

**COLECCIÓN**  
**INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES**



**PSICO XXI**  
**DESCIFRANDO LA MENTE**  
**DEL NUEVO MILENIO**

**JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ**



# **PSICO XXI: DESCIFRANDO LA MENTE DEL NUEVO MILENIO**

JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

DICIEMBRE 2024



© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “PSICO XXI: DESCIFRANDO LA MENTE DEL NUEVO MILENIO”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid  
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69  
e-mail: [info@dykinson.com](mailto:info@dykinson.com) <http://www.dykinson.es>  
*Consejo Editorial véase [www.dykinson.com/quienessomos](http://www.dykinson.com/quienessomos)*

Madrid, 2024

ISBN: 978-84-1070-890-7



## Contenido

|                                                                                                                                                       |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ESTRÉS PERCIBIDO VERSUS ESTRÉS ALIMENTICIO PERCIBIDO: UN ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO.....</b>                                            | <b>9</b>   |
| <b>EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS .....</b>                                                                                  | <b>20</b>  |
| <b>LA CAPACIDAD DE LIDERAZGO EN UNIVERSITARIOS: CONSTRUCCIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA BREVE.....</b>                                 | <b>34</b>  |
| <b>DESARROLLO DE UNA IMAGEN CORPORAL POSITIVA A TRAVÉS DEL USO DE INSTAGRAM EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA: UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....</b> | <b>55</b>  |
| <b>ACTUALIZACIÓN DEL EFECTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA .....</b>                   | <b>68</b>  |
| <b>EFICACIA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN LA COGNICIÓN MATEMÁTICA A TRAVÉS DE LA ROBÓTICA EDUCATIVA .....</b>                                       | <b>82</b>  |
| <b>UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA.....</b>                                                                                | <b>95</b>  |
| <b>INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ONCOLOGÍA MAMARIA: UNA AMPLIACIÓN DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA PREVIA.....</b>                                        | <b>107</b> |
| <b>E-HEALTH EN CÁNCER DE MAMA: UNA APP PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....</b>                                                              | <b>123</b> |
| <b>INFLUENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19....</b>           | <b>138</b> |

|                                                                                                                                                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS Y NIÑOS EN ETAPA<br/>PREESCOLAR Y ESCOLAR.....</b>                                                                   | <b>152</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b><u>RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL DESARROLLO DE TRASTORNOS<br/>ALIMENTICIOS .....</u></b>                                                            | <b>166</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b>FIBROMIALGIA: UN ENFOQUE NARRATIVO INTEGRAL.....</b>                                                                                                             | <b>175</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b><u>MEJORA EN HABILIDADES MATEMÁTICAS TEMPRANAS A TRAVÉS DE UN PROGRAMA<br/>DE ROBÓTICA EDUCATIVA .....</u></b>                                                   | <b>190</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b>CONDUCTAS ALIMENTARIAS E IMC EN ADULTOS MAYORES .....</b>                                                                                                        | <b>206</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b>APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SENTIDO EN LA VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LIMA<br/>METROPOLITANA.....</b>                                                                | <b>219</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b>INFLUENCIA Y DIFERENCIA EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS<br/>EN MUESTRAS DE ADULTOS QUE TIENEN Y NO ENFERMEDADES<br/>MUSCULOESQUELÉTICAS .....</b> | <b>238</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b>EL IMPACTO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LA RESILIENCIA EN LA<br/>REINCORPORACIÓN LABORAL DE SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA.....</b>                          | <b>253</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b>COMPETENCIAS EMOCIONALES Y AUTOESTIMA, SU RELACION CON PROBLEMAS<br/>INTERNALIZANTES Y EXTERNALIZANTES EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES .</b>                      | <b>271</b> |
| <br>                                                                                                                                                                |            |
| <b>LA COMUNICACIÓN REFERENCIAL EN MUJERES CON AUTISMO: UNA REVISIÓN<br/>BIBLIOGRÁFICA.....</b>                                                                      | <b>288</b> |

