctimas, así como de la victimización secundaria presentada en la muestra de mujeres agredidas sexualmente. En segundo lugar, se describen los resultados obtenidos tras los análisis de regresión realizados sobre los factores de vulnerabilidad seleccionados en el estudio (antes, durante y después de la agresión).

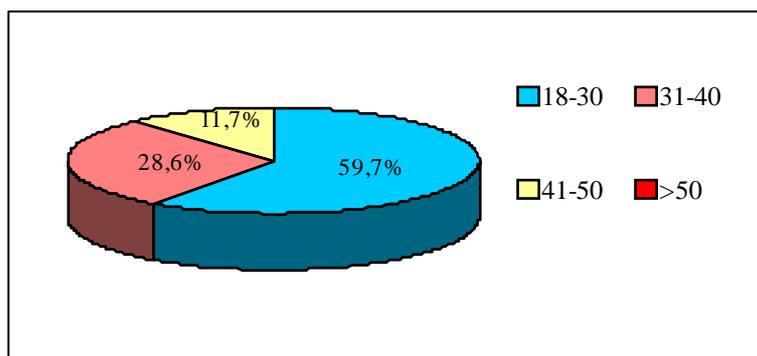
3.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

3.1.1. Características socio-demográficas

Respecto a la edad de la muestra, la media es de 29,18 años, con una desviación típica de 8,15, una edad mínima de 18 y una máxima de 49.

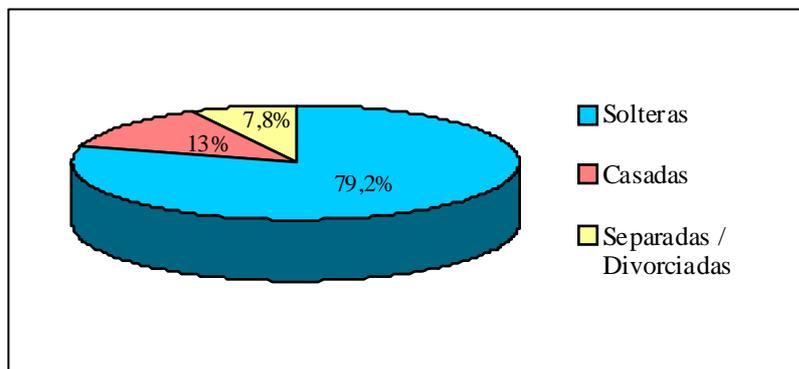
El porcentaje más alto de mujeres (59,7%) se encuentra en la franja de 18-30 años con un total de 46 mujeres. A continuación se encuentra la franja de 31-40 años con un 28,6% (22 mujeres) y la franja de 41-50 años con un 11,7% (9 mujeres). Finalmente, resaltar que no hay mujeres mayores de 50 años (Gráfico 3).

Gráfico 3. Descripción de la muestra según la edad.



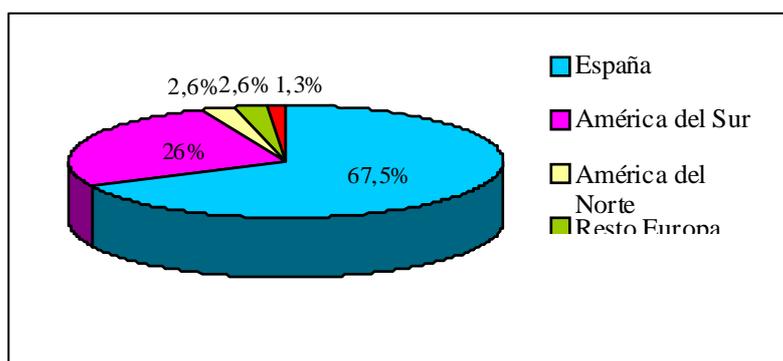
Respecto al estado civil de las mujeres de la muestra, 61 (79,2%) están solteras, 10 (13%) están casadas y 6 (7,8%) están separadas o divorciadas, no habiendo ninguna mujer viuda (Gráfico 4).

Gráfico 4. Descripción de la muestra según el estado civil.



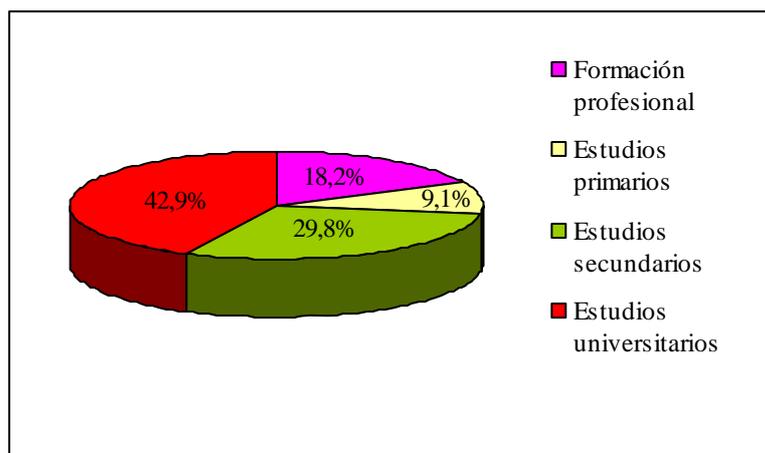
En función del lugar de origen, 52 (67,5%) mujeres son de España, 20 (26%) mujeres son de América del sur, 2 (2,6%) mujeres son de América del Norte, 2 (2,6%) mujeres son del resto de Europa y, únicamente, hay una mujer (1,3%) que procede de África (Gráfico 5).

Gráfico 5. Descripción de la muestra según el lugar de origen



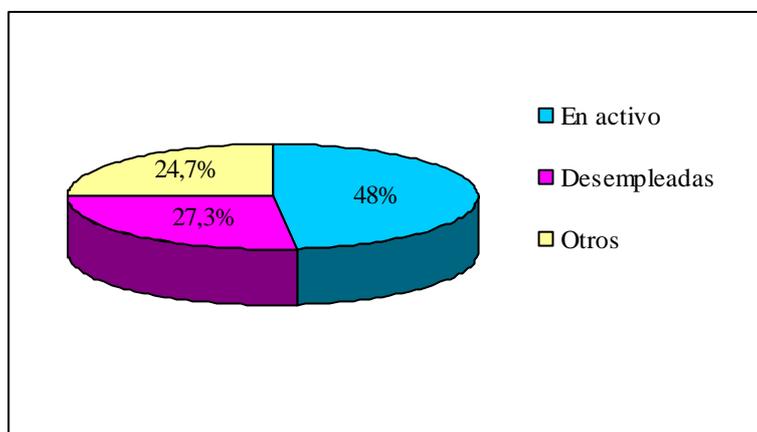
La muestra se divide en función del nivel de estudios en: 33 mujeres (42,9%) que cursan o han cursado estudios universitarios, 23 (29,8%) tienen estudios secundarios, 7 mujeres (9,1%) tienen estudios primarios, 14 (18,2%) tienen formación profesional y por último no había ninguna mujer en la categoría sin estudios (Gráfico 6).

Gráfico 6. Descripción de la muestra según el nivel de estudios.



El 48 % (37) de las mujeres se encuentran en activo, el 27,3% (21 mujeres) están desempleadas y el 24,7% (19 mujeres) se encuentran en situación de estudiante, de baja laboral o incapacidad temporal o permanente, recogida en la categoría de otros. No hubo en la muestra mujeres jubiladas (Gráfico 7).

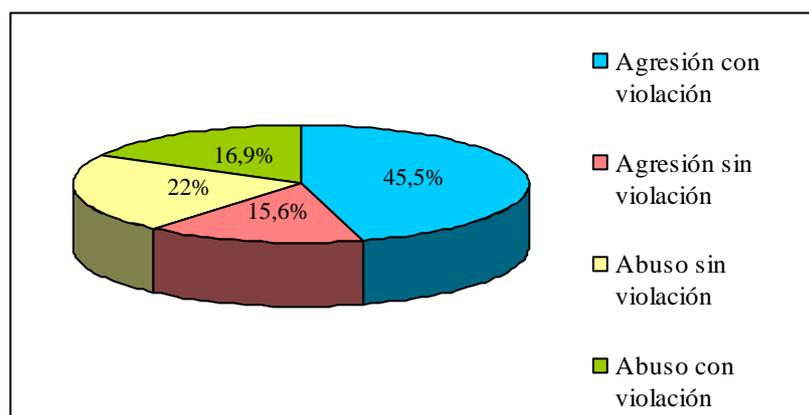
Gráfico 7. Descripción de la muestra según la situación laboral.



3.1.2. Características descriptivas de la agresión sexual

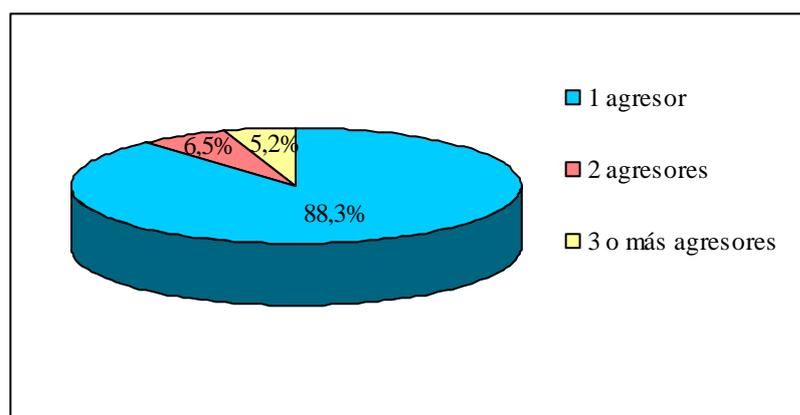
Respecto al tipo de delito sufrido por las 77 mujeres de la muestra, el 45,5% (35) sufrió una agresión sexual con violación, el 15,6% (12) sufrió una agresión sexual sin violación, el 16,9% (13) un abuso sexual con violación y el 22 % (17) un abuso sexual sin violación (Gráfico 8).

Gráfico 8. Descripción de la muestra según el tipo de delito sufrido.



El 88,3% (68) de las mujeres fueron víctimas de un solo agresor, el 6,5% (5 mujeres) tuvo 2 agresores y el 5,2% (4 mujeres) tuvo tres o más agresores (Gráfico 9).

Gráfico 9. Descripción de la muestra según el número de agresores.



La distribución de la muestra en función de los actos cometidos en la agresión señala que en el 36,8% (53 mujeres) de los casos hubo tocamientos, en el 29,8% (43) hubo penetración vaginal, en el 6,2% (9) de los casos existió penetración anal, en el 8,3% (12) se cometió una felación, en el 4,1% (6) hubo masturbación, en el 6,2% (9) se produjeron lesiones y en el 8,3% (12) existieron otros actos diferentes a los recogidos en el estudio (Gráfico 10).

Hay que tener en cuenta que estos actos no son excluyentes y pueden darse de forma combinada en una agresión sexual (tabla 2).

Gráfico 10. Descripción de la muestra según los actos cometidos en la agresión.

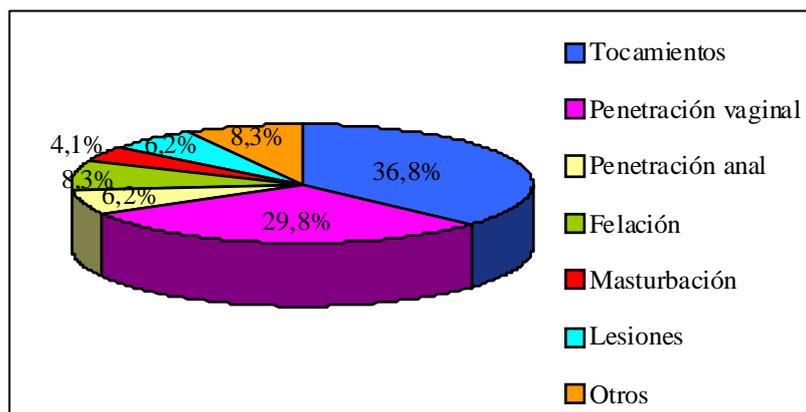
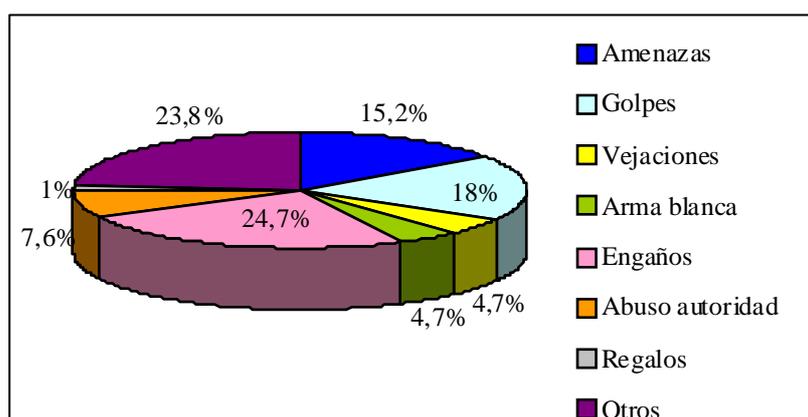


Tabla 2. Prevalencia de combinaciones de actos de agresión sexual.

		Frecuencia	Porcentaje
Tocamientos + Penetración vaginal	Si	23	29,9
	No	54	70,1
Tocamientos + P. vaginal + P. anal	Si	4	5,2
	No	73	94,8
Tocamientos + P. vaginal + lesiones	Si	2	2,6
	No	75	97,4
P. vaginal + lesiones	Si	3	3,9
	No	74	96,1

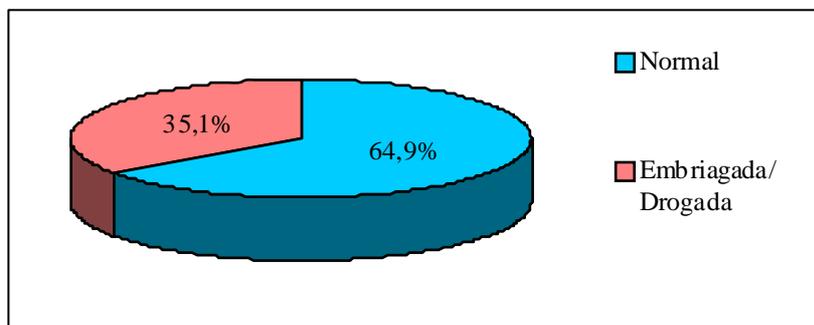
Para llevar a cabo la agresión se emplearon los siguientes medios de coacción: amenazas en el 15,2% de los casos (16 mujeres), golpes en el 18% (19), vejaciones en el 4,7% (5), arma blanca en el 4,7% (5), arma de fuego en el 0%, engaños en el 24,7% (26), abuso de autoridad en el 7,6% de los casos (8), regalos en el 1% (1) y otros (principalmente que la víctima estaba inconsciente) en el 23,8% (25). Estos medios de coacción no son excluyentes entre sí (Gráfico 11).

Gráfico 11. Descripción de la muestra según los medios de coacción empleados.



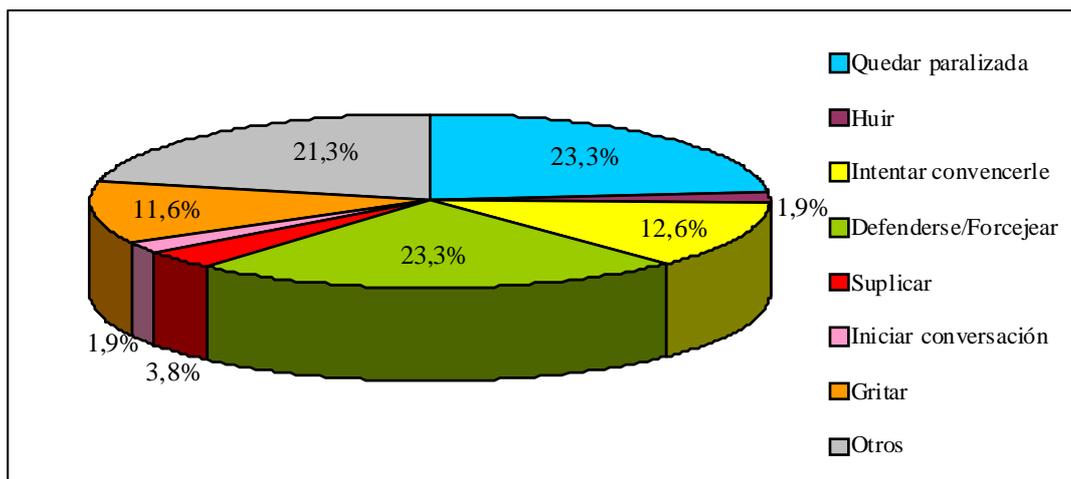
El 64,9% (50) de las mujeres de la muestra se encontraban conscientes y en plenas facultades en el momento de la agresión y únicamente un 35,1% (27 mujeres) fueron drogadas, embriagadas o atacadas en estado inconsciente (Gráfico 12).

Gráfico 12. Descripción de la muestra según el estado de la víctima.



Las diferentes reacciones, no excluyentes entre sí, que mostraron las víctimas durante la agresión sexual fueron las siguientes: quedar paralizada en el 23,3% de los casos (24 mujeres), huir en el 1,9% (2), intentar convencerle en el 12,6% (13), defenderse o forcejear en el 23,3% (24), suplicar en el 3,8% (4), iniciar una conversación con el agresor en el 1,9% (2), gritar en el 11,6% (12) y otras en el 21,3% de los casos (22) (Gráfico 13).

Gráfico 13. Descripción de la muestra según la reacción de la víctima.



En función de la relación con la víctima, había 24 casos en los que el agresor era un desconocido (31,2%), en 14 casos el agresor era un amigo (18,2%), en 15 casos era un conocido de horas (19,5%), en 8 casos mantenían una relación laboral

(10,4%), en 4 casos el agresor formaba parte de la familia de la víctima (5,2%), en 8 casos el agresor fue la pareja (10,4%) y, finalmente, en 4 casos (5,2%) el agresor no se ajustaba a las categorías descritas, siendo el agresor por ejemplo un vecino. No hubo agresores en las categorías de amigo de la familia y relación académica (Gráfico 14).

Gráfico 14. Descripción de la muestra según la relación con el agresor.

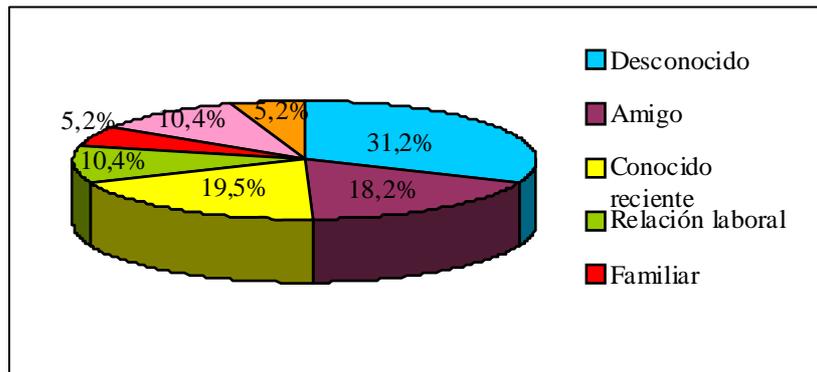
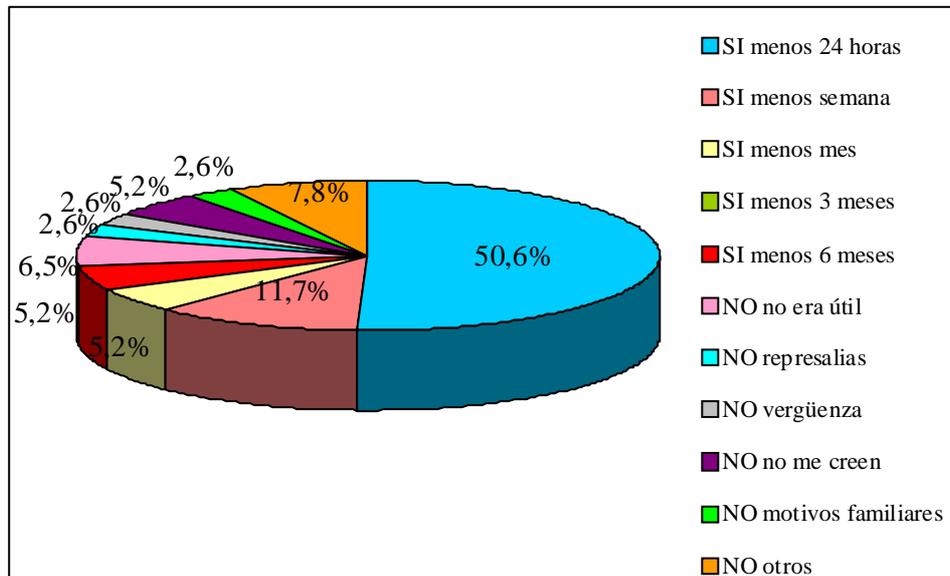


Gráfico 15. Descripción de la muestra según la denuncia del suceso.



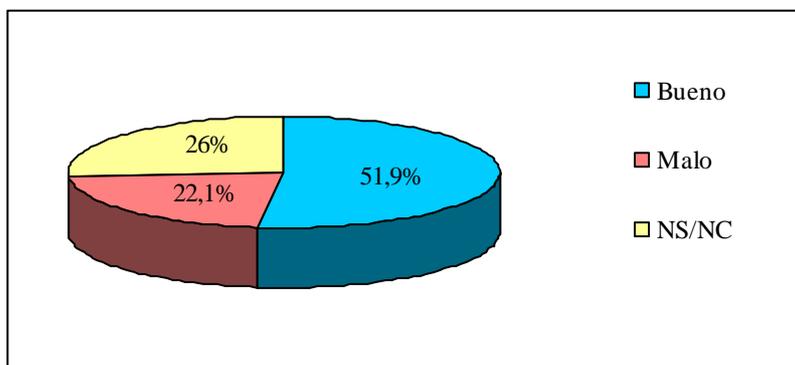
Respecto a la denuncia de la agresión, un total de 72,7 % de las mujeres denunció la agresión, de las que el 50,6% (39) lo hizo en menos de 24 horas, el 11,7% (9) lo hizo en menos una semana, el 5,2% (4) en menos de un mes, ninguna lo denunció entre uno y tres meses y el 5,2% (4) lo hizo en menos de seis meses. No denunció un total de 27,3 % de las mujeres, de los que el 6,5% (5) no lo hizo porque pensaron que no era útil, el 2,6% (2) por miedo a las represalias, el 2,6% (2) por

vergüenza, el 5,2% (4) porque temían que no se les creyese, el 2,6% (2) por motivos familiares y, finalmente, el 7,8% (6) no denunció por otras motivaciones no especificadas (Gráfico 15).

3.1.3. Análisis descriptivo de la victimización secundaria

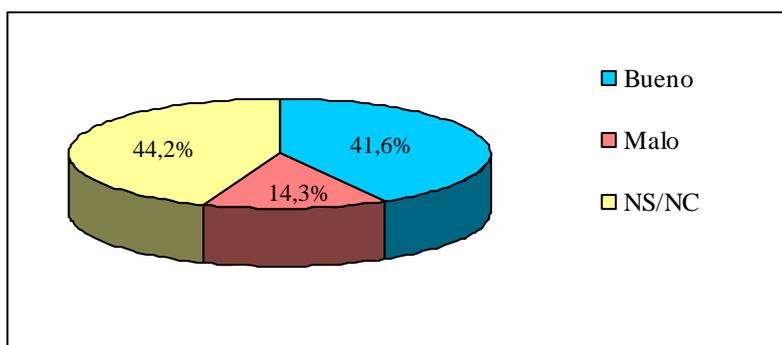
Respecto al trato recibido por la policía en el momento de la denuncia, para el 51,9% (40) de las mujeres fue bueno, para el 22,1% (17) fue malo y un 26% (20) de mujeres no contestaron porque no interpusieron denuncia de los hechos (Gráfico 16).

Gráfico 16. Descripción de la muestra según el trato de la policía.



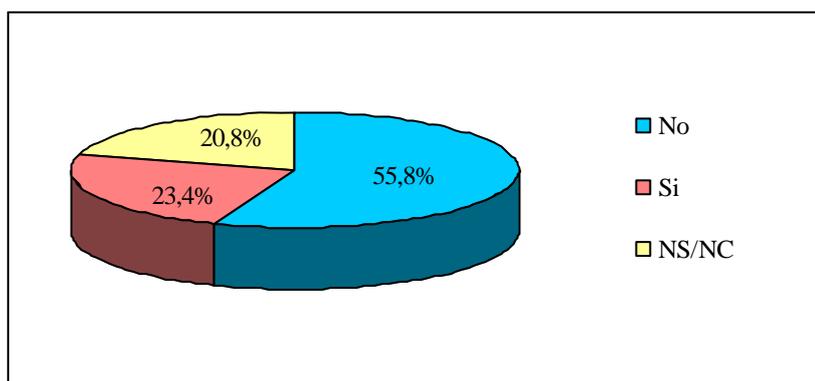
En cuanto al trato recibido por el médico en el reconocimiento forense, para el 41,6% (32) de las mujeres fue bueno, para el 14,3% (11) fue malo y un 44,2% (34) de mujeres no contestaron porque no tuvieron que realizar el reconocimiento forense. Hay que tener en cuenta que a pesar de poner una denuncia hay casos en los que el reconocimiento forense no se lleva a cabo, por ejemplo cuando la denuncia se realiza de forma tardía (Gráfico 17).

Gráfico 17. Descripción de la muestra según el trato del médico forense.



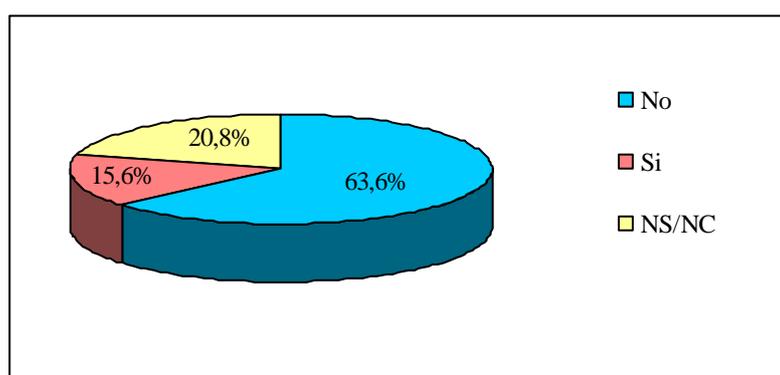
Acerca de las conductas presentadas por los profesionales que intervienen en el proceso, al 23,4% (18) de las mujeres les pareció que alguno de los profesionales les sugirió que su caso no era suficientemente serio. Al 55,8% (43) no se les sugirió que su caso no fuera serio y el 20,8% (16) de las mujeres no contestaron (Gráfico 18).

Gráfico 18. Descripción de la muestra según la variable sugerir caso no serio.



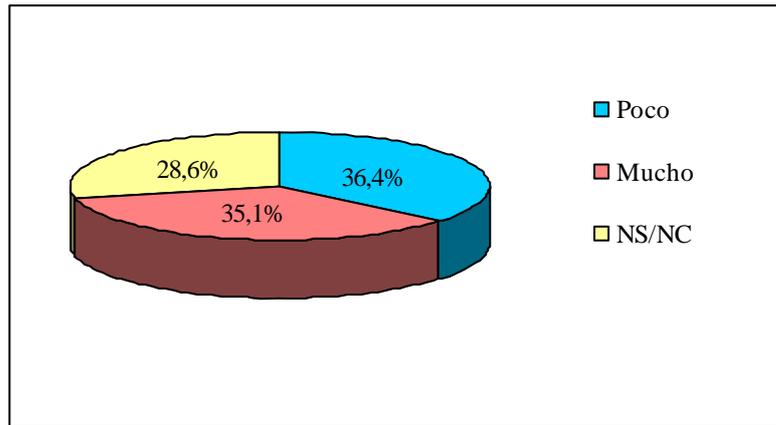
Al 15,6% (12) de las mujeres les pareció que alguno de los profesionales que intervinieron en el proceso les sugirió que tuvieron responsabilidad en la agresión. Al 63,6% (49) no se les sugirió responsabilidad en la agresión y el 20,8% (16) de las mujeres no contestaron (Gráfico 19).

Gráfico 19. Descripción de la muestra según la variable sugerir responsabilidad.



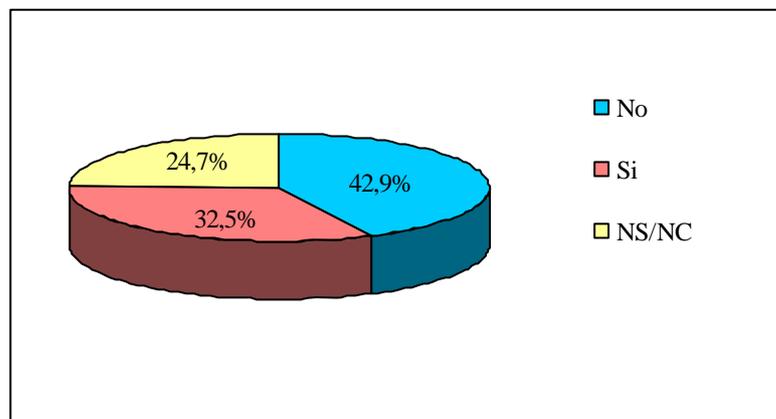
Con respecto a la espera en los servicios de policía o del médico forense, el 35,1% (27) de mujeres consideraron que tuvieron que esperar mucho, el 36,4% (28) tuvieron que esperar poco y el 28,6% (22) de mujeres no contestaron (Gráfico 20).

Gráfico 20. Descripción de la muestra según la espera en la policía o en el forense.



Finalmente, un 42,9% (33) de mujeres no conocía el proceso judicial a seguir a partir de la denuncia, un 32,5% (25) de las mujeres sí estaban informadas y un 24,7% (19) no contestaron (Gráfico 21).

Gráfico 21. Descripción de la muestra según el conocimiento del proceso judicial.



3.2. FACTORES PREDICTORES DE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA EN LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos tras realizar el análisis de regresión para cada grupo de variables predictoras. Con el objetivo de facilitar su descripción, se han propuesto tres apartados diferenciados que responden a la secuencia temporal en la que están clasificados los factores predictores. Las variables criterio han sido en todos los casos la gravedad del TEPT, frecuencia del TEPT,

escala del TEPT total, depresión, ansiedad e inadaptación general en las áreas de trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, pareja, familia, global y total.

3.2.1. Factores anteriores a la agresión

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la gravedad sintomatológica del TEPT es explicada directamente por cuatro de las variables incluidas en este estudio: [extraversión ($\beta = -.55$; $t = -4.15$; $p < .001$; $R^2 = .15$); trauma previo a otra agresión sexual ($\beta = .45$; $t = 3.57$; $p < .001$; $R^2 = .12$); neuroticismo ($\beta = .44$; $t = 3.56$; $p < .001$; $R^2 = .13$); y apertura a la experiencia ($\beta = -.28$; $t = -2.03$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 42.4% (R^2 ajustado = .42) (tabla 3). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la gravedad del TEPT, es la extraversión, la cual explica por sí sola un 15.9% de la varianza de la gravedad del TEPT y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor gravedad sintomatológica. La segunda variable fue el trauma previo otra agresión sexual (modelo 2), la cual explica un 12.7% de la gravedad del TEPT. La tercera variable fue el neuroticismo (modelo 3), la cual explica un 13.7% de la gravedad del TEPT. Finalmente, entró la apertura (modelo 4) con una aportación del 6% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos apertura mayor gravedad del TEPT.

Tabla 3. Resultado del análisis de regresión para la variable gravedad del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.398	.159	.137	7.347(1)	.01	.159	7.347(1)	.01
Modelo 2 ^b	.534	.286	.248	7.593(2)	.01	.127	6.754(1)	.05
Modelo 3 ^c	.650	.422	.376	9.023(3)	.001	.137	8.776(1)	.01
Modelo 4 ^d	.694	.482	.424	8.375(4)	.001	.060	4.137(1)	.05

^a Extraversión / ^b Extraversión, trauma previo otra agresión sexual / ^c Extraversión, trauma previo otra agresión sexual, neuroticismo / ^d Extraversión, trauma previo otra agresión sexual, neuroticismo, apertura

El análisis de regresión indicó que la frecuencia sintomatológica del TEPT (tabla 4) es explicada por cuatro variables: [extraversión ($\beta = -.52$; $t = -4.50$; $p < .001$; $R^2 = .28$); neuroticismo ($\beta = .33$; $t = 2.91$; $p < .01$; $R^2 = .10$); trauma previo otra agresión sexual

($\beta = .34$; $t = 2.92$; $p < .01$; $R^2 = .08$); sucesos estresantes problemas de salud ($\beta = .27$; $t = 2.33$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 49% (R^2 ajustado = .49). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es la extraversión, la cual explica por sí sola un 28.7% de la varianza de la frecuencia del TEPT y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor frecuencia del TEPT. La segunda variable fue el neuroticismo (modelo 2), la cual explica un 10.2% de la frecuencia del TEPT. La tercera variable fue el trauma previo otra agresión sexual (modelo 3), la cual explica un 8.2% de la frecuencia del TEPT. Finalmente, entró la variable sucesos estresantes problemas de salud (modelo 4) con una aportación del 6.9% de la varianza.