|                                                                                                                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>LA UNIÓN DEL YOGA Y EL TEATRO PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR<br/>PERSONAL: PROYECTO PILOTO DE UN TALLER INCLUSIVO.....</b>                                                  | <b>302</b> |
| <b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADOLESCENTES DE<br/>LIMA METROPOLITANA.....</b>                                                                              | <b>316</b> |
| <b>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. MEJORA DE LA MEMORIA ESPACIAL EN PERSONAS<br/>CON ALZHEIMER EN ESTADÍO LEVE A TRAVÉS DE UN PROCEDIMIENTNO DE<br/>CONSECUENCIAS DIFERENCIALES.....</b> | <b>333</b> |
| <b>DESMONTANDO MITOS SOBRE EL AUTISMO.....</b>                                                                                                                                      | <b>347</b> |
| <b>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. EFECTOS DEL PROCEDIMIENTO DE CONSECUENCIAS<br/>DIFERENCIALES EN PERSONAS CON ALZHEIMER EN ESTADÍO MODERADO.....</b>                                   | <b>357</b> |
| <b>ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA COVID-19 EN FAMILIAS CON MIEMBROS CON TEA: EL<br/>CASO DE CEUTA.....</b>                                                                              | <b>380</b> |
| <b>PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DEL EQUIPO DE FÚTBOL RÁPIDO ITSON<br/>NAVOJOA MEDIANTE MODELOS ANATÓMICOS .....</b>                                                             | <b>392</b> |
| <b>METODOLOGÍAS ÁGILES EN LA REHABILITACIÓN DE EXTREMISTAS: UN ENFOQUE<br/>POST-RADICALIZACIÓN (MARE).....</b>                                                                      | <b>401</b> |
| <b>ESTRÉS ACADÉMICO EN DOCENTES UNIVERSITARIOS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE..</b>                                                                                                       | <b>420</b> |
| <b>EL ROL DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA AUTORREGULACIÓN DEL<br/>APRENDIZAJE.....</b>                                                                                          | <b>438</b> |



|                                                                                                                                          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>EL USO DEL SMARTPHONE EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.....</b>                                                                      | <b>453</b> |
| <b>LA INFLUENCIA DEL TEMPERAMENTO EN EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES<br/>ADAPTATIVAS DEL ALUMNADO DE 7-8 AÑOS".....</b>                 | <b>466</b> |
| <b>RELACIÓN ENTRE VARIABLES DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA EN<br/>INDIVIDUOS DENTRO DEL SISTEMA PENITENCIARIO.....</b>                 | <b>481</b> |
| <b>CLAVES DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TDAH.....</b>                                                                                 | <b>488</b> |
| <b>INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS EN UN CASO DE DOLOR GENITO-<br/>PÉLVICO/PENETRACIÓN .....</b>                                      | <b>500</b> |
| <b>RELACIÓN ENTRE NOMOFOBIA Y FOMO Y SU IMPACTO EN LA ANSIEDAD ESTADO-<br/>RASGO DE LOS ADOLESCENTES .....</b>                           | <b>533</b> |
| <b>ESTUDIO DE LA CARGA EMOCIONAL PERCIBIDA POR LOS CUIDADORES DE PERSONAS<br/>AFECTADAS POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EXTREMADURA .....</b> | <b>551</b> |

**ESTRÉS PERCIBIDO VERSUS ESTRÉS ALIMENTICIO PERCIBIDO:  
UN ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO**

García-Cortés José Manuel<sup>1</sup>, Rojas-Ramírez Ana Teresa<sup>1</sup>, De León-  
Ricardi César Augusto<sup>1</sup> y Alvarez-Ramírez Eliabeth<sup>1</sup>  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional  
Autónoma de México

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **García-Cortés José Manuel**, [jose.garcia@zaragoza.unam.mx](mailto:jose.garcia@zaragoza.unam.mx) Academia de Investigación en Psicología de la Nutrición, Comportamiento Alimentario y Salud Psicológica (AIPNCASP).

## **Introducción**

Las secuelas psicológicas y emocionales de la pandemia han sido profundas y duraderas, afectando a las sociedades de maneras que todavía estamos comenzando a entender. A medida que la sociedad avanza en la post-pandemia, las secuelas psicológicas y emocionales experimentadas en pandemia continúan siendo importantes (Parra-Fernández et al., 2022; Santos et al., 2021). Las diferencias de género pueden influir en la forma en que las personas experimentan y responden al estrés, así como en sus hábitos alimenticios y patologías relacionadas con la conducta alimentaria.

Según el modelo de estrés percibido propuesto por Cohen et al. (1983) el estrés se evalúa subjetivamente en función de la percepción de la capacidad para hacer frente a las situaciones estresantes, siendo el sexo una variable significativa. Bangasser y Valentino (2014) y Matud (2004) han demostrado que las mujeres y los hombres pueden experimentar y manejar el estrés de manera diferente debido a una variedad de factores socioculturales y biológicos.