Tabla 4. Resultado del análisis de regresión para la variable frecuencia del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.536	.287	.269	15.713(1)	.001	.287	15.713(1)	.001
Modelo 2 ^b	.624	.389	.357	12.116(2)	.001	.102	6.360(1)	.05
Modelo 3 ^c	.686	.471	.428	10.992(3)	.001	.082	5.728(1)	.05
Modelo 4 ^d	.735	.541	.490	10.590(4)	.001	.069	5.434(1)	.05

^a Extraversión / ^b Extraversión, neuroticismo / ^c Extraversión, neuroticismo, trauma previo otra agresión sexual / ^d Extraversión, neuroticismo, trauma previo otra agresión sexual, sucesos estresantes problemas de salud

El análisis de regresión indicó que el TEPT total (tabla 5) es explicado por cuatro variables: [extraversión ($\beta = -.62$; $t = -4.92$; $p < .001$; $R^2 = .22$); neuroticismo ($\beta = .44$; $t = 3.65$; $p < .001$; $R^2 = .11$); trauma previo otra agresión sexual ($\beta = .42$; $t = 3.46$; $p < .001$; $R^2 = .11$); apertura ($\beta = -.29$; $t = -2.17$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 47% (R^2 ajustado = .47). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es la extraversión, la cual explica por sí sola un 22.6% de la varianza del TEPT total y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor TEPT total. La segunda variable fue el neuroticismo (modelo 2), la cual explica un 11.9% del TEPT total. La tercera variable fue el trauma previo otra agresión sexual (modelo 3), la cual explica un 11.5% del TEPT total. Finalmente, entró la apertura (modelo 4) con una aportación del 6.2% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos apertura mayor TEPT total.

Tabla 5. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio TEPT total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.476	.226	.206	11.402(1)	.01	.226	11.402(1)	.01
Modelo 2 ^b	.588	.345	.311	10.026(2)	.001	.119	6.920(1)	.05
Modelo 3 ^c	.679	.461	.417	10.540(3)	.001	.115	7.917(1)	.01
Modelo 4 ^d	.723	.523	.470	9.878(4)	.001	.062	4.717(1)	.05

^a Extraversión / ^b Extraversión, neuroticismo / ^c Extraversión, neuroticismo, trauma previo otra agresión sexual / ^d Extraversión, neuroticismo, trauma previo otra agresión sexual, apertura

La depresión es explicada por cuatro variables (tabla 6): [extraversión ($\beta = -.49$; $t = -4.13$; $p < .001$; $R^2 = .27$); sucesos estresantes problemas de salud ($\beta = .30$; $t = 2.48$; $p < .05$; $R^2 = .09$); trauma previo otra agresión sexual ($\beta = .34$; $t = 2.77$; $p < .01$; $R^2 = .06$); trastornos psicológicos previos ($\beta = .31$; $t = 2.50$; $p < .05$; $R^2 = .08$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 46% (R^2 ajustado = .46) La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es la extraversión, la cual explica por sí sola un 27.1% de la varianza de la depresión y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor depresión. La segunda variable fue sucesos estresantes problemas de salud (modelo 2), la cual explica un 9.3% de la depresión. La tercera variable fue el trauma previo otra agresión sexual (modelo 3), la cual explica un 6.5% de la depresión. Finalmente, entró la variable trastornos psicológicos previos (modelo 4) como variable predictora con una aportación del 8.5% de la varianza.

Tabla 6. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio depresión.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.520	.271	.252	14.484(1)	.001	.271	14.484(1)	.001
Modelo 2 ^b	.603	.364	.330	10.863(2)	.001	.093	5.551(1)	.05
Modelo 3 ^c	.655	.429	.382	9.257(3)	.001	.065	4.209(1)	.05
Modelo 4 ^d	.717	.514	.460	9.502(4)	.001	.085	6.278(1)	.05

^a Extraversión / ^b Extraversión, sucesos estresantes problemas de salud / ^c Extraversión, sucesos estresantes problemas de salud, trauma previo otra agresión sexual / ^d Extraversión, sucesos estresantes problemas de salud, trauma previo otra agresión sexual, trastornos psicológicos previos

La ansiedad es explicada por dos variables: [extraversión ($\beta = -.48$; $t = -3.58$; $p < .001$; $R^2 = .23$); y neuroticismo ($\beta = .27$; $t = 2.02$; $p < .05$; $R^2 = .07$)] (tabla 7). La cantidad de varianza explicada fue del 22.7% (R^2 ajustado = .22). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es la extraversión, la cual explica por sí sola

un 23.9% de la varianza de la ansiedad y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor ansiedad. La segunda variable en entrar en la ecuación fue el neuroticismo (modelo 2), la cual explica un 7.4% de la ansiedad.

Tabla 7. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio ansiedad.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.489	.239	.219	12.229(1)	.001	.239	12.229(1)	.001
Modelo 2 ^b	.559	.313	.227	8.652(2)	.001	.074	4.102(1)	.05

^a Extraversión / ^b Extraversión, neuroticismo

La inadaptación general en el área de trabajo o estudios es explicada por una variable: [neuroticismo ($\beta = .39$; $t = 2.69$; $p < .01$; $R^2 = .15$)]. La variable que entró en el único lugar en la ecuación (modelo 1) es el neuroticismo, la cual explica por sí sola un 15.7% de la varianza de la inadaptación general en el trabajo o estudios (tabla 8).

Tabla 8. Resultado del análisis para inadaptación general, trabajo o estudios.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.396	.157	.136	7.274(1)	.01	.157	7.274(1)	.01

^a Neuroticismo

La inadaptación general en el área de tiempo libre es explicada por dos variables: [extraversión ($\beta = -.37$; $t = -2.65$; $p < .05$; $R^2 = .14$); neuroticismo ($\beta = .33$; $t = 2.36$; $p < .05$; $R^2 = .11$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 21.5% (R^2 ajustado = .21). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es la extraversión, la cual explica por sí sola un 14.5% de la varianza de la inadaptación en el tiempo libre y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor inadaptación en el tiempo libre. La segunda variable fue el neuroticismo (modelo 2), la cual explica un 11% en el área de tiempo libre (tabla 9).

Tabla 9. Resultado del análisis para la variable inadaptación general tiempo libre.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.381	.145	.123	6.616(1)	.05	.145	6.616(1)	.05
Modelo 2 ^b	.505	.255	.215	6.493(2)	.01	.110	5.590(1)	.05

^a Extraversión / ^b Extraversión, neuroticismo

La inadaptación general en el área de pareja es explicada por una variable del total de las incluidas en este estudio: [sucesos estresantes problemas de salud ($\beta = .31$; $t = 2.03$; $p < .05$; $R^2 = .09$)]. La variable que entró en único lugar en la ecuación (modelo 1) es sucesos estresantes problemas de salud, la cual explica por sí sola un 9.6% de la varianza de la inadaptación en la pareja. No obstante, este modelo obtuvo una escasa capacidad explicativa de esta variabilidad (tabla 10).

Tabla 10. Resultado del análisis para la variable inadaptación general pareja.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.310	.096	.073	4.145(1)	.05	.096	4.145(1)	.05

^a Sucesos estresantes problemas de salud

La inadaptación general en el área de familia es explicada por dos variables: [sucesos estresantes problemas familiares ($\beta = .38$; $t = 2,72$; $p < ,01$; $R^2 = ,14$); amabilidad ($\beta = -.30$; $t = -2.14$; $p < .05$; $R^2 = .09$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 19.3% (R^2 ajustado = .19). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es sucesos estresantes problemas familiares, la cual explica por sí sola un 14.1% de la varianza de la inadaptación en la familia. La segunda variable fue amabilidad (modelo 2), la cual explica un 9.3% de la inadaptación general en el área de familia en sentido negativo, es decir, cuanto menos amabilidad mayor inadaptación en el área familiar (tabla 11).

Tabla 11. Resultado del análisis para la variable inadaptación general familia.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.375	.141	.119	6.390(1)	.05	.141	6.390(1)	.05
Modelo 2 ^b	.483	.233	.193	5.783(2)	.01	.093	4.588(1)	.05

^a Sucesos estresantes problemas familiares / ^b Sucesos estresantes problemas familiares, amabilidad

La inadaptación general total es explicada por una variable: [sucesos estresantes problemas familiares ($\beta = .34$; $t = 2.27$; $p < .05$; $R^2 = .11$)]. La variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1) es sucesos estresantes problemas familiares, la cual explica por sí sola un 11.7% de la varianza. No obstante, este modelo obtuvo una escasa capacidad explicativa de esta variabilidad.

Finalmente, no se han encontrado variables predictoras para la variable criterio inadaptación general en el área de vida social y en el área global (tabla 12).

Tabla 12. *Resultado del análisis para la variable inadaptación general total.*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.343	.117	.095	5.187(1)	.05	.117	5.187(1)	.05

^a Sucesos estresantes problemas familiares

3.2.2. Factores que intervienen durante la agresión

En las siguientes tablas se presentan los resultados correspondientes a los análisis de regresión tomando como variables criterio las anteriormente mencionadas y como variables predictoras el tipo de delito (agresión sexual con y sin penetración y abuso sexual con y sin penetración), el número de agresores, los actos cometidos en la agresión (tocamientos, penetración vaginal, penetración anal, felación, masturbación, lesiones y otros), los medios de coacción empleados (amenazas, golpes, vejaciones, arma blanca, arma de fuego, engaños, abuso de autoridad, regalos y otros), estado alterado de la víctima, la reacción de la víctima (quedar paralizada, huir, intentar convencerle, defenderse/forcejear, suplicar, iniciar conversación, gritar y otros), la relación con el agresor (desconocido, conocido y allegado) y la denuncia de la agresión.

La gravedad sintomatológica del TEPT es explicada por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [reacción víctima iniciar conversación ($\beta = -.27$; $t = -2.44$; $p < .05$; $R^2 = .07$)]. La variable que entró en único lugar en la ecuación (modelo 1) es la reacción de la víctima iniciar conversación, la cual sólo explica un 7.4% y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menor sea el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la gravedad del TEPT (tabla 13).

Tabla 13. *Resultado del análisis para la variable gravedad del TEPT.*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.272	.074	.061	5.975(1)	.05	.074	5.975(1)	.05

^a Reacción víctima iniciar conversación

La frecuencia del TEPT es explicada por una variable: [reacción víctima iniciar conversación ($\beta = -.26$; $t = -2.39$; $p < .05$; $R^2 = .07$)]. La variable que entró en único lugar en la ecuación (modelo 1) es la reacción de la víctima iniciar conversación, la cual explica un 7.1% y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menor sea el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la frecuencia sintomática del TEPT (tabla 14).

Tabla 14. *Resultado del análisis para la variable frecuencia del TEPT.*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.267	.071	.059	5.739(1)	.05	.071	5.739(1)	.05

^a Reacción víctima iniciar conversación

El TEPT total es explicado por una variable del total de las incluidas en este estudio: [reacción víctima iniciar conversación ($\beta = -.27$; $t = -2.49$; $p < .05$; $R^2 = .07$)]. La variable que entró en único lugar en la ecuación (modelo 1) es la reacción de la víctima iniciar conversación, la cual explica un 7.6% y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menor sea el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la sintomatología TEPT total (tabla 15).

Tabla 15. *Resultado del análisis de regresión para la variable TEPT total.*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.277	.076	.064	6.211(1)	.05	.076	6.211	.05

^a Reacción víctima iniciar conversación

La depresión es explicada por dos variables: [relación con agresor desconocido ($\beta = -.30$; $t = -2.66$; $p < .01$; $R^2 = .05$); medios de coacción arma blanca ($\beta = .24$; $t = 2.13$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 8.7% (R^2 ajustado = .08). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es la relación con agresor desconocido, la cual explica por sí sola un 5.6% de la varianza de la depresión y lo hace en sentido negativo, es decir, el hecho de que el agresor sexual sea menos desconocido se relaciona con mayor depresión. La segunda variable en entrar fue medios de coacción arma blanca (modelo 2), la cual explica un 5.5% de la depresión (tabla 16).

Tabla 16. Resultado del análisis de regresión para la variable depresión.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.237	.056	.043	4.454(1)	.05	.056	4.454(1)	.05
Modelo 2 ^b	.333	.111	.087	4.601(2)	.05	.055	4.537(1)	.05

^a Relación con agresor desconocido / ^b Relación con agresor desconocido, medios de coacción arma blanca

La ansiedad es explicada por dos variables: [estado alterado de la víctima ($\beta = -.31$; $t = -2.83$; $p < .01$; $R^2 = .08$); reacción víctima iniciar conversación ($\beta = -.22$; $t = -2.06$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 10.7% (R^2 ajustado = .10). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es el estado alterado de la víctima, la cual explica por sí sola un 8% de la varianza de la ansiedad y lo hace en sentido negativo, es decir, el estado no alterado o consciente de la víctima se relaciona con una mayor ansiedad. La segunda variable fue reacción víctima iniciar conversación (modelo 2), la cual explica un 5% de la ansiedad, de nuevo lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menor sea el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la ansiedad (tabla 17).

Tabla 17. Resultado del análisis de regresión para la variable ansiedad.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.283	.080	.068	6.506(1)	.05	.080	6.506(1)	.05
Modelo 2 ^b	.361	.130	.107	5.536(2)	.01	.050	4.282(1)	.05

^a Estado alterado de la víctima / ^b Estado alterado de la víctima, reacción víctima iniciar conversación

La inadaptación general en el área de trabajo o estudios es explicada por una variable: [actos cometidos penetración anal ($\beta = .24$; $t = 2.21$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La variable que entró en único lugar en la ecuación (modelo 1) es actos cometidos de penetración anal, la cual explica por sí sola un 6.1% de la varianza de la inadaptación general en el trabajo o estudios (tabla 18).

Tabla 18. Resultado del análisis para la inadaptación general en trabajo o estudios.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.247	.061	.049	4.893(1)	.05	.061	4.893(1)	.05

^a Actos cometidos penetración anal

La inadaptación general en el área de vida social es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [actos cometidos felación ($\beta = -.37$; $t = -3.30$; $p < .001$; $R^2 = .09$); actos cometidos penetración anal ($\beta = .23$; $t = 2.09$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 12% (R^2 ajustado = .12). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es actos cometidos felación, la cual explica por sí sola un 9.2% de la varianza de la inadaptación general en la vida social. La segunda variable fue actos cometidos de penetración anal (modelo 2), la cual explica un 5.1% de la inadaptación general en el área de vida social (tabla 19).

Tabla 19. Resultado del análisis para la variable inadaptación general vida social.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.303	.092	.080	7.590(1)	.01	.092	7.590(1)	.01
Modelo 2 ^b	.378	.143	.120	6.164(2)	.01	.051	4.394(1)	.05

^a Actos cometidos felación / ^b Actos cometidos felación, actos cometidos penetración anal

La inadaptación general en el área de pareja es explicada por dos variables: [reacción víctima suplicar ($\beta = .25$; $t = 2.35$; $p < .05$; $R^2 = .06$); reacción víctima quedar paralizada ($\beta = .23$; $t = 2.10$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 9.1% (R^2 ajustado = .09). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), fue la reacción víctima suplicar, la cual explica por sí sola un 6.2% de la varianza de la inadaptación en la pareja. La segunda variable fue la reacción de la víctima quedar paralizada (modelo 2), la cual explica un 5.3% de la inadaptación general en el área de pareja.

Tabla 20. Resultado del análisis para la variable inadaptación general pareja.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.250	.062	.050	4.997(1)	.05	.062	4.997(1)	.05
Modelo 2 ^b	.340	.115	.091	4.823(2)	.05	.053	4.421(1)	.05

^a Reacción víctima suplicar / ^b Reacción víctima suplicar, reacción víctima quedar paralizada

La inadaptación general en el área de familia es explicada por una variable: [relación con el agresor allegado ($\beta = .23$; $t = 2.06$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La variable que entró en único lugar en la ecuación (modelo 1) es la relación con el agresor allegado, la cual explica por sí sola un 5.4% de la varianza de la inadaptación en la familia.

Tabla 21. *Resultado del análisis para la variable inadaptación general familia.*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.232	.054	.041	4.269(1)	.05	.054	4.269(1)	.05

^a Relación con el agresor allegado

La inadaptación general en el área global es explicada por una variable: [relación con el agresor desconocido ($\beta = -.23$; $t = -2.04$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La variable que entró en único lugar en la ecuación (modelo 1), es la relación con el agresor desconocido, la cual explica por sí sola un 5.3% de la varianza de la inadaptación global y lo hace de forma negativa, es decir, el hecho de que el agresor sexual sea menos desconocido se relaciona con una mayor inadaptación global.