La evidencia en la literatura sugiere tres aspectos importantes al evaluar la relación entre el estrés y la conducta alimentaria dentro del marco de la pandemia. En primer lugar, estudios han mostrado que hombres y mujeres pueden experimentar el estrés de manera diferente debido a una combinación de factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Marco-Ahulló et al., 2022; Martínez-Alvarado et al., 2022). Las mujeres, por ejemplo, han reportado niveles más altos de estrés percibido durante la pandemia, lo cual podría estar relacionado con sus roles sociales y expectativas culturales. En muchas sociedades, las mujeres suelen tener la doble carga de trabajo, combinando las responsabilidades laborales con un desproporcionado peso de las tareas domésticas y el cuidado de los niños, lo

cual puede intensificar su experiencia del estrés. Además, la pandemia exacerbó estas demandas, aumentando la carga de cuidados y reduciendo el apoyo social, elevando así los niveles de estrés percibido entre las mujeres.

En segundo lugar, cuando se aplica esta perspectiva al estrés percibido en la alimentación, las diferencias de género pueden influir en cómo las personas recurren a la comida como una forma de hacer frente al estrés. Van Strien et al. (2012) sugieren que las mujeres son más propensas a la alimentación emocional, es decir, a comer en respuesta a emociones negativas como la ansiedad o la tristeza. En el caso de los hombres, Matud (2004) indica que pueden tener diferentes estrategias para hacer frente al estrés, como el ejercicio o la distracción, en lugar de recurrir a la comida. Sin embargo, esto no es una regla fija y puede variar ampliamente entre individuos.

Finalmente, las patologías relacionadas con la conducta alimentaria exhiben una dimensión de género que no puede ser ignorada. Los trastornos alimentarios, que incluyen desde la anorexia y bulimia hasta el trastorno por atracón, tienen una prevalencia más alta en mujeres que en hombres (Calamita & Richart-Marset, 2022; Fernández & Pedrón, 2022). Estas condiciones a menudo se exacerban en contextos de estrés elevado y pueden verse agravadas por factores como la edad, condición económica y en particular, ambientes estresores como el vivido durante la crisis de salud pública por COVID-19.

Entender estas diferencias de género en la experiencia y gestión del estrés, así como en los hábitos alimenticios, es fundamental para desarrollar intervenciones y políticas de salud pública. En este proceso post-pandemia se debe considerar diversos factores para abordar de manera adecuada las necesidades psicológicas y emocionales de la población, garantizando que los esfuerzos de recuperación sean inclusivos y sensibles a las distintas experiencias

de hombres y mujeres. Por ello, el objetivo de esta investigación fue determinar las diferencias en el Estrés Percibido y el Estrés Alimenticio Percibido de jóvenes-adultos de acuerdo con su género.

## **Método**

### **Participantes**

Mediante un diseño Ex post facto se trabajó con una muestra aleatoria de 497 jóvenes-adultos con un rango de edad de entre 18 a 25 años ( $M=20.4$ ), donde 306 fueron mujeres y 191 hombres. El 95.6% declararon ser solteros con un nivel de estudios del 40% licenciatura y 51.3% bachillerato/preparatoria. El promedio de IMC fue de 23.7. Además, el 38.8% y el 40.3% presentaron Depresión y Ansiedad de moderada a grave respectivamente. En contraste, solo el 13.7% de los participantes se encontraban en tratamiento terapéutico y 9.5% en tratamiento para bajar de peso al momento del estudio.

### **Instrumentos**

Se aplicó la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) de Cohen et al. (1983) en su versión adaptada para población mexicana (González, & Laderos, 2007). Se trata de un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La escala puntúa de 0 a 56; las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido, tiene un Alpha de .830 y una varianza de 53.2.

Y la Escala de Estrés Percibido en la Alimentación (EPA) de Rojas et al. (2022) el cual es un cuestionario de autoinforme que tiene por objetivo evaluar el comportamiento alimentario ante situaciones de estrés. Consta de 5 factores (Comida como moderador/mediador; Restricción Alimentaria; Evasión Social Alimentaria; Alimento como Desafío; Autoeficacia Alimentaria Percibida). El instrumento presenta un 64.07% de la varianza total explicada y un Alpha de Cronbach total de .956.

## **Procedimiento**

Derivado de las condiciones de salubridad establecidas por el distanciamiento social por la pandemia de COVID-19, los instrumentos se aplicaron a distancia empleando un formulario en la plataforma Google. Los participantes fueron localizados e invitados a participar mediante redes sociales (faceboock, twitter y telegram). Una vez aceptada su participación en el estudio, se les entregó vía correo electrónico el consentimiento informado, el aviso de privacidad de datos personales y el vínculo para responder el formulario. Los datos fueron exportados al programa SPSS v.26 para su análisis estadístico.

## **Resultados**

Para determinar las diferencias por sexo de las variables estudiadas, se llevó acabo un análisis de t de student para muestras independientes. Los resultados indican en primer lugar, diferencias en el Estrés Percibido Total  $t(497)=-5.046$ ,  $p.<.001$ . En cuanto al Estrés Alimenticio Percibido, las diferencias se dieron en cuatro de los cinco factores: Comida como Moderador/Mediador,  $t(497)=-4.666$ ,  $p.<.001$ ; Restricción Alimentaria,  $t(497)=-5.292$ ,  $p.<.001$ ; Evasión Social Alimentaria,  $t(497)=-1.029$ ,  $p=.304$ ; Alimentación como desafío,



$t(8497)=-3.825$ ,  $p.<.001$ ; y Autoeficacia Alimentaria Percibida,  $t(497)=-2.815$ ,  $p.<.05$ .

En la tabla 1 se presentan los valores de medias y desviación estandar de cada una de las variables estudiadas de acuerdo con el grupo de pertenencia. Dadas las características de los participantes en cuanto a la sintomatología de Ansiedad y Depresión, se decidió repetir el análisis únicamente en la proporción de quienes referenciaron sintomatología moderada-grave en ambas condiciones; estos resultados se presentan en las tablas 2 y 3, donde se pueden identificar diferencias en ambos grupos en cuanto al Estrés Percibido. Por otro lado, en relación al Estrés Alimentario Percibido, en el grupo de Ansiedad las diferencias se encontraron en los factores de Comida como Moderador/Mediador y Restricción Alimentaria. En el grupo de Depresión las diferencias se dieron en los mismos factores que la Ansiedad, además del factor de Alimentación como Desafío.

**Tabla 1.**

*Estrés Percibido y Estrés Alimenticio Percibido: Valores de medias y DE*

| Varibale                           | Hombre |       | Mujer |       |
|------------------------------------|--------|-------|-------|-------|
|                                    | Media  | DE    | Media | DE    |
| PSS                                |        |       |       |       |
| Estrés Percibido                   | 26.76  | 31.09 | 8.86  | 9.57  |
| EAP                                |        |       |       |       |
| Comida como Moderador/Mediador     | 13.24  | 20.26 | 13.88 | 17.71 |
| Restricción Alimentaria            | 8.67   | 11.34 | 5.30  | 5.59  |
| Evasión Social Alimentaria         | 2.62   | 2.92  | 3.12  | 3.19  |
| Alimentación como Desafío          | 4.16   | 5.28  | 3.00  | 3.31  |
| Autoeficacia Alimentaria Percibida | 4.46   | 5.24  | 3.10  | 2.93  |

Nota. PSS = Escala de Estrés Percibido; EAP = Estrés Alimenticio Percibido.

**Tabla 2.***Estrés Percibido y Estrés Alimenticio Percibido: Ansiedad.*

| Varibale                           | Hombre |       | Mujer |       | t        |
|------------------------------------|--------|-------|-------|-------|----------|
|                                    | Media  | DE    | Media | DE    |          |
| PSS                                |        |       |       |       |          |
| Estrés Percibido                   | 32.07  | 9.44  | 35.67 | 8.37  | -2.605** |
| EAP                                |        |       |       |       |          |
| Comida como Moderador/Mediador     | 18.15  | 14.75 | 26.43 | 18.73 | -2.930** |
| Restricción Alimentaria            | 11.06  | 5.22  | 13.51 | 4.98  | -3.049** |
| Evasión Social Alimentaria         | 4.26   | 3.51  | 3.98  | 3.31  | .523     |
| Alimentación como Desafío          | 5.30   | 3.23  | 6.09  | 3.26  | -1.532   |
| Autoeficacia Alimentaria Percibida | 5.20   | 3.18  | 5.69  | 2.81  | -1.053   |

\*p<.05; \*\*p<.01; Nota. PSS = Escala de Estrés Percibido; EAP = Estrés Alimenticio Percibido.