Tabla 22. *Resultado del análisis para la variable inadaptación general global.*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.230	.053	.040	4.186(1)	.05	.053	4.186(1)	.05

^a Relación con el agresor desconocido

La inadaptación general total es explicada por una variable: [reacción víctima huir ($\beta = -.27$; $t = -2.48$; $p < .05$; $R^2 = .07$)]. La variable que entró en único lugar en la ecuación (modelo 1), es la reacción de la víctima huir, la cual explica un 7.6% de la varianza de la inadaptación total y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menor sea el hecho de huir de la agresión mayor será la inadaptación total. No se han encontrado predictores para la inadaptación general en el área de tiempo libre.

Tabla 23. *Resultado del análisis para la variable inadaptación general total.*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.276	.076	0.64	6.192(1)	.05	.076	6.192(1)	.05

^a Reacción víctima huir

3.2.3. Factores posteriores a la agresión

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a los análisis de regresión tomando como variables criterio las anteriormente mencionadas y como variables predictoras el tiempo transcurrido desde la agresión, las creencias desadaptativas (sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre la culpa), la conducta de culpa, el control sobre la recuperación, la creencia de control futuro, la creencia de mayor probabilidad de una nueva agresión, las estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social instrumental, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias), la existencia de apoyo social y la satisfacción con el apoyo social.

Los resultados indicaron que la gravedad sintomática del TEPT es explicada por cinco de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .50$; $t = 4.62$; $p < .001$; $R^2 = .40$); control sobre recuperación ($\beta = -.34$; $t = -3.21$; $p < .01$; $R^2 = .10$); afrontamiento apoyo social instrumental ($\beta = .27$; $t = 2.80$; $p < .01$; $R^2 = .07$); afrontamiento uso de sustancias ($\beta = .30$; $t = 3.08$; $p < .01$; $R^2 = .05$); creencia control futuro ($\beta = .25$; $t = 2.55$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada por las cinco variables fue del 64.6% (R^2 ajustado = .64). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la gravedad del TEPT, es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 40% de la varianza de la gravedad del TEPT. La segunda variable fue el control sobre la recuperación (modelo 2), la cual explica un 10.5% de la gravedad del TEPT y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor gravedad del TEPT. La tercera variable fue la estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental (modelo 3), la cual explica un 7% de la gravedad del TEPT. La cuarta variable fue la estrategia de afrontamiento uso de sustancias (modelo 4) la cual explica un 5.7% de la gravedad del

TEPT. Finalmente, entró la variable creencia control futuro (modelo 5) con una aportación del 5.8% de la varianza (tabla 24).

Tabla 24. Resultado del análisis de regresión para la variable gravedad del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.632	.400	.384	25.962(1)	.001	.400	25.962(1)	.001
Modelo 2 ^b	.711	.505	.479	19.371(2)	.001	.105	8.073(1)	.01
Modelo 3 ^c	.758	.575	.541	16.695(3)	.001	.070	6.121(1)	.05
Modelo 4 ^d	.795	.632	.592	15.489(4)	.001	.057	5.618(1)	.05
Modelo 5 ^e	.831	.690	.646	15.596(5)	.001	.058	6.521(1)	.05

^a Creencias desadaptativas uno mismo / ^b Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación / ^c Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social / ^d Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social instrumental, afrontamiento uso de sustancias / ^e Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social, afrontamiento uso de sustancias, creencia control futuro

La frecuencia sintomática del TEPT es explicada por cinco variables: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .57$; $t = 5.47$; $p < .001$; $R^2 = .36$); afrontamiento apoyo social instrumental ($\beta = .33$; $t = 3.16$; $p < .01$; $R^2 = .06$); afrontamiento aceptación ($\beta = -.30$; $t = -2.86$; $p < .01$; $R^2 = .07$); afrontamiento uso de sustancias ($\beta = .33$; $t = 3.25$; $p < .01$; $R^2 = .06$); creencia control futuro ($\beta = .32$; $t = 3.17$; $p < .01$; $R^2 = .09$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 61.4% (R^2 ajustado = .61). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 36.4% de la varianza de la frecuencia del TEPT. La segunda variable fue la estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental (modelo 2), la cual explica un 6.7% de la frecuencia del TEPT. La tercera variable fue la estrategia de afrontamiento aceptación (modelo 3), la cual explica un 7.1% de la frecuencia del TEPT y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de aceptación mayor frecuencia del TEPT. La cuarta variable fue la estrategia de afrontamiento uso de sustancias (modelo 4) la cual explica un 6.3% de la frecuencia del TEPT. Finalmente, entró la variable creencia control futuro (modelo 5) como variable predictora con una aportación del 9.7% de la varianza (tabla 25).

Tabla 25. Resultado del análisis de regresión para la variable frecuencia del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.604	.364	.348	22.367(1)	.001	.364	22.367(1)	.001
Modelo 2 ^b	.657	.431	.401	14.394(2)	.001	.067	4.445(1)	.05
Modelo 3 ^c	.709	.502	.462	12.446(3)	.001	.071	5.296(1)	.05
Modelo 4 ^d	.752	.566	.517	11.714(4)	.001	.063	5.239(1)	.05
Modelo 5 ^e	.814	.663	.614	13.752(5)	.001	.097	10.084(1)	.01

^a Creencias desadaptativas uno mismo / ^b Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento apoyo social / ^c Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento apoyo social, afrontamiento aceptación / ^d Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento apoyo social instrumental, afrontamiento aceptación, afrontamiento uso de sustancias / ^e Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento apoyo social, afrontamiento aceptación, afrontamiento uso de sustancias, creencia control futuro

La sintomatología total del TEPT es explicada por cuatro variables: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .55$; $t = 4.66$; $p < .001$; $R^2 = .40$); control sobre recuperación ($\beta = -.37$; $t = -3.12$; $p < .01$; $R^2 = .07$); afrontamiento planificación ($\beta = .26$; $t = 2.51$; $p < .05$; $R^2 = .07$); afrontamiento apoyo social instrumental ($\beta = .25$; $t = 2.39$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 57.6% (R^2 ajustado = .57). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 40.2% de la varianza del TEPT total. La segunda variable en entrar fue el control sobre la recuperación (modelo 2), la cual explica un 7.9% del TEPT total y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor sintomatología TEPT total. La tercera variable fue la estrategia de afrontamiento planificación (modelo 3), la cual explica un 7.7% del TEPT total. Finalmente, entró la variable estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental (modelo 4) con una aportación del 6.1% de la varianza (tabla 26).

Tabla 26. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio TEPT total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.634	.402	.386	26.174(1)	.001	.402	26.174(1)	.001
Modelo 2 ^b	.693	.481	.453	17.590(2)	.001	.079	5.791(1)	.05
Modelo 3 ^c	.747	.558	.522	15.543(3)	.001	.077	6.425(1)	.05
Modelo 4 ^d	.786	.618	.576	14.577(4)	.001	.061	5.725(1)	.05

^a Creencias desadaptativas uno mismo / ^b Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación / ^c Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento planificación / ^d Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento planificación, afrontamiento apoyo social instrumental

La depresión es explicada por dos variables: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .76$; $t = 8.39$; $p < .001$; $R^2 = .62$); afrontamiento autodistracción ($\beta = -.26$; $t = -2.95$; $p < .01$; $R^2 = .07$)]. La varianza explicada fue del 67.5% (R^2 ajustado = .67). La variable que entró en primer lugar (modelo 1) es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica un 62% de la varianza. La segunda variable en entrar fue la estrategia de afrontamiento autodistracción (modelo 2), la cual explica un 7.1% de la depresión y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de autodistracción mayor depresión (tabla 27).

Tabla 27. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio depresión.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.787	.620	.610	63.603(1)	.001	.620	63.603(1)	.001
Modelo 2 ^b	.831	.691	.675	42.478(2)	.001	.071	8.736(1)	.01

^a Creencias desadaptativas uno mismo / ^b Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento autodistracción

La ansiedad es explicada por dos variables: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .51$; $t = 4.21$; $p < .001$; $R^2 = .30$); afrontamiento autodistracción ($\beta = -.37$; $t = -3.03$; $p < .01$; $R^2 = .13$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 41% (R^2 ajustado = .41). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica un 30.4% de la varianza de la ansiedad. La segunda variable fue la estrategia de afrontamiento autodistracción (modelo 2), la cual explica un 13.6% de la ansiedad y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos se emplea esta estrategia mayor ansiedad (tabla 28).

Tabla 28. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio ansiedad.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.551	.304	.286	16.994(1)	.001	.304	16.994(1)	.001
Modelo 2 ^b	.663	.440	.410	14.905(2)	.001	.136	9.229(1)	.01

^a Creencias desadaptativas uno mismo / ^b Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento autodistracción

La inadaptación general en el área de trabajo o estudios es explicada por dos variables: [creencia control futuro ($\beta = .36$; $t = 2.54$; $p < .05$; $R^2 = .14$); afrontamiento planificación ($\beta = .30$; $t = 2.18$; $p < .05$; $R^2 = .09$)]. La cantidad de varianza explicada fue

del 20.3% (R^2 ajustado= .20). La variable que entró en primer lugar (modelo 1) es la creencia sobre el control futuro, la cual explica un 14.8% de la varianza de la inadaptación general en el trabajo o estudios. La segunda variable fue la estrategia de afrontamiento planificación (modelo 2), la cual explica un 9.5% de la inadaptación general en el trabajo o estudios (tabla 29).

Tabla 29. Resultado del análisis para la inadaptación general trabajo o estudios.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.385	.148	.126	6.788(1)	.05	.148	6.788(1)	.05
Modelo 2 ^b	.493	.243	.203	6.109(2)	.01	.095	4.773(1)	.05

^a Creencia control futuro / ^b Creencia control futuro, afrontamiento, planificación

La inadaptación general en el área de vida social es explicada por seis variables: [afrontamiento humor ($\beta = -.28$; $t = -2.59$; $p < .05$; $R^2 = .19$); afrontamiento negación ($\beta = .31$; $t = 2.76$; $p < .01$; $R^2 = .12$); control sobre recuperación ($\beta = -.44$; $t = -3.81$; $p < .001$; $R^2 = .07$); creencia control futuro ($\beta = .30$; $t = 2.68$; $p < .05$; $R^2 = .07$); creencia mayor probabilidad nueva agresión ($\beta = .37$; $t = 3.12$; $p < .01$; $R^2 = .08$); tiempo transcurrido desde la agresión ($\beta = -.26$; $t = -2.41$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 55.8% (R^2 ajustado= .55). La variable que entró en primer lugar (modelo 1) es la estrategia de afrontamiento humor, la cual explica un 19.6% de la varianza y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento humor mayor inadaptación a la vida social. La segunda variable fue la estrategia de afrontamiento negación (modelo 2), la cual explica un 12.9%. La tercera variable fue el control sobre recuperación (modelo 3), la cual explica un 7.9% en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación en el área de vida social. La cuarta variable fue la creencia sobre control futuro (modelo 4) la cual explica un 7.5% de la inadaptación en el área de vida social. La quinta variable fue la creencia en una mayor probabilidad de nueva agresión (modelo 5) la cual explica un 8.1% de la inadaptación en el área de vida social. Finalmente, entró la variable tiempo transcurrido desde la agresión (modelo 6) como variable predictora con una aportación del 6.5% de la varianza (tabla 30).

Tabla 30. Resultado del análisis para la variable inadaptación general vida social.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.442	.196	.175	9.480(1)	.01	.196	9.480(1)	.01
Modelo 2 ^b	.569	.324	.289	9.113(2)	.001	.129	7.232(1)	.05
Modelo 3 ^c	.635	.404	.355	8.345(3)	.001	.079	4.925(1)	.05
Modelo 4 ^d	.692	.479	.421	8.261(4)	.001	.075	5.182(1)	.05
Modelo 5 ^e	.748	.559	.496	8.885(5)	.001	.081	6.411(1)	.05
Modelo 6 ^f	.790	.624	.558	9.404(6)	.001	.065	5.847(1)	.05

^a Afrontamiento humor / ^b Afrontamiento humor, afrontamiento negación / ^c Afrontamiento humor, afrontamiento negación, control sobre recuperación / ^d Afrontamiento humor, afrontamiento negación, control sobre recuperación, creencia control futuro / ^e Afrontamiento humor, afrontamiento negación, control sobre recuperación, creencia control futuro, creencia mayor probabilidad nueva agresión / ^f Afrontamiento humor, afrontamiento negación, control sobre recuperación, creencia control futuro, creencia mayor probabilidad nueva agresión , tiempo transcurrido desde la agresión

El análisis de regresión realizado indicó que la inadaptación general en el área de tiempo libre es explicada por cinco variables: [creencia control futuro ($\beta = .45$; $t = 4.18$; $p < .001$; $R^2 = .20$); control sobre recuperación ($\beta = -.56$; $t = -4.78$; $p < .001$; $R^2 = .17$); satisfacción apoyo social ($\beta = -.29$; $t = -2.76$; $p < .01$; $R^2 = .07$); tiempo transcurrido desde la agresión ($\beta = -.29$; $t = -2.74$; $p < .01$; $R^2 = .06$); creencia mayor probabilidad nueva agresión ($\beta = .29$; $t = 2.51$; $p < .05$; $R^2 = .07$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 54.2% (R^2 ajustado = .54). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es la creencia sobre control futuro, la cual explica por sí sola un 20.9% de la varianza de la inadaptación general en el tiempo libre. La segunda variable en entrar fue el control sobre la recuperación (modelo 2), la cual explica un 17.6% de la inadaptación general en el área de tiempo libre y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación al tiempo libre. La tercera variable fue la satisfacción con el apoyo social (modelo 3), la cual explica un 7.9% de la inadaptación en el área de tiempo libre. La cuarta variable fue el tiempo transcurrido desde la agresión (modelo 4) la cual explica un 6.2% de la inadaptación en el área de tiempo libre y también lo hace en sentido negativo. Finalmente, entró la variable creencia en una mayor probabilidad de nueva agresión (modelo 5) con una aportación del 7.2% de la varianza (tabla 31).

Tabla 31. Resultado del análisis para la variable inadaptación general tiempo libre.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.457	.209	.189	10.310(1)	.01	.209	10.310(1)	.01
Modelo 2 ^b	.621	.385	.353	11.900(2)	.001	.176	10.878(1)	.01
Modelo 3 ^c	.682	.465	.421	10.701(3)	.001	.079	5.491(1)	.05
Modelo 4 ^d	.726	.527	.474	10.026(4)	.001	.062	4.748(1)	.05
Modelo 5 ^e	.774	.599	.542	10.466(5)	.001	.072	6.310(1)	.05

^a Creencia control futuro / ^b Creencia control futuro, control sobre recuperación / ^c Creencia control futuro, control sobre recuperación, satisfacción apoyo social / ^d Creencia control futuro, control sobre recuperación, satisfacción apoyo social, tiempo transcurrido desde la agresión / ^e Creencia control futuro, control sobre recuperación, satisfacción apoyo social, tiempo transcurrido desde la agresión, creencia mayor probabilidad nueva agresión

La inadaptación general en el área de pareja es explicada por dos variables: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .35$; $t = 2.40$; $p < .05$; $R^2 = .25$); control sobre recuperación ($\beta = -.32$; $t = -2.17$; $p < .05$; $R^2 = .08$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 30.2% (R^2 ajustado = .30). La variable que entró en primer lugar (modelo 1) es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 25.5% de la varianza de la inadaptación en la pareja. La segunda variable fue el control sobre la recuperación (modelo 2), la cual explica significativamente un 8.3% de la inadaptación general en el área de pareja de forma negativa (tabla 32).

Tabla 32. Resultado del análisis para la variable inadaptación general pareja.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.505	.255	.236	13.325(1)	.001	.255	13.325(1)	.001
Modelo 2 ^b	.581	.337	.302	9.671(2)	.001	.083	4.740(1)	.05

^a Creencias desadaptativas uno mismo / ^b Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de familia es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [satisfacción apoyo social ($\beta = -.43$; $t = -3.18$; $p < .01$; $R^2 = .20$); afrontamiento desahogo ($\beta = .31$; $t = 2.33$; $p < .05$; $R^2 = .09$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 27% (R^2 ajustado = .27). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es la satisfacción con el apoyo social, la cual explica por sí sola un 20.7% de la varianza y lo hace en sentido negativo. La segunda variable fue la estrategia de afrontamiento desahogo (modelo 2), la cual explica un 9.9% de la inadaptación general en el área de familia (tabla 33).