**Tabla 3.***Estrés Percibido y Estrés Alimenticio Percibido: Depresión.*

| Varibale                           | Hombre |       | Mujer |       | t        |
|------------------------------------|--------|-------|-------|-------|----------|
|                                    | Media  | DE    | Media | DE    |          |
| PSS                                |        |       |       |       |          |
| Estrés Percibido                   | 33.88  | 8.22  | 36.99 | 7.98  | -2.364*  |
| EAP                                |        |       |       |       |          |
| Comida como Moderador/Mediador     | 18.22  | 15.28 | 26.80 | 17.77 | -3.064** |
| Restricción Alimentaria            | 11.22  | 5.24  | 13.52 | 4.77  | -2.886** |
| Evasión Social Alimentaria         | 4.39   | 3.48  | 4.23  | 3.43  | 0.297    |
| Alimentación como Desafío          | 5.33   | 2.94  | 6.34  | 3.14  | -1.991*  |
| Autoeficacia Alimentaria Percibida | 5.55   | 3.28  | 5.56  | 2.70  | -0.031   |

\*p<.05; \*\*p<.01; Nota. PSS = Escala de Estrés Percibido; EAP = Estrés Alimenticio Percibido.

## **Discusión**

Los hallazgos de esta investigación resaltan diferencias significativas en el estrés percibido y el estrés alimenticio percibido entre géneros, lo que subraya la complejidad de las respuestas emocionales y conductuales en contextos de estrés. Las mujeres mostraron mayores niveles de estrés percibido en general y una mayor tendencia a la alimentación emocional en comparación con los hombres, lo cual es congruente con investigaciones previas que sugieren que las mujeres pueden ser más susceptibles a estrategias de afrontamiento centradas en la alimentación como respuesta al estrés emocional (Van Strien et al., 2012; Matud, 2004).

En relación al mayor estrés percibido en mujeres, este puede estar influenciado por la acumulación de roles y responsabilidades sociales que tradicionalmente asumen y que se intensificaron durante la pandemia. Estos resultados apoyan la literatura que indica que el estrés puede estar modulado no solo por factores individuales sino también por constructos socioculturales que definen roles de género (Marco-Ahulló et al., 2022; Martínez-Alvarado et al., 2022).

Por otro lado, respecto al estrés alimenticio percibido, la tendencia de las mujeres a usar la comida como moderador o mediador del estrés destaca la alimentación emocional como un mecanismo de afrontamiento prevalente en respuesta a estados emocionales negativos. Este patrón podría contribuir al desarrollo de patologías alimentarias, particularmente en situaciones de estrés prolongado como las experimentadas durante la pandemia. Este tipo de contextos aportan al entendimiento de los trastornos alimentarios desde una perspectiva de género, donde las diferencias biológicas y las expectativas

culturales influyen en la relación con la comida (Calamita & Richart-Marset, 2022; Fernández & Pedrón, 2022).

En cuanto a los resultados de los grupos de Ansiedad y Depresión, los datos muestran que tanto en hombres como en mujeres con sintomatología moderada-grave, los niveles de estrés percibido son significativamente más altos que en la población general del estudio. Esto es consistente con la literatura que sugiere que el estado anímico puede exacerbarse en situaciones de estrés elevado, afectando los mecanismos reguladores del comportamiento alimenticio (Matud, 2004; Van Strien et al., 2012).

Aunado a lo anterior, las dimensiones del estrés alimenticio más afectadas en personas con ansiedad y depresión fueron la Comida como Moderador/Mediador y la Restricción Alimentaria. Esto resalta cómo los estados emocionales negativos pueden llevar a comportamientos alimenticios desordenados, siendo más pronunciado en mujeres que en hombres.

En conclusión, las mujeres en general, pueden experimentar niveles más altos de estrés percibido, lo que puede influir en su relación con la alimentación, incluida la tendencia a la alimentación emocional. La situación post-pandemia sigue siendo un contexto importante para comprender la relación entre el estrés y el comportamiento alimentario. Los efectos duraderos de la pandemia en la salud mental y en los hábitos alimentarios de las personas subrayan la importancia de abordar adecuadamente el manejo del estrés y la promoción de hábitos alimentarios saludables que apoyen a la recuperación social.