Tabla 33. Resultado del análisis para la variable inadaptación general familia.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.455	.207	.187	10.189(1)	.01	.207	10.189(1)	.01
Modelo 2 ^b	.553	.306	.270	8.387(2)	.001	.099	5.428(1)	.05

^a Satisfacción apoyo social / ^b Satisfacción apoyo social, afrontamiento desahogo

La inadaptación general en el área global es explicada por una variable: [creencias desadaptativas total ($\beta = .64$; $t = 5.26$; $p < .001$; $R^2 = .41$)]. La variable que entró en único lugar (modelo 1) es creencias desadaptativas total, la cual explica por sí sola un 41.5% de la varianza de la inadaptación global (tabla 34).

Tabla 34. Resultado del análisis para la variable inadaptación general global.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.644	.415	.400	27.689(1)	.001	.415	27.689(1)	.001

^a Creencias desadaptativas total

La inadaptación general total es explicada por cuatro variables: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .37$; $t = 2.85$; $p < .01$; $R^2 = .24$); creencia control futuro ($\beta = .32$; $t = 2.74$; $p < .01$; $R^2 = .13$); control sobre recuperación ($\beta = -.37$; $t = -2.75$; $p < .01$; $R^2 = .07$); afrontamiento planificación ($\beta = .25$; $t = 2.10$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada fue del 46% (R^2 ajustado = .46). La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1) es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 24.7% de la varianza de la inadaptación total. La segunda variable fue la creencia sobre control futuro (modelo 2), la cual explica un 13.3% de la inadaptación general total. La tercera variable fue el control sobre la recuperación (modelo 3), la cual explica un 7.5% de la inadaptación total y lo hace en sentido negativo. Finalmente, entró la estrategia de afrontamiento planificación (modelo 4) como variable predictora con una aportación del 6% de la varianza (tabla 35).

Tabla 35. Resultado del análisis para la variable inadaptación general total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.497	.247	.228	12.782(1)	.001	.247	12.782(1)	.001
Modelo 2 ^b	.616	.379	.347	11.619(2)	.001	.133	8.121(1)	.01
Modelo 3 ^c	.674	.454	.410	10.273(3)	.001	.075	5.084(1)	.05
Modelo 4 ^d	.717	.514	.460	9.531(4)	.001	.060	4.440(1)	.05

^a Creencias desadaptativas uno mismo / ^b Creencias desadaptativas uno mismo, creencia control futuro / ^c Creencias desadaptativas uno mismo, creencia control futuro, control sobre recuperación / ^d Creencias desadaptativas uno mismo, creencia control futuro, control sobre recuperación, afrontamiento planificación

4.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL.

En relación con las *características socio-demográficas* de las víctimas, el grupo de edad que mayor frecuencia obtuvo fue el de 18 a 30 años, seguido del grupo de 31 a 40 años, mientras que la mayoría de las mujeres estaban solteras en el momento de la evaluación. Estos datos coinciden con los aportados en nuestro país por Echeburúa y Redondo (2010), al mostrar que este tipo de víctimas suelen ser mayoritariamente jóvenes y solteras.

En cuanto al nivel de estudios, la muestra ha sido más bien heterogénea, dado que un 43% de las mujeres han cursado estudios universitarios, un 30% tenían estudios secundarios, un 18% formación profesional y un 9% estudios primarios. Casi la mitad de las víctimas se encontraban en activo, mientras que la otra mitad se dividía entre las mujeres que estaban en paro.

En un estudio anterior (Roig, 1996), realizado en el mismo centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales (C.A.V.A.S.), se encontraron resultados similares. Con respecto a la edad, el grupo más frecuente lo formaba el comprendido entre 18 y 25 años, seguido del grupo comprendido entre 26 y 35 años y del grupo de 13 a 17 años. En ambos estudios la mayoría de las mujeres eran solteras. De modo similar, el mayor grupo de mujeres se encontraba en activo y el resto se dividía entre estudiantes y mujeres en situación de paro. En lo que se refiere al nivel de estudios se aprecia alguna diferencia entre ambas investigaciones. En la investigación de Roig (1996), la mayoría de las mujeres tenían estudios de enseñanza media, siendo universitarias sólo el 16% de las mujeres, mientras que en la presente investigación

un 43% de mujeres eran universitarias. Esta gran diferencia puede deberse al cambio de rol de la mujer en la sociedad con el transcurso del tiempo.

Con respecto a las *características de la agresión*, el delito con una mayor prevalencia en la presente muestra fue la agresión sexual con violación, coincidiendo con los resultados de Roig (1996). El resto de delitos tuvieron una menor prevalencia, con una representación entre el 16% y el 22% de los casos. Al igual que en el estudio de Roig (1996), la mayoría de las mujeres fueron víctimas de un solo agresor, existiendo un pequeño porcentaje de víctimas con dos o más agresores. No obstante, el número de asaltos cometidos por más de dos agresores es mayor en relación con lo documentado por Echeburúa y Redondo (2010), al llegar a un tercio de los casos.

Sin embargo, coincidiendo con Echeburúa y Redondo (2010), los actos cometidos durante la agresión sexual que han mostrado una mayor prevalencia han sido los tocamientos y la penetración vaginal. De forma minoritaria, se dieron otros actos como la penetración anal, la masturbación y la felación. Únicamente en el 6,2% de los casos se dieron lesiones físicas, ascendiendo a un tercio de los casos según anteriores estudios (Echeburúa y Redondo, 2010; Roig, 1996). Estos actos cometidos durante la agresión no son excluyentes entre sí y pueden darse de forma combinada, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones de la presente investigación se han producido de forma aislada.

Los medios de coacción más frecuentemente empleados por el agresor para llevar a cabo la agresión fueron los engaños y otros medios que hacen alusión principalmente a casos en los que la víctima estaba inconsciente. Los medios de coacción más frecuentes fueron las amenazas y los golpes y, de forma minoritaria, vejaciones, uso de arma blanca y abuso de autoridad. Los resultados no coinciden con los referidos por Echeburúa y Redondo (2010), según los cuales en la mitad aproximada de los casos el agresor empleaba un arma de fuego como medio de coacción.

En cuanto al estado de la víctima en el momento de la agresión, un mayor número de mujeres se encontraban conscientes durante la agresión sexual. No

obstante, se ha detectado que un 35,1% de las mujeres estaban drogadas, embriagadas o fueron atacadas en estado inconsciente durante la agresión sexual.

Las principales reacciones que mostraron las víctimas ante la agresión fueron quedar paralizada, defenderse o forcejear; seguidas a continuación por intentar convencer al agresor y gritar. Minoritariamente se dieron reacciones como suplicar, iniciar una conversación y huir. En el estudio de Roig (1996), las reacciones principales fueron defenderse, suplicar, huir e intentar convencer al agresor, seguidas de entablar conversación y gritar.

De acuerdo con numerosos autores (Aparicio y Muñoz, 2007; Delgado, 1994; Echeburúa y Corral, 2006; López, 2012; Noguerol, 2005), en la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima, ya sea como conocido reciente o amigo (categorías más frecuentes), como compañero de trabajo, pareja o familiar. El agresor fue desconocido para la víctima en un 31,2% de los casos. Esta cifra de agresores desconocidos es mayor en los datos aportados por Echeburúa y Redondo (2010), situándose en torno al 50%.

A pesar de que el delito de agresión sexual apenas es denunciado en nuestro país (Instituto de la Mujer, 2008), el mayor porcentaje de las mujeres que realizaron el estudio denunció la agresión sufrida, la mayoría en las primeras 24 horas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de Roig (1996). No obstante, la explicación de este hecho puede deberse a que una de las formas de acceso al centro asistencial es mediante la derivación de la policía. En cuanto a las mujeres que no denunciaron, los principales motivos fueron pensar que no era útil o temer que no iban a ser creídas, motivos que son consistentes con otras investigaciones (Echeburúa y Corral, 2006; García *et al.*, 2004; García-Esteve *et al.*, 2009; Urra, 2007).

En cuanto a la *victimización secundaria*, se analizó el trato recibido tanto por la policía como por el médico forense; teniendo en cuenta que algunas mujeres no respondieron a estas preguntas debido a que no habían denunciado la agresión sexual (en total, 20 casos). Los resultados revelan que la mayoría de las mujeres sintieron que habían recibido un buen trato por parte de ambos profesionales. Sólo un

22,1% refirió un mal trato por parte de la policía y un 14,3% por parte del médico forense. Por otra parte, se analizaron dos tipos de conductas llevadas a cabo por los profesionales de los sistemas comunitarios: a) que éstos sugirieran a la víctima que su caso no era suficientemente serio, y b) que le sugirieran su responsabilidad en la agresión, culpándola de ésta. Campbell *et al.* (1999) relacionaron en su estudio estas conductas con una mayor sintomatología tras la agresión sexual. Los resultados muestran que el 23,4% de las mujeres en nuestro estudio informaron de que se les sugirió que su caso no era lo suficientemente serio, y en el 15,6% se les llegó a sugerir su responsabilidad en la agresión sufrida.

Según numerosos autores, algunas de las experiencias negativas que constituyen la victimización secundaria son precisamente un ambiente constituido principalmente por hombres, un interrogatorio inmediato y poco tacto a la hora de tomar la declaración en comisaría, esperas largas a la hora de recibir atención médica, única preocupación por la búsqueda de pruebas en el reconocimiento forense, falta de información en el proceso legal y cuestionamiento de la credibilidad del testimonio de la víctima (Albarrán, 2002b; Campbell, 2008; Campbell y Raja, 2005; Campbell *et al.*, 2009; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; García *et al.*, 2004; García-Pablos, 2003; Urra, 2007).

Dada la importancia de estas variables, se tuvieron en cuenta dos de estas experiencias negativas, la espera a la hora de recibir atención médica y el conocimiento del proceso judicial a seguir tras la denuncia. Con respecto al tiempo de espera, aproximadamente la mitad de las mujeres que contestaron consideró que fue mucho tiempo de espera y la otra mitad que no lo fue. De las mujeres que denunciaron la agresión sexual, un poco menos de la mitad (42,9%) no conocían el proceso judicial a seguir tras la denuncia, mientras que el 32,5% sí lo conocían ya que se lo habían explicado en algún recurso al que habían asistido (como la policía).

4.2. FACTORES PREDICTORES DE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA EN VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL.

La mayor o menor repercusión psicológica de una agresión sexual depende de una serie de factores que pueden agravar su impacto. Por este motivo, se planteó un segundo estudio para determinar la capacidad predictiva de los principales factores de vulnerabilidad que aparecen descritos en numerosos estudios. Estos factores se han organizado de acuerdo con la clasificación establecida por Echeburúa *et al.* (1995) en función del momento temporal en el que ejercen su efecto en las víctimas.

a) Factores anteriores a la agresión sexual

La *edad* de las víctimas no ha resultado ser predictora de sintomatología por lo que, en este caso, no se confirma la hipótesis planteada. No obstante, este resultado concuerda con otras investigaciones que no encuentran diferencias significativas en cuanto al efecto de las variables socio-demográficas y el estrés experimentado (Brewin *et al.*, 2000; Campbel *et al.*, 1999; Kilpatrick, 1992; Ullman, Filipas *et al.*, 2007).

Con respecto a las variables personales, los *trastornos psicológicos previos* sí resultan ser factores predictores de la depresión de acuerdo con otras investigaciones (Echeburúa, 2003; Frazier, 1991), por lo que se confirma la hipótesis planteada para esta variable. Sin embargo, en contra de los resultados obtenidos en algunos estudios (Kessler *et al.*, 1995; Molnar, 2001; Ozer *et al.*, 2008), la *historia psicopatológica familiar* no ha resultado ser una variable predictora, refutando la hipótesis inicial. Asimismo, el abuso de alcohol y/o drogas tampoco se mostró como factor predictor en el presente estudio.

Dentro del grupo de variables personales, una de las variables que más peso tiene en el desarrollo de sintomatología tras una agresión sexual según múltiples estudios es el *trauma previo* (Brewin *et al.*, 2000; Campbell *et al.*, 2009; Echeburúa y Redondo, 2010; Harb, 2006; Hedtke *et al.*, 2008; Hembree *et al.*, 2004; Jozkowski y

Sanders, 2012; Littleton *et al.*, 2012; Miner *et al.*, 2006; Najdowski y Ullman, 2009a; Ozer *et al.*, 2008; Ullman y Najdowski, 2009; Ullman *et al.*, 2009; Testa *et al.*, 2007).

Coincidiendo con estas investigaciones y confirmando la hipótesis del estudio, una de las categorías de la variable trauma previo, en concreto haber sufrido otra agresión sexual con anterioridad, ha resultado ser un factor predictor significativo de los síntomas del TEPT y de la depresión. Otras categorías como el abuso sexual o físico infantil, una agresión física, robo o malos tratos no fueron, sin embargo, predictoras. Estos resultados apoyan también el concepto de *acumulación* de violencia, según el cual no es determinante el tipo de violencia sufrida con anterioridad sino la existencia de violencia previa sin diferenciar el momento temporal en el que ésta se produce (Campbell *et al.*, 2009; Echeburúa y Redondo, 2010; Harb, 2006; Hedtke *et al.*, 2008; Jozkowski y Sanders, 2012; Littleton *et al.*, 2012; Najdowski y Ullman, 2009b; Nishith, Mechanic y Resick., 2000; Ullman y Najdowski, 2009).

En cuanto a los *rasgos de la personalidad*, apenas existen estudios que los relacionen con la sintomatología sufrida tras una agresión sexual, aunque sí con el TEPT (Alonso, 2007; Borja *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2009; Cox *et al.*, 2004; Enrique, 2004; Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Medina, 2001; Paris, 2002). En esta investigación han resultado ser factores predictores de sintomatología TEPT los rasgos de extraversión y neuroticismo. Por lo tanto, una baja extraversión y un elevado neuroticismo se han relacionado con el aumento de síntomas del TEPT en las víctimas. Estos resultados confirman la hipótesis de inicio y coinciden con los hallados en el estudio de Enrique (2004). Por otra parte, además de ser predictor del TEPT, la baja extraversión ha resultado ser predictora de la depresión, de la ansiedad y de la inadaptación en relación al tiempo libre.

Por último, de todos los *sucesos estresantes* ocurridos en el último año que se han incluido en el estudio, los problemas de salud han resultado ser predictores de la sintomatología del TEPT y de la depresión. A su vez, la existencia de problemas familiares predijeron la inadaptación en la vida familiar y la inadaptación general. Estos resultados confirman la hipótesis planteada específicamente para ambos

trastornos y son acordes a los hallados en estudios anteriores en los que la experimentación de sucesos estresantes en el último año pueden agravar las reacciones psicológicas experimentadas tras el trauma (Echeburúa y Corral, 2006; Esbec y Fedez-Sastrón, 2000; Lecic-Tosevski *et al.*, 2003; López, 2012; Paris, 2002).

b) Factores que intervienen durante la agresión sexual

Los resultados hallados en el estudio mostraron un poder predictivo relativamente escaso para estos factores en comparación con el resto, aunque confirmaron parcialmente las hipótesis planteadas. Hay que tener en cuenta que este grupo de variables resulta controvertido ya que se encuentran estudios con datos contradictorios. Hay autores que consideran que la severidad de la agresión, entendida como el tipo de delito, los medios de coacción empleados y el tipo de actividad sexual realizada, sí supone un factor predictor de sintomatología tras una agresión sexual (Brewin *et al.*, 2000; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa y Corral, 2006; Hembree *et al.*, 2004; López, 2012; Wyatt *et al.*, 1990), mientras que otros estudios no encuentran que dichas características sean significativas (Campbell *et al.*, 1999; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Kilpatrick, 1992; Koss *et al.*, 2002; Ullman, Filipas *et al.*, 2007).

En este estudio la *severidad de la agresión* no ha resultado ser predictora de una mayor sintomatología tras la agresión sexual, a excepción del empleo de arma blanca como medio de coacción que sí se ha mostrado como factor predictor de la depresión; así como también los actos de felación y penetración anal que han sido factores relacionados con una mayor inadaptación social en las víctimas.

Con respecto al *número de agresores*, al contrario que en otras investigaciones (Echeburúa y Corral, 2006; Galiana y De Marianas, 1996), no resultó ser predictor de mayor sintomatología, refutando la hipótesis inicial. El *estado alterado de la víctima* en el momento de la agresión sí ha resultado ser predictor en sentido negativo de la ansiedad tras la agresión sexual, confirmando la hipótesis de inicio específicamente

para la sintomatología de este trastorno, es decir, cuanto menos alterado se encuentre el estado de conciencia de la víctima, mayor ansiedad mostrará tras la agresión.