## Referencias

- Bangasser, D. A., & Valentino, R. J. (2014). Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 303–319. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.03.008>
- Calamita, F., & Richart-Marset, M. (2022). Inanición, atracones y trastornos de la conducta alimentaria en la escritura de mujeres contemporánea. *Quaderns De Filologia - Estudis Literaris*, 27, 9–25. <https://doi.org/10.7203/qdfed.27.25729>
- Cohen, S., Kamarch, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Fernández Cassi, C., & Pedrón, V. T. (2022). Asociaciones entre los estereotipos de género tradicionales y los trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia y juventud. Una revisión sistemática. *Psicología Del Desarrollo*, (3), 51–77. <https://doi.org/10.59471/psicologia20221>
- Marco-Ahulló, A., Villarrasa-Sapiña, I., & Monfort-Torres, G. (2022). Estudio descriptivo sobre las diferencias de género en el estrés académico derivado del contexto COVID-19 en población universitaria española. *Retos*, 43, 845–851. <https://doi.org/10.47197/retos.v43i0.88968>
- Martínez-Alvarado, J. R., Aguiar Palacios, L. H., Padilla-Bautista, J. A., Infante Parra, D. V., Guerrero Sicaños, M. J., & Asadi-González, A. A. (2022). Estrés percibido en deportistas mexicanos durante la pandemia por COVID-19: diferencias por sexo y nivel de rendimiento. *Retos*, 46, 767–773. <https://doi.org/10.47197/retos.v46.87539>
- Matud, M. P. (2004). *Diseño y validación de un programa de intervención psicológica con mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja. Informe de investigación*. Instituto de la Mujer.

- Parra-Fernández, M. A., Lay Raby, N., Escalona-Oliveros, J. F., & Rodríguez Borbarán, M. A. (2022). Impacto psicosocial del Covid-19 en jóvenes del municipio de Malambo-Atlántico, Colombia. *Revista De Ciencias Sociales*, 28(2), 202-212. <https://doi.org/10.31876/rcs.v28i2.37933>
- Santos, L. C., Pinheiro, T. J. S., Andrade, T. I. X. de, Sousa, P. H. A., Braga, P. P., & Romano, M. C. C. (2021). Impactos psicossociais do isolamento social por covid-19 em crianças, adolescentes e jovens: scoping review. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 11, e73. <https://doi.org/10.5902/2179769265407>
- Van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D. J., Engels, R. C., & de Weerth, C. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58(1), 277–284. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.10.005>

**EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS**

Angelyn Coronado Saucedo, Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz y Nadia

Lourdes Chan Barocio<sup>3</sup>

Instituto Tecnológico de Sonora

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a Angelyn Coronado Saucedo, [angelyn.coronado171396@potros.itson.edu.mx](mailto:angelyn.coronado171396@potros.itson.edu.mx)

## **Introducción**

La investigación que a continuación se presenta, tiene como propósito estudiar el sentimiento de soledad presente en los estudiantes universitarios de una institución al sur de Sonora. Esto debido a la recurrente asociación de la variable con otras problemáticas de interés, y sobre todo con la acentuación de dicho sentimiento en los jóvenes a consecuencia de la pandemia provocada por COVID-19 y las exigencias de la sociedad actual. Llopis (2022) resalta que los jóvenes están cada vez más solos, se sienten más insatisfechos con su vida y sufren de más aislamiento social.

En un estudio realizado por Gancino y Eugenio (2022) en 99 adultos mayores pertenecientes a la fundación Construyamos un Sueño del Cantón Saquisilí con edades que iban de los 66 a 95 años de edad, se buscó encontrar la relación existente entre la soledad y la autoestima. De los participantes, 59,6% fueron hombres y 40,4% fueron mujeres y les preguntó su estado civil. Se trató de un estudio cuantitativo de tipo correlacional, pues se buscó contrastar ambas variables por medio de dos instrumentos. Los resultados mostraron que el 69% de la muestra presentó autoestima baja y el 54.5% presentó un nivel de soledad media. Además de esto, el 32.3% presentó niveles de soledad alto. El instrumento que midió la soledad, arrojó que predomina un nivel medio de soledad familiar con un 55.6%, y un 50.5% presentó nivel medio de soledad social. Se concluyó que existe una correlación estadística inversa entre autoestima y soledad, lo que se traduce como que a menor autoestima, mayor será el sentimiento de soledad.