En estudios anteriores se ha relacionado el estado de conciencia de la víctima con diferente sintomatología. De acuerdo con Zinzow *et al.* (2010), las agresiones sexuales con implicación de fuerza física se asociaron tanto al TEPT como a la depresión, mientras que los abusos sexuales con implicación de alcohol o drogas, con la consiguiente alteración de la conciencia de la víctima, se asociaron sólo al TEPT. En otro estudio, tanto las agresiones sexuales con violencia como los abusos sexuales con implicación de drogas o alcohol, en los cuales estaba alterado el estado de conciencia, fueron relacionadas con el TEPT, la depresión y el abuso de sustancias (Zinzow *et al.*, 2011). Por otro lado, Littleton, Grills-Taquechel y Axsom (2009), relacionaron las víctimas que habían sido incapacitadas como resultado del consumo de alcohol con mayores sentimientos de culpa. Sin embargo, no había diferencias en cuanto a la sintomatología general con las víctimas de agresiones más violentas sin el uso de alcohol. A pesar de estas investigaciones, esta variable ha sido poco estudiada, por lo que es recomendable analizar sus efectos con mayor profundidad.

En relación con las *reacciones de la víctima* ante la agresión, éstas han resultado ser predictoras de una mayor sintomatología, confirmando así la hipótesis del estudio. Las reacciones de la víctima predictoras de una mayor sintomatología han sido iniciar una conversación con el agresor, que ha resultado ser un factor predictor en sentido negativo del TEPT y de la ansiedad, es decir, cuanto menor sea el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la sintomatología del TEPT y de ansiedad; así como suplicar y quedar paralizada que han sido factores predictores de la inadaptación a la vida de pareja. La reacción de la víctima consistente en iniciar una conversación con el agresor ha sido el factor con mayor capacidad predictiva de todas las características de la agresión. Este resultado se puede relacionar con el establecimiento del locus de control en el momento de la agresión, ya que el hecho de tratar de iniciar una conversación con el agresor puede considerarse como un intento de control de la situación y según algunos estudios (Esbec y Fernández-Sastrón,

2000; Regehr, Cadell y Jansen, 1999), las víctimas con un locus de control interno parecen mostrar menor sintomatología tras la agresión.

Con respecto a la *relación entre la víctima y el agresor*, numerosos estudios consideran que es un factor que influye en la severidad de la sintomatología tras la agresión sexual, aunque existen resultados contradictorios acerca de cómo se establece esta influencia (DeMaris y Kaukinen, 2005; Echeburúa y Corral, 2006; Feehan *et al.*, 2001; Gutner *et al.*, 2006; Temple *et al.*, 2007; Thornhill y Thornhill, 1990; Ullman, Filipas *et al.*, 2006; Urra, 2007). En la presente investigación, se ha confirmado la hipótesis inicial del estudio en cuanto a que si el agresor es desconocido, esto predice mayor depresión e inadaptación global, así como también la relación con el agresor allegado que ha sido predictora de una mayor inadaptación a la vida familiar. Estos resultados son coincidentes con los mostrados por otras investigaciones (DeMaris y Kaukinen, 2005; Hembree *et al.*, 2004; Temple *et al.*, 2007).

c) Factores posteriores a la agresión sexual

En relación con el *tiempo transcurrido desde la agresión sexual* hasta que la víctima acude al centro asistencial en busca de ayuda profesional, esta variable ha resultado ser predictora de la inadaptación en el área social y de tiempo libre. Es decir, cuanto menos tiempo ha transcurrido desde la agresión sexual hasta el momento de acudir al centro, las víctimas presentarían mayor desadaptación en el área social y de tiempo libre. Estos resultados son acordes con otros estudios que refieren que en el primer periodo crítico experimentado tras la violación, las víctimas manifiestan una importante desorganización en diferentes niveles. Tras este periodo, se suele dar una etapa de reorganización donde la mujer en algunos casos recupera su funcionamiento habitual (Echeburúa *et al.*, 1995).

Con respecto a las *creencias desadaptativas*, en concreto las creencias negativas sobre uno mismo, han resultado ser el factor predictor de sintomatología más importante de toda la investigación por su elevada capacidad predictiva. Estos

resultados, además de confirmar la hipótesis planteada, coinciden con otros estudios que detectan que las personas que realizan valoraciones negativas tras sufrir un trauma presentan un mayor impacto psicopatológico (Ali *et al.*, 2002; Belsher *et al.*, 2012; Chivers-Wilson, 2006; Dunlap, 2006; Ehlers y Clark, 2000; Fairbrother y Rachman, 2006).

En cuanto a la *culpa*, se ha refutado la hipótesis inicial, no resultando ser un factor predictor de vulnerabilidad lo que estaría en desacuerdo con la mayoría de los estudios (Boeschen *et al.*, 2001; Breitenbecher, 2006; Chivers-Wilson, 2006; Filipas y Ullman, 2006; Hassija, 2011; Najdowski y Ullman, 2009b; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman, Townsend *et al.*, 2007; Walsh y Bruce, 2011). Este resultado inesperado puede ser debido al propio instrumento de evaluación empleado, el RAQ, ya que sólo tiene en cuenta la conducta de culpa, no contemplando otras dimensiones de la culpa como la *caracterológica*. Precisamente, la culpa *caracterológica* se relaciona fundamentalmente con la autoestima e implica hacer atribuciones hacia recursos personales no modificables, estando asociada a la creencia acerca de merecer lo ocurrido por acciones pasadas. Por el contrario, la conducta de culpa se relaciona con el control e implica atribuciones sobre recursos controlables, la propia conducta, y se asocia con una creencia acerca de la posibilidad de evitar futuros sucesos desagradables. Numerosos estudios relacionan consistentemente la culpa *caracterológica* con las creencias desadaptativas, las cuales sí han resultado ser un potente factor predictor, siendo en ocasiones difícil diferenciar ambos conceptos (Breitenbecher, 2006; Kleim *et al.*, 2012; Koss *et al.*, 2002; Koss y Figueredo, 2004; Meiser-Stedman *et al.*, 2009).

El control presente o *control sobre la recuperación* ha resultado ser un factor predictor de protección, confirmando así la hipótesis del presente estudio. Son numerosos los estudios los que encuentran resultados similares sobre esta variable (Frazier, Keenan, *et al.*, 2011; Frazier *et al.*, 2005; Najdowski y Ullman, 2009b; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Walsh y Bruce, 2011). Asimismo, se esperaba encontrar que la *creencia en un control futuro* o la realización de conductas preventivas fuera un factor

predictor de mayor sintomatología de acuerdo con otras investigaciones (Frazier, Keenan, *et al.*, 2011; Walsh y Bruce, 2011). Esta hipótesis se ha confirmado dado que esta variable ha resultado ser predictora de mayor sintomatología de TEPT y de inadaptación en el área laboral, social y de tiempo libre.

En algunas investigaciones se ha relacionado la *creencia en una mayor probabilidad de sufrir una nueva agresión* con un peor ajuste psicológico tras el asalto (Frazier, 2003; Walsh y Bruce, 2011). Los resultados del presente estudio apoyan los resultados de estas investigaciones ya que resulta ser un factor predictor de la inadaptación en el área social y de tiempo libre.

Con respecto a las *estrategias de afrontamiento*, se encuentran resultados contradictorios en investigaciones anteriores, dificultando la comparación de los resultados de este estudio debido a los diferentes nombres asignados a las estrategias de afrontamiento y a los diversos instrumentos de evaluación empleados. Algunos autores que han utilizado en su estudio el Brief COPE (COPE-28), el mismo instrumento de medida que en la presente investigación, engloban como estrategias de afrontamiento de evitación las estrategias de autodistracción, negación, desconexión conductual y uso de sustancias, las cuales se relacionan con un peor ajuste tras la agresión (Najdowski y Ullman, 2009b, 2011; Starzynski *et al.*, 2005; Ullman y Najdowski, 2009; Ullman, Townsend, Starzynski y Long, 2006; Ullman, Townsend *et al.*, 2007). (Son diferentes grupos de autores)

Los resultados obtenidos en la presente investigación han confirmado parcialmente la hipótesis de partida y muestran como factores predictores de mayor sintomatología las siguientes estrategias de afrontamiento: planificación (predictor de sintomatología TEPT e inadaptación a la vida laboral); apoyo social instrumental (predictor de sintomatología TEPT); negación (predictor de inadaptación a la vida social); desahogo (predictor de inadaptación a la vida familiar; y uso de sustancias (factor predictor de sintomatología TEPT). Por otro lado, han resultado ser factores predictores de un mejor ajuste psicológico las siguientes estrategias de afrontamiento: aceptación (factor predictor de menor sintomatología TEPT); humor (factor predictor

de menor inadaptación social); y autodistracción (factor predictor de menor depresión y ansiedad).

De acuerdo con anteriores estudios (Najdowski y Ullman, 2009b, 2011; Starzynski *et al.*, 2005; Ullman y Najdowski, 2009; Ullman, Townsend *et al.*, 2006; Ullman, Townsend *et al.*, 2007), las estrategias de aceptación y humor han resultado ser predictores de un mejor ajuste y las estrategias de negación y uso de sustancias se han relacionado con un peor ajuste tras la agresión. La estrategia de desahogo se ha relacionado en la presente investigación con una peor inadaptación a la vida familiar y esto puede ser debido a que esta estrategia implica la tendencia a expresar y descargar las emociones negativas acerca del suceso (Morán *et al.*, 2010), lo cual puede afectar al clima familiar. En cuanto a la estrategia de apoyo social instrumental, al contrario que en otros estudios, se ha relacionado con una mayor sintomatología tras la agresión. Borja *et al.* (2009) explican este fenómeno y describen cómo el apoyo recibido puede ser bien intencionado pero no corresponderse con el que necesita la víctima en ese momento, lo cual podría suponer un estresor para la víctima.

En relación con la estrategia de planificación, ésta se ha mostrado como factor predictor de mayor sintomatología. Esta estrategia consiste en pensar acerca de cómo afrontar el estresor y planificar estrategias de acción (Morán *et al.*, 2010). Se trata de una estrategia adaptativa orientada al problema. Sin embargo, algunos autores sugieren que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son más efectivas que las centradas en el problema en el caso de eventos no controlables como son las agresiones sexuales (Riulli y Savicki, 2010).

También ha resultado ser factor predictor de menor depresión y ansiedad la estrategia de autodistracción, que se define como el intento de concentrarse en otros proyectos tratando de distraerse con otras actividades para no concentrarse en el estresor (Morán *et al.*, 2010). Estos resultados pondrían de manifiesto el efecto de la evitación cognitiva a corto plazo, aunque sería conveniente valorar este efecto a largo plazo ya que según diversos estudios sería un buen predictor de peor ajuste

(Najdowski y Ullman, 2009b, 2011; Starzynski *et al.*, 2005; Ullman, Townsend *et al.*, 2007).

En cuanto al *apoyo social*, numerosos estudios refieren que el impacto psicopatológico y disfuncional de una agresión sexual a corto y a largo plazo son menores cuando la víctima presenta un buen apoyo social (Alonso, 2007; Amor *et al.*, 2002; Belsher *et al.*, 2012; Brewin *et al.*, 2000; Bryant-Davis *et al.*, 2011 ; Campbell *et al.*, 2009; Chivers-Wilson, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Filipas y Ullman, 2001; Frazier, Gavian, *et al.*, 2011; Harb, 2006; López, 2012; Ozer *et al.*, 2008; Paris, 2002; Ullman y Najdowski, 2009). Sin embargo, en la presente investigación la existencia de apoyo social no ha resultado ser un factor predictor. Por el contrario, la variable de satisfacción con el apoyo social sí ha resultado ser un importante factor predictor, resultado que coincide con los de Ozer *et al.* (2008), que refieren que parece ser mejor predictor de menor sintomatología postraumática la percepción satisfactoria del apoyo social que la mera existencia de dicho apoyo.

En este caso en concreto se confirma parcialmente la hipótesis planteada, ya que la satisfacción con el apoyo social ha resultado ser factor predictor pero únicamente en relación con la inadaptación en las áreas de tiempo libre y familiar. No obstante, hay que tener en cuenta que son numerosos los estudios que hacen referencia a que las reacciones negativas del entorno parecen ser una variable más importante y con mayor peso que el apoyo social a la hora de predecir una mayor severidad de sintomatología postraumática (Allred, 2007; Andrews *et al.*, 2003; Belsher *et al.*, 2012; Borja *et al.*, 2006; Campbell *et al.*, 2009; Jacques-Tiura *et al.*, 2010; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas *et al.*, 2007).

Finalmente, y de acuerdo con otros estudios (Frazier, Gavian, *et al.*, 2011; Ullman, Filipas *et al.*, 2007), se confirma la hipótesis general del estudio, ya que los factores posteriores a la agresión han resultado ser los factores de vulnerabilidad con mayor capacidad predictiva de sintomatología psicopatológica e inadaptación tras sufrir una agresión sexual en comparación con aquellos otros factores que se producen antes o durante el suceso traumático.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

5.1. CONCLUSIONES

Esta investigación surge de la necesidad de describir las características de las mujeres víctimas de agresión sexual en la Comunidad de Madrid y de analizar las consecuencias psicopatológicas que se desencadenan tras ese suceso traumático. Para ello, se analizó un amplio conjunto de factores que influyen en el mayor o menor impacto psicopatológico en función del momento en el que ejercen su influencia.

En relación al estudio descriptivo realizado en esta investigación, se describen a continuación las principales conclusiones.

En relación a las *características sociodemográficas*:

- El grupo de edad más frecuente de las víctimas de agresión sexual ha sido el de 18 a 30 años, seguido del grupo de 31 a 40 años.
- La mayoría de las mujeres estaban solteras en el momento de la evaluación y eran españolas, seguidas de un pequeño grupo de mujeres sudamericanas.
- En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de las víctimas tenían estudios secundarios o universitarios; observándose, por tanto, un aumento de mujeres con estudios superiores en relación con estudios anteriores.
- En torno a la mitad de las víctimas se encontraban en situación laboral activa, mientras que la otra mitad se divide entre mujeres que estaban en situación de paro y en otras situaciones como las de estudiante o de baja laboral.

En relación a las *características de la agresión sexual*:

- El delito con una mayor prevalencia en la muestra fue la agresión sexual con violación, siendo en la mayoría de los casos cometida por un único agresor.

- Los actos cometidos durante la agresión sexual que mostraron una mayor prevalencia fueron los tocamientos y la penetración vaginal. De forma minoritaria, se dieron actos tales como penetración anal, masturbación, felación y otros. Únicamente nueve mujeres llegaron a presentar lesiones físicas.

- Estos actos cometidos durante la agresión no son excluyentes entre sí y pueden darse de forma combinada, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se han producido de forma aislada. No obstante, las combinaciones más frecuentes fueron los tocamientos más la penetración vaginal, seguidos de esta combinación más penetración anal.

- Los medios de coacción más frecuentes empleados por el agresor para llevar a cabo la agresión fueron los engaños (p.ej., mujeres que fueron citadas a una entrevista de trabajo ficticia o a las que se les solicitó previamente ser acompañadas), seguidos de las amenazas y los golpes y de forma minoritaria aparecieron vejaciones, uso de arma blanca, abuso de autoridad y regalos. Finalmente, no hubo casos de empleo de armas de fuego.

- Con respecto al estado de la víctima en el momento de la agresión, el mayor número de mujeres se encontraban conscientes, aunque un tercio de las mujeres estaban drogadas, embriagadas o fueron atacadas en estado inconsciente.

- Las reacciones principales que mostraron las víctimas ante la agresión fueron quedar paralizada, defenderse o forcejear, seguidas de intentar convencer al agresor para que desistiera de su intento y gritar.

- En la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima, siendo desconocido en un tercio de los casos aproximadamente.

- El mayor porcentaje de las mujeres que realizaron el estudio denunció la agresión sufrida, la mayoría durante las primeras 24 horas. En cuanto a las mujeres que no denunciaron, los principales motivos para no denunciar la agresión fueron pensar que no era útil o temer que no iban a ser creídas.

En relación a las variables de *victimización secundaria*:

- La mayoría de las mujeres que habían denunciado la agresión sintieron que habían recibido un buen trato por parte de la policía y el médico forense. Únicamente un grupo reducido de mujeres percibieron que se les sugirió que su caso no era suficientemente serio o que tenían responsabilidad en la agresión.
- Con respecto al tiempo de espera, aproximadamente la mitad de las mujeres que contestaron, consideraron que fue mucho.
- De las mujeres que denunciaron la agresión sexual, un poco más de la mitad no conocían el proceso judicial a seguir tras la denuncia, mientras que el resto sí lo conocían ya que se lo habían explicado en algún recurso al que habían asistido previamente (como la policía).

En relación con *los factores que mayor valor predictivo* han presentado con respecto a la mayor sintomatología sufrida tras la agresión sexual, se destacan las siguientes conclusiones:

- En relación con las variables *anteriores a la agresión*, las variables con mayor peso predictivo fueron presentar antecedentes de trastornos psicológicos previos y haber sufrido otra agresión sexual. Como rasgos de personalidad, destacaron la baja extraversión y el elevado neuroticismo. Todas estas variables predijeron una mayor sintomatología postraumática y depresiva en las víctimas analizadas. También resultaron predictores haber tenido en el último año problemas de salud, que estuvieron asociados a una mayor presencia de sintomatología del TEPT y depresión y, en menor medida, la presencia de problemas familiares que fueron predictores de una mayor inadaptación familiar.
- En relación con las variables que intervienen *durante la agresión*, han resultado ser predictoras, aunque con un peso relativo mucho menor en comparación al resto de factores temporales, el empleo de arma blanca como medio de coacción (que estuvo asociado a una mayor sintomatología depresiva), y como actos cometidos

en la agresión la felación y la mayor presencia de penetración anal, que predijeron mayor inadaptación social. Presentar un estado no alterado de conciencia durante el suceso estuvo asociado a una mayor ansiedad tras la agresión, mientras que no intentar iniciar una conversación con el agresor lo estuvo con mayor presencia de sintomatología del TEPT y ansiedad. Por otra parte, suplicar o quedar paralizada predijo una mayor inadaptación en la pareja, y que el agresor fuera allegado mayor inadaptación en el ámbito familiar.

- En relación con las variables *posteriores a la agresión*, que fueron las que presentaron mayor peso predictivo de todos los factores de vulnerabilidad, destacaron el menor tiempo transcurrido desde la agresión sexual, que predijo una mayor inadaptación social en las víctimas. Las elevadas creencias desadaptativas sobre uno mismo (siendo ésta la variable con mayor valor predictivo de todas) estuvieron fuertemente asociadas a una mayor sintomatología del TEPT, depresión e inadaptación general; así como también presentar creencias en un control futuro (sobre la realización de conductas preventivas) y creencias sobre una mayor probabilidad percibida de volver a sufrir una nueva agresión. Como estrategias de afrontamiento, destacaron por su capacidad predictiva la planificación, el apoyo social instrumental, la negación, el desahogo y el uso de sustancias que predijeron mayor presencia de sintomatología del TEPT e inadaptación general, social y laboral.

- Finalmente, en cuanto a los factores posteriores a la agresión sexual que resultaron tener una *función de protección* en las víctimas al estar relacionados con menor sintomatología postraumática del TEPT e inadaptación, destacaron el control sobre la recuperación y las estrategias de afrontamiento de aceptación y autodistracción. Finalmente, también resultó significativo como factor de protección la satisfacción con el apoyo social recibido, que se relacionó con una menor presencia de inadaptación familiar tras la agresión sexual sufrida en las víctimas.

5.2. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Por un lado, podríamos considerar que los resultados obtenidos en el presente trabajo son relevantes en cuanto a que es la primera vez que se recogen en una sola investigación numerosas variables implicadas en el impacto psicopatológico tras sufrir una agresión sexual en función de los distintos momentos temporales en los que ejercen su influencia.

Por otro, un mayor grado de conocimiento de las características sociodemográficas y de la agresión y de los factores predictivos del impacto psicológico en víctimas de agresión sexual, puede repercutir de forma importante en el ámbito de la prevención. Por tanto, esta debería estar dirigida no sólo a prevenir determinadas conductas de riesgo, que sin restarle importancia a veces no consiguen evitar la aparición de un suceso tan poco controlable, sino a reducir o controlar dichos factores, incorporando los resultados obtenidos a los programas preventivos dirigidos a la población de mayor riesgo.

Durante muchos años las consecuencias sobre la salud de la mujer han sido olvidadas al haber prevalecido una visión mayoritariamente jurídica de las agresiones sexuales. Sin embargo, la agresión a la mujer es algo más que un delito y su solución no solo pasa por la condena del agresor y por la reparación del daño causado en la mujer víctima de la misma. La verdadera solución va de la mano de la prevención (Lorente y Toquero, 2004). Así, las acciones preventivas se deben llevar a cabo en todos los estratos de la sociedad y trabajar en los tres niveles de prevención, primaria, secundaria y terciaria (UNFPA, 2008).

En este sentido, la *prevención primaria* tiene por objeto reducir la aparición de nuevos casos de violencia sexual centrándose en la enseñanza y difusión de las características principales de la violencia sexual, cómo evitarla y qué medidas tomar ante determinadas situaciones.

Sin embargo, este nivel de prevención también se podría encaminar a detectar, prevenir y reducir algunos de los factores de vulnerabilidad predictores de una mayor

sintomatología tras la agresión sexual, antes de que ésta ocurra. A pesar de que muchos de estos factores de vulnerabilidad no se pueden modificar, los resultados obtenidos en este estudio, ponen de relieve que son los factores cognitivos desencadenados a partir del trauma los que más peso tienen en el desarrollo de la sintomatología y, por tanto, dada su naturaleza modificable, se deberían de tener en cuenta en el proceso de recuperación. En concreto, el factor con mayor capacidad predictiva han sido “las creencias desadaptativas sobre uno mismo”. Estas creencias de inadecuación personal relacionadas con la agresión sexual pueden verse influenciadas por las falsas creencias o *mitos* que a su vez existen en la sociedad acerca de las agresiones sexuales. En el origen de estas falsas creencias se puede encontrar la creencia personal de ser invulnerable, es decir, percibir que el entorno es agradable, que todo se encuentra en orden, reforzándose con el planteamiento de que algunos hechos desagradables sólo suceden a determinado tipo de personas (Delgado, 1994). Sería conveniente en futuras investigaciones ahondar más en la relación entre estas creencias desadaptativas y los mitos que se encuentran en nuestra sociedad. A pesar del cambio social experimentado, todavía persisten tales mitos, por lo que uno de los objetivos principales de la prevención debería ser detectar y cambiar aquellas creencias sociales que aprueban y justifican la violencia sexual.

A así, hay que destacar que los resultados obtenidos en la presente investigación serían de utilidad no solo para informar a la sociedad sobre cuales son las características principales y como ocurren las agresiones sexuales actualmente, sino también para rebatir, con datos concretos, las creencias erróneas que existen acerca de estos delitos. Por ejemplo, con respecto a la víctima, existe la creencia de que las agresiones sexuales las sufren personas de bajo nivel económico o cultural y, sin embargo, en la muestra analizada la mayoría de las mujeres tenían estudios secundarios o universitarios. Con respecto al agresor, la creencia de éstos son desconocidos para las víctimas, ya que los resultados muestran que en la mayoría de los casos el agresor se encontraba dentro del entorno de la víctima. Otro mito afirma

que la mayoría de las agresiones sexuales son violentas o causan lesiones físicas, comprobando en los resultados el pequeño porcentaje de lesiones físicas que se dieron en la muestra o el uso de armas, siendo el engaño el método de coacción más utilizado, sin olvidar el que aprovechan o provocan un estado alterado de conciencia de las víctimas para perpetrar la violación.

En cuanto a la *prevención secundaria*, cuya finalidad es detectar a las víctimas vulnerables que ya han sufrido una agresión sexual para desarrollar sobre ellas programas específicos de intervención terapéutica y de apoyo social (Echeburúa y Corral, 2006), sería importante que esta intervención se realizara cuanto antes para evitar el desarrollo y afianzamiento de la sintomatología a largo plazo.

De cara al proceso terapéutico sería especialmente importante evaluar la vulnerabilidad de las víctimas con el objetivo de aumentar la homogeneidad de los grupos de tratamiento, diferenciando entre aquellos que presenten mayor o menor riesgo de desarrollar una sintomatología más severa y proporcionando una intervención más individualizada tanto a corto como a largo plazo. Dicho conocimiento ayudaría a la planificación de la intervención, haciendo énfasis en las variables que han mostrado mayor poder predictivo en el desarrollo del cuadro clínico (ej. creencias desadaptativas, estrategias de afrontamiento) y eligiendo las técnicas apropiadas para su tratamiento. Es importante también mencionar la importancia de intervenir en el desarrollo de los factores protectores, como por ejemplo el que pone de manifiesto la presente investigación “el control presente”, que es uno de los factores posteriores a la agresión con más fuerza predictiva el sobre el proceso de recuperación y que puede ser reforzado en terapia tratando de conseguir un mayor empoderamiento de la mujer victimizada.

Asimismo, y dado que “la satisfacción con el apoyo social” se ha mostrado como factor predictor de un mejor ajuste, sería conveniente implicar a la familia o a aquellas personas allegadas a la víctima en el proceso terapéutico con el fin de

trabajar como ofrecer ese apoyo para que sea percibido como positivo y actúe amortiguando el impacto provocado por la agresión sexual.

En cuanto a la *prevención terciaria* que trata de evitar la repetición de la violencia sexual o la revictimización, sería de especial interés ofrecer servicios de calidad para tratar adecuadamente a las víctimas y a sus familias. En este sentido, especial mención requieren los programas de prevención dirigidos a los profesionales de los sistemas comunitarios (sanitarios, policiales y judiciales) que intervienen con mujeres víctimas de violencia sexual.

A pesar de los cambios producidos en la sociedad, sigue siendo necesario revisar todos los sistemas comunitarios para tratar de mejorar la atención y el trato administrado a las víctimas para reducir así la victimización secundaria. Esta sensibilización va induciendo un cambio lentamente en las actitudes y modos en que la policía, los tribunales y las instituciones tratan a las víctimas, como se puede observar en los resultados obtenidos en la presente investigación que muestran que aquellas mujeres que denunciaron su caso afirman haber recibido un buen trato por parte de la policía y del médico forense. Sin embargo, entre un 14% y un 22% de los casos, refieren haber recibido un mal trato por parte de estos profesionales y a pesar de ser un grupo reducido, continúa siendo una cifra preocupante, poniendo de manifiesto la necesidad de seguir dirigiendo nuestros esfuerzos a reducir la victimización secundaria.

Finalmente, sería conveniente destacar que los resultados obtenidos en esta investigación son relevantes no sólo para los ámbitos de la prevención y el tratamiento sino también de cara a la valoración forense del daño psicológico y emocional en este tipo de víctimas. Así, analizar el impacto psicopatológico de una agresión sexual, conjuntamente con la presencia de factores de vulnerabilidad como son las creencias desadaptativas, los estilos de afrontamiento y/o los recursos socio-familiares de la víctima, redundaría en un claro beneficio del diagnóstico clínico-sanitario y de la valoración pericial forense.

REFERENCIAS

- Abrahams, N., Devries, K., Watts, C., Pallitto, C., Petzold, M., Shamu, S. y García-Moreno, C. (2014). *Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review*. Ginebra: World Health Organization.
- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. y Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: Examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 541-563.
- Albarrán, A. J. (2002a). La violencia familiar y la agresión sexual como objeto de la pericia psicológica. En J. Urra Portillo (comp.). *Tratado de psicología forense* (pp. 461-476). Madrid: Siglo Veintiuno de España editores.
- Albarrán, A. J. (2002b). Psicología forense y victimología. En J. Urra Portillo (coomp). *Tratado de psicología forense* (pp. 327-364). Madrid: Siglo Veintiuno de España editores.
- Alberdi, I. (2005). Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres. En I. Alberdi y L. Rojas. *Violencia: tolerancia cero* (pp. 9-89). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Ali, T., Dunmore, E., Clark, D. y Ehlers, A. (2002). The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 249-257.
- Allred, S. K. (2007). Multiple levels of influence on the sexual assault victim: Examining the relationship of sexist beliefs, social reactions, and self-blame on recovery. *Dissertation Abstracts International*, 68, 6949. (UMI N°. 3285589).
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: Validación empírica de un programa de tratamiento*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, España.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias de maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Amstadter, A. B., McCauley, J. L., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S. y Kilpatrick, D. G. (2011). Self-rated health in relation to rape and mental health disorders in a national sample of women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 202-210.
- Amstadter, A. B., Zinzow, H. M., McCauley, J. L., Strachan, M., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S. (2010). Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 900-902.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S. y Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- Antona, A. y Madrid, J. (2007). Adolescencia, inmigración y violencia sexual. En J. A. Díaz, J. Soriano, M. Ruiz y J. Aguayo (dirs.). *Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia* (pp. 95-104). España: Sociedad de Pediatría Social.
- Aparicio, A. y Muñoz, T. (2007). *Después del silencio. Cómo sobrevivir a una agresión sexual*. Barcelona: Paidós.
- Arellano, C. M., Kuhn, J. A. y Chavez, E. L. (1997). Psychosocial correlates of sexual assault among Mexican American and white non-Hispanic adolescent females. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 19, 446-460.
- Bados, A. (2009). *Trastorno por estrés postraumático*. Universidad de Barcelona.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.R. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Belsher, B. E., Ruzek, J. I., Bongar, B. y Cordova, M. J. (2012). Social constraints, posttraumatic cognitions, and posttraumatic stress disorder in treatment-seeking trauma survivors: Evidence for a social-cognitive processing model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 386-391.

- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, E., González, M. P. *et al.* (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-218.
- Boletín Oficial del Estado (2009). *Ley de violencia de género*. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Boesch, L. E., Koss, M. P., Figueredo, A. J. y Coan, J. A. (2001). Experiential avoidance and posttraumatic stress disorder: A cognitive mediational model of rape recovery. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 4, 211-245.
- Borja, S. E., Callahan, J. L. y Long, P. J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 905-14.
- Borja, S., Callahan, J. y Rambo, P. (2009). Understanding negative outcomes following traumatic exposure: The roles of neuroticism and social support. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 1, 118-129.
- Breitenbecher, K. H. (2006). The relationships among self-blame, psychological distress, and sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 597-611.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bryant, R. y Guthrie, R. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 812-815.
- Bryant-Davis, T., Ullman, S. E., Tsong, Y. y Gobin, R. (2011). Surviving the storm: The role of social support and religious coping in sexual assault recovery of african american women. *Violence Against Women*, 17, 1601-1618.
- Byrne, C. A., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Best, C. L. y Saunders, B. E. (1999). The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 362-366.
- Calhoun, K. S. y Atkeson, B. M. (1991). *Treatment of rape victims. Facilitating psychosocial adjustment*. Oxford: Pergamon Press.
- Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Psychologist*, 63, 702-717.
- Campbell, R., Dworkin, E. y Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence y Abuse*, 10, 225-246.
- Campbell, R., Greeson, M. R., Bybee, D. y Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 194-207.
- Campbell, R. y Raja, S. (2005). The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experiences in military and civilian social systems. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 97-106.
- Campbell, R., Seft, T. y Ahrens, C. E. (2003). The physical health consequences of rape: Assessing survivors' somatic symptoms in a racially diverse population. *Women's Studies Quarterly*, 31, 90-104.
- Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H. E., Ahrens, C. E., Wasco, S. M. y Zaragoza-Diesfeld, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 847-858.
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T. y Barnes, H. E. (2001). Preventing the "second rape": Rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1239-1259.
- Carrasco, J. J. y Maza, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Cheasty, M., Clare, A. y Collins, C. (2002). Child sexual abuse: A predictor of persistent depression in adult rape and sexual assault victims. *Journal of Mental Health*, 11, 79-84.
- Chivers-Wilson, K. (2006). Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatment. *McGill Journal of Medicine*, 9, 111-118.
- Cloutier, S., Martin, S. L. y Poole, C. (2002). Sexual assault among North Carolina women: Prevalence and health risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979), 56, 265-271.
- Código Penal (34ª ed.) (2011). Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Connor-Smith, J. y Flachsbar, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.

- Corral, P., Echeburúa, E. y Amor, P. J. (1997). Consecuencias psicológicas en las víctimas adultas de agresiones sexuales. En M. Lameiras y A. López (dirs.). *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 215-234). Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones.
- Costa, P. y McCrae, R. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores. Manual profesional*. Madrid: TEA ediciones.
- Cox, B. J., MacPheson, P. S., Enns, M. W. y McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and selfcriticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 105-114.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Darves-Bornoz, J., Lépine, J., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A. y Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13, 281-287.
- Davidson, J., Book, S., Colket, J., Tupler, L., Roth, S., David, D. et al. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychol Med*, 27, 153-160.
- Delgado, S. (1994). Aspectos psiquiátricos de la violación: lesiones psíquicas en víctimas de violación. En S. Delgado (dir.), E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González (coords.). *Psiquiatría legal y forense vol. 2* (pp. 89-114). Madrid: Colex.
- DeMaris, A. y Kaukinen, C. (2005). Violent victimization and women's mental and physical health: Evidence from a national sample. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 42, 384-411.
- Díaz-Aguado, M. J. y Martínez-Arias, R. (2002). *Estudio sobre las medidas adoptadas, por los Estados Miembros de la Unión Europea, para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Dunlap, H. (2006). Trauma-related beliefs and posttraumatic stress among sexual assault survivors. *Dissertation Abstracts International*, 66, 5679. (UMI Nº. 07562).
- Dunmore, E., Clark, D. y Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder after physical or sexual assault. *Behaviour Research*
- Echeburúa, E. (2003). *El estrés postraumático en las víctimas. Factores predictivos del trastorno por estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales*. Recuperado el 3 de abril de 2009, desde http://www.webzinemaker.com/admi/m2/page.php3?num_web=11235&rubr=4&id=72033
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2008). *Impacto psicológico en víctimas de delitos violentos*. Comunicación presentada en la III Jornada de mediación penal juvenil, Barcelona, España. Recuperado el 9 de abril de 2009, desde http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIU/MediadorsJJ_121208_echeburua.pdf
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Corral, P. (2006). Asistencia psicológica postraumática. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (dirs.). *Manual de victimología* (pp. 285-306). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos de victimación. Agresiones sexuales contra mujeres. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (dirs.). *Manual de victimología* (pp. 149-163). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-224.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es en femenino y agresor masculino?. La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ellis, E. M., Atkeson, B. M. y Calhoun, K. S. (1981). An assessment of long-term reaction to rape. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 263-266.
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: Una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria*, 21, 213-246.