En otro estudio realizado en Bogotá, también en adultos mayores, se buscó determinar los niveles de soledad social de una muestra conformada por 242 participantes mayores de 60 años, donde 97 de ellos fueron personas institucionalizadas y 145 no institucionalizadas. Se trató de un estudio



descriptivo-correlacional en el que se empleó una escala de 15 ítems para realizar la medición de la variable. Los resultados indicaron que el 68% de las personas institucionalizadas presentaron un nivel medio de soledad social, mientras que el 40% de personas no institucionalizadas indicó ese mismo nivel de la variable. Los hallazgos llevaron a concluir que el sentimiento de soledad social varía en función a una serie de factores de terminantes como el estar o no institucionalizado, el género, el estado civil, el uso de la tecnología, entre otros (Amaya, et al., 2022).

Frecuentemente el sentimiento de soledad se estudia en poblaciones de adultos mayores, sin embargo, poco a poco se ha ido estudiando en poblaciones de menor edad. En un estudio correlacional realizado en México por Telumbre-Terrero et al. (2022), se buscó encontrar la relación que existe entre la soledad y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. La muestra fue por conveniencia y estuvo constituida por 288 estudiantes de tres diferentes programas educativos y de los cuales 52.1% fueron mujeres. 53.1% fueron estudiantes de ciencias de la salud. Los resultados determinaron que las participantes del sexo femenino presentaron mayor nivel de sentimiento de soledad que su contraparte masculina con una media de 49.7%. Además de esto, se encontró una correlación positiva entre el consumo del alcohol y el sentimiento de soledad, esto significa que a mayor sentimiento de soledad, mayor será el consumo de alcohol en los universitarios. Los autores concluyeron que identificar el sentimiento de soledad en los estudiantes es importante para la prevención y reducción del consumo de alcohol.

El sentirse solo puede llegar a relacionarse la falta de interacción social, así lo indica Vázquez (2023) en su estudio realizado a 494 usuarios de redes sociales, el cuál buscaba conocer hasta qué punto las redes sociales online ayudaron a que las personas no presentaran sentimiento de soledad. El estudio

reportó que el 78,6% de la investigación, indicó sentirse solitaria durante el encierro por la pandemia provocada por el COVID-19. Concluyeron que el uso de redes sociales resultó ser un apoyo importante para los jóvenes de entre 18 y 34 años para reducir este sentimiento de soledad, siendo las participantes del sexo femenino quienes resultaban mejor favorecidas.

Por otro lado, se realizó un estudio de tipo cualitativo en el que se hizo un análisis comparativo entre jóvenes pertenecientes a la clase popular y jóvenes pertenecientes a la clase alta para estudiar las formas en que asumen la soledad. Los resultados señalan que los jóvenes del sector social alto se sienten solos, pero que este sentimiento no resulta indeseable, pues les permite desarrollar el autoconocimiento y la confianza en sí mismos. Contrario a esto, los jóvenes del sector popular indicaron no presentar sentimiento de soledad. Los autores concluyeron que la manera en que los jóvenes asumen la soledad tiene impacto en la configuración de la identidad personal; el autoreconocimiento favorece a que los grupos del sector social alto sean más seguros de sí mismos, mientras que los participantes del sector popular tienden a sentirse más inseguros estando en soledad (Puentes y Pérez, 2017).

En otro estudio realizado por Goodfellow et al. (2023) en Inglaterra, en el cual se utilizaron datos de la Community Life Survey (Encuesta de Vida Comunitaria), se buscó analizar la relación de la soledad con el bienestar en los jóvenes. La muestra fue constituida por 965 jóvenes de entre 18 y 24 años de edad y los resultados arrojaron que el 8,29% de los encuestados se sienten solos a menudo o siempre, mientras que el 22,28% indicó sentirse solitario a veces. La suma de estos dos resultados indican que el 30,57% de la muestra tiende a sentirse solo. Los autores concluyeron que la soledad presenta una relación

inversamente proporcional con el bienestar; a mayor sentimiento de soledad, menos será el bienestar percibido.

También, se realizó un estudio para conocer la correlación entre el sentimiento de soledad y la ideación suicida en estudiantes en una muestra conformada por 106 participantes de diferentes programas educativos de una universidad. Se trató de un estudio cuantitativo transversal correlacional y los resultados arrojan que el 60.4% de los jóvenes indicó sentirse solo en una incidencia regular, mientras que el 26.4% presentó una incidencia alta. Por otro lado, aunque el 21.7% presentó ideación suicida, no pretenden realizar un intento activo. El estudio indicó que no existía una relación significativa entre ambas variables para la muestra estudiada. Los autores concluyeron que el que los jóvenes estén sintiéndose solos y presentando ideación suicida es preocupante (Bojórquez, et al, 2020).