- Esbec, E. (1994). Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En S. Delgado (dir.), E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González (coords.). *Psiquiatría legal y forense vol. 2* (pp. 89-114). Madrid: Colex.
- Esbec, E. y Fernández-Sastrón, O. (2000). Aspectos psicopatológicos de la agresión sexual: Antecedentes y una revisión sobre las nuevas líneas de investigación. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1, 35-57.
- Fairbrother, N. y Rachman, S. (2004). Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 173-189.
- Fairbrother, N. y Rachman, S. (2006). PTSD in victims of sexual assault: Test of a major component of the Ehlers-Clark theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 74-93.
- Feehan, M., Nada-Raja, S., Martin, J. A. y Langley, J. D. (2001). The prevalence and correlates of psychological distress following physical and sexual assault in a young adult cohort. *Violence and Victims*, 16, 49-63.
- Filipas, H. H. y Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, PTSD, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672.
- Foa, E., Ehler, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (2008). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud*. Bogotá: Convenio Secretaría Distrital de Salud.
- Frazier, P. A. (1991). Self-blame as a mediator of posttraumatic depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 47-57.
- Frazier, P. (2003). Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1257-1269.
- Frazier, P., Gavian, M., Hirai, R., Park, C., Tennen, H., Tomich, P. et al. (2011). Prospective predictors of posttraumatic stress disorder symptoms: Direct and mediated relations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 27-36.
- Frazier, P., Keenan, N., Anders, S., Perera, S., Shallcross, S. y Hintz, S. (2011). Perceived past, present, and future control and adjustment to stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 749-765.
- Frazier, P., Mortensen, H. y Steward J. (2005). Coping strategies as mediators of the relations among perceived control and distress in sexual assault survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 267-278.
- Galiana, S. y De Marianas, H. (1996). Estudio psicológico de las víctimas. En E. Roig, S. Galiana y H. De Marianas. *Estudios sobre las agresiones sexuales* (pp. 205-227). Madrid: Servicio de Publicaciones Decanato de los Juzgados.
- García, C., Olivares, C., San Vicente, M. y Jaime, M. (2004). *Guía de atención integral a mujeres víctimas de delitos contra la libertad sexual*. Madrid: Asociación de Mujeres Juristas Themis.
- García-Esteve, L., Navarro, P., Imaz, M. L. y Salanova, C. (2009). *Guía de autoayuda para mujeres víctimas de una agresión sexual reciente. Camino hacia la recuperación*. Barcelona: Clínic. Recuperado el día 3 de noviembre del 2012, desde <http://www.hospitalclinic.org/Portals/0/hospital%20clinnic/corporaci%C3%B3n/20090512guiaagresionessexuales.pdf>
- García-Pablos, A. (2003). *Tratado de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gibson, L. E. y Leitenberg, H. (2001). The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1343-1361.
- Golding, J. M., Cooper, M. L. y George, L. K. (1997). Sexual assault history and health perceptions: Seven general population studies. *Health Psychology*, 16, 417-425.
- Gutner, C. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M. y Resick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 813-823.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M. y Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 419-431.
- Harb, G. C. (2006). Acute posttraumatic stress in sexual assault survivors: Factors predicting acute posttraumatic symptomatology. *Dissertation Abstracts International*, 67, 5403. (UMI N°. 3233434).
- Hassija, C. M. (2011). An examination of self-blame among victims of sexual assault. *Dissertation abstracts International*, 72, 7685. (UMI N°. 3473817).

- Hedtke, K. A., Ruggiero, K. J., Fitzgerald, M. M., Zinzow, H. M., Saunders, B. E., Resnick, H. S. *et al.* (2008). A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 633-647.
- Hembree, E. A., Street, G. P., Riggs, D. S. y Foa, E. B. (2004). Do assault-related variables predict response to cognitive behavioral treatment for PTSD?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 531-534.
- Instituto Andaluz de la Mujer (2000). *Violencia contra las mujeres*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (2008). *Las mujeres en cifras 1983-2008*. Madrid: Autor.
- Jacques-Tiura, A., Tkatch, R., Abbey, A. y Wegner, R. (2010). Disclosure of sexual assault: Characteristics and implications for posttraumatic stress symptoms among african american and caucasian survivors. *Journal of Trauma and Dissociation, 11*, 174-192.
- Jozkowski, K. N. y Sanders, S. A. (2012). Health and sexual outcomes of women who have experienced forced or coercive sex. *Women and Health, 52*, 101-118.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G. (1992). Etiología y factores predictivos del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. En E. Echeburúa (ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 117-144). Madrid: Pirámide.
- Kleim, B. y Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 231-242.
- Kleim, B., Ehlers, A. y Glucksman, E. (2007). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological Medicine, 37*, 1457-1467.
- Kleim, B., Ehlers, A. y Glucksman, E. (2012). Investigating cognitive pathways to psychopathology: Predicting depression and posttraumatic stress disorder from early responses after assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 527-537.
- Koss, M. P. y Figueredo, A. J. (2004). Change in cognitive mediators of rape's impact on psychosocial health across 2 years of recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1063-1072.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J. y Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical, and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 926-941.
- Koss, M. P., Woodruff, W. J. y Koss, P. G. (1991). Criminal victimization among primary care medical patients: Prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Sciences and the Law, 9*, 85-96.
- Kumpula, M. J., Orcutt, H. K., Bardeen, J. R. y Varkovitzky, R. L. (2011). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as prospective predictors of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 617-627.
- Labrador, F., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Lancaster, S. L., Melka, S. E. y Rodriguez, B. F. (2011). Emotional predictors of PTSD symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*, 313-317.
- Lecic-Tosevski, D., Gavrilovic, J., Knezevic, G. y Priebe, S. (2003). Personality factors and posttraumatic stress: Associations in civilians one year after air attacks. *Journal of Personality Disorders, 17*, 537-549.
- Leiner, A. S., Kearns, M. C., Jackson, J. L., Astin, M. C. y Rothbaum, B. O. (2012). Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 317-321.
- Littleton, H. L. (2007). An evaluation of the coping patterns of rape victims. *Violence Against Women, 13*, 789-801.
- Littleton, H. y Breitkopf, C. R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly, 30*, 106-116.
- Littleton, H. L. y Grills-Taquechel, A. (2011). Evaluation of an information-processing model following sexual assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*, 421-429.
- Littleton, H., Grills-Taquechel, A. y Axsom, D. (2009). Impaired and incapacitated rape victims: Assault characteristics and post-assault experiences. *Violence and Victims, 24*, 439-457.
- Littleton, H. L., Grills-Taquechel, A., Axsom, D., Bye, K. y Buck, K. S. (2012). Prior sexual trauma and adjustment following the Virginia tech campus shootings: Examination of the mediating role of schemas and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 578-586.

- Littleton, H., Horsley, S., John, S. y Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 977-988.
- López, E. (2012). Agresión sexual. En T. Pacheco, E. Garrosa, E. López y J. I. Robles. *Atención psicosocial en emergencias* (pp. 99-126). Madrid: Síntesis.
- Lorente, M. y Toquero, F. (2004). *Guía de buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género*. Madrid: Internacional Marketing and Communications, S.A.
- Luscher, K. A. (2001). Attention and memory functioning in victims of sexual assault. *Dissertation Abstracts International, 62*, 4225. (UMI Nº. 3025342).
- Luterek, J. A., Bittinger, J. N. y Simpson, T. L. (2011). Posttraumatic sequelae associated with military sexual trauma in female veterans enrolled in VA outpatient mental health clinics. *Journal of Trauma and Dissociation, 12*, 261-274.
- Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona: Ariel.
- Masho, S. y Ahmed, G. (2007). Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: Prevalence, correlates and implications for prevention. *Journal of Women's Health, 16*, 262-271.
- Medina, J. L. (2001). *El trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. Evaluación clínica, psicofisiológica y pericial*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W. y Smith, P. A. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 778-787.
- Mestre, M. V., Tur, A. M. y Semper, P. (2008). *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijas e hijas*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Miner, M. H., Klotz-Flitter, J., M. y Robinson, B. E. (2006). Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 503-524.
- Molnar, A. E. (2001). The effect of college women's binge eating and sexual assault on anxiety and social dysfunction. *Dissertation Abstracts International, 61*, 6714. (UMI Nº. 9988374).
- Najdowski, C. J. y Ullman, S. E. (2009a). Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addictive Behaviors, 34*, 965-968.
- Najdowski, C. J. y Ullman, S. E. (2009b). PTSD symptoms and self-rated recovery among adult sexual assault survivors: The effects of traumatic life events and psychosocial variables. *Psychology of Women Quarterly, 33*, 43-53.
- Najdowski, C. J. y Ullman, S. E. (2011). The effects of revictimization on coping and depression in female sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 218-221.
- Nishith, P., Mechanic, M. B. y Resick, P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 20-25.
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones sexuales*. Madrid: Síntesis.
- Novo, M. y Seijo, D. (2009). Aproximación psicosocial a la violencia de género: aspectos introductorios. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (dirs.). *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. (pp. 64-74). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olatunji, B. O., Elwood, L. S., Williams, N. L. y Lohr, J. M. (2008). Mental pollution and PTSD symptoms in victims of sexual assault: A preliminary examination of the mediating role of trauma-related cognitions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*, 37-47.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10, décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades*. Madrid: Meditor.
- Orth, U. y Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 698-706.
- Ozer, E. J., Weiss, D. S., Best, S. R. y Lipsey, T. L. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*, 3-36.
- Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno de estrés postraumático. *Revista de Toxicomanías, 31*, 21-32.
- Perilloux, C., Duntley, J. D. y Buss, D. M. (2012). The costs of rape. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 1099-1106.
- Pineles, S. L., Mostoufi, S. M., Ready, C. B., Street, A. E., Griffin, M. G. y Resick, P. A. (2011). Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: A moderating relationship? *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 240-246.
- Regehr, C., Cadell, S. y Jansen, K. (1999). Perceptions of control and long-term recovery from rape. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*, 110-115.
- Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 223-255.

- Riggs, D. S., Kilpatrick, D. G. y Resnick, H. S. (1992). Long-term psychological distress associated with marital rape and aggravated assault: A comparison to other crime victims. *Journal of Family Violence, 7*, 283-296.
- Riulli, L. y Savicki, V. (2010). Coping effectiveness and coping diversity under traumatic stress. *International Journal of Stress Management, 17*, 97-113.
- Roig, E. (1996). Estudio sociológico. Víctimas de la violencia sexual. En E. Roig, S. Galiana y H. De Marianas. *Estudios sobre las agresiones sexuales* (pp. 13-98). Madrid: Servicio de Publicaciones Decanato de los Juzgados.
- Roon-Cassini, T., Mancini, A., Rusch, M. y Bonnano, G. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: A latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology 55*, 1-11.
- Sadler, A. G., Mengeling, M. A., Fraley, S. S., Torner, J. C. y Booth, B. M. (2012). Correlates of sexual functioning in women veterans: Mental health, gynecologic health, health status, and sexual assault history. *International Journal of Sexual Health, 24*, 60-77.
- Sánchez, C. (2000). *Qué es la agresión sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sanjuan, P. M., Langenbucher, J. W. y Labouvie, E. (2009). The role of sexual assault and sexual dysfunction in Alcohol/Other drug use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly, 27*, 150-163.
- Sanz, J. y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés, 9*, 59-84.
- Siegel, J. M., Golding, J. M., Stein, J. A., Burnam, M. A. y Sorenson, S. B. (1990). Reactions to sexual assault: A community study. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 229-246.
- Soria, M. A. (2002). La evaluación de la victimización criminal. En M. A. Soria (ed.). *Manual de psicología penal forense* (pp. 623-654). Barcelona: Atelier.
- Soria, M. A. y Hernández, J. A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo.
- Sortzen (2011). *Agresiones sexuales. Cómo se viven, cómo se entienden y cómo se atienden*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Interior.
- Starzynski, L. L., Ullman, S. E., Filipas, H. H. y Townsend, S. M. (2005). Correlates of women's sexual assault disclosure to informal and formal support sources. *Violence and Victims, 20*, 417-432.
- Suris, A., Lind, L., Kashner, T. M. y Borman, P. D. (2007). Mental health, quality of life, and health functioning in women veterans: Differential outcomes associated with military and civilian sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 22*, 179-197.
- Temple, J. R., Weston, R., Rodriguez, B. F. y Marshall, L. L. (2007). Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women, 13*, 285-297.
- Testa, M., VanZile-Tamsen, C. y Livingston, J. A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 52-60.
- Thornhill, N. W. y Thornhill, R. (1990). An evolutionary analysis of psychological pain following rape: II. The effects of stranger, friend, and family-member offenders. *Ethology and Sociobiology, 11*, 177-193.
- Torres-Dulce (2012). *Memoria de la Fiscalía General del Estado*. Centro de Estudios Jurídicos. España: Ministerio de Justicia.
- Ullman, S. E. y Brecklin, L. R. (2002a). Sexual assault history, PTSD, and mental health service seeking in a national sample of women. *Journal of Community Psychology, 30*, 261-279.
- Ullman, S. E. y Brecklin, L. R. (2002b). Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 117-130.
- Ullman, S. E. y Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 369-389.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. y Starzynski, L. L. (2006). The role of victim-offender relationships in women's sexual assaults experiences. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 798-819.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. y Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 821-831.
- Ullman, S. E. y Najdowski, C. J. (2009). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*, 47-57.
- Ullman, S. E., Najdowski, C. J. y Filipas, H. H. (2009). Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, and Program Innovations for Victims*,
- Ullman, S. E., Townsend, S.M., Filipas, H. H. y Starzynski, L. L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly, 31*, 23-37.

- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Starzynski, L. L. y Long, L. M. (2006). Correlates of comorbid PTSD and polysubstance use in sexual assault victims. *Violence and Victims, 21*, 725-733,736-743.
- Urra, J. (2003). *Agresor sexual. Casos reales. Riesgo de reincidencia*. Madrid: EOS.
- Urra, J. (2007). *Víctimas de abusos sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Van Berlo, W. y Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research, 11*, 235-257.
- Varkovitzky, R. L. (2012). *Assimilation, accommodation, and overaccommodation: An examination of information processing styles in female victims of adolescent and adult sexual assault*. Tesis doctoral, Northern Illinois University.
- Vázquez, B. (2007). *Manual de psicología forense*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud, 8*, 403-422.
- Vidal, M. E. y Petrak, J. (2007). Shame and adult sexual assault: A study with a group of female survivors recruited from an east London population. *Sexual and Relationship Therapy, 22*, 159-171.
- Walter, K., Gunstad, J. y Hobfoll, S. (2010). Self control predicts later symptoms of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2*, 97-101.
- Walsh, R. M. y Bruce, S. E. (2011). The relationships between perceived levels of control, psychological distress, and legal system variables in a sample of sexual assault survivors. *Violence Against Women, 17*, 603-618.
- Werner, K. B. y Griffin, M. G. (2012). Peritraumatic and persistent dissociation as predictors of PTSD symptoms in a female cohort. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 401-407.
- Wyatt, G. E., Notgrass, C. M. y Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's rape experiences. *Psychology of Women Quarterly, 14*, 153-176.
- Zinzow, H. M., Amstadter, A. B., McCauley, J. L., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S. y Kilpatrick, D. G. (2011). Self-rated health in relation to rape and mental health disorders in a national sample of college women. *Journal of American College Health, 59*, 588-594.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., Barr, S. C., Danielson, C. K. y Kilpatrick, D. G. (2012). Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. *American Journal of Preventive Medicine, 43*, 183-187.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J. y Kilpatrick, D. G. (2010). The role of rape tactics in risk for posttraumatic stress disorder and major depression: Results from a national sample of college women. *Depression and Anxiety, 27*, 708-715.