### **Planteamiento del problema**

La soledad, puede llegar a tener relación con otros malestares psicológicos. Mental Health Fundation (2023) plantea que el sentimiento de soledad se encuentra relacionado con una salud mental escasa y con futuros problemas mentales, principalmente se relaciona con la depresión. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), indica que uno de cada 7 jóvenes de entre 10 y 19 años sufre algún tipo de trastorno mental siendo la depresión, la ansiedad y trastornos de comportamiento los más frecuentes durante la adolescencia.

Concordando con lo anterior, Achterbergh et al. (2020) indican que la gente joven pasa por niveles más altos de sentimiento de soledad que otros grupos de edad, sin embargo, se sabe poco sobre la soledad en jóvenes, sobre todo en

jóvenes diagnosticados con depresión. Además de esto, los jóvenes de su estudio reportaron que los síntomas de depresión fue un conductor al aislamiento social.

Por otro lado, la OMS (2022) reitera que el 50% de los trastornos mentales que se presentan durante la edad adulta comienzan durante la adolescencia, específicamente antes de los 14 años, siendo la exclusión uno de los factores que inciden en la salud mental y el bienestar de las poblaciones más jóvenes. Ramos (2020) concluye en su trabajo de investigación que el sentirse solo está estrechamente relacionado con la exclusión social y que es en realidad un círculo vicioso; una persona que presenta sentimiento de soledad puede llegar a terminar excluido socialmente y una persona que se encuentra excluida puede llegar a sentirse sola.

La falta de educación emocional es otro factor relacionado con el sentimiento de soledad, ansiedad social, comportamientos autodestructivos y mal manejo del estrés, así como con las consecuencias que estas problemáticas traen consigo, pues la educación emocional brinda herramientas para que las personas aprendan a gestionar y comprender mejor las emociones tanto propias como de otros. Esto mantiene relación con la interacción social sana, lo cual es un factor importante para el bienestar del individuo (Calderón, 2012).

La etapa universitaria es un momento crucial de la vida lleno de cambios y también retos por enfrentar, en donde contar con herramientas de afrontamiento es indispensable. Problemas de salud y bienestar psicológico como la depresión, el estrés y la ansiedad pueden traer consigo sentimientos de soledad en los jóvenes (Telumbre-Terrero et al, 2022). A su vez, la soledad no deseada se está convirtiendo por sí sola en un problema social en todo el mundo (González, 2022).

Goodfellow et al. (2023) Indican que el sentimiento de soledad es una variable que prevalece en la juventud, sin embargo, aunque hoy en día el tópico comienza a adquirir mayor interés por parte de los investigadores para ser explorado en poblaciones jóvenes, aún hay poco trabajo que busque evaluar la manera en que este impacta en el bienestar de las personas pertenecientes a este grupo de edad.

Por lo anterior, el presente estudio busca conocer los niveles de sentimiento de soledad en una muestra de jóvenes estudiantes pertenecientes a diferentes programas educativos de una universidad al sur de sonora.

### **Objetivo**

Conocer el nivel del sentimiento de soledad en una muestra de jóvenes universitarios de una institución al sur de Sonora por medio de un instrumento de medición, que contribuya a mejorar el estado emocional de los jóvenes.

### **Material y método**

#### **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y comparativo. Los estudios de alcance descriptivo buscan, como su nombre lo indica, describir las características de las variables que se está estudiando, lo cual concuerda con el objetivo de la presente investigación, pues se busca analizar el sentimiento de soledad en los jóvenes. Por otro lado, es comparativo porque busca conocer la existencia de diferencia significativa entre el sentimiento de soledad presentado por el sexo masculino y femenino (Hernández et al., 2014).

## **Participantes**

Fue una muestra aleatoria por conveniencia conformada por 204 estudiantes universitarios de un instituto al sur de Sonora, con edades de entre 18 y 37 años y pertenecientes a diferentes programas educativos. Fueron 39.2% participantes del sexo masculino y 60.8% del sexo femenino.

## **Instrumento**

Se hizo uso de la UCLA Loneliness Scale en su versión 3, elaborada por Russel (1996) y traducida al español, la cual presenta una validez según el análisis factorial realizado con prueba de KMO y Bartlett de .880, y una confiabilidad de .887 según Alfa de Cronbach . Es una escala conformada por 20 ítems diseñados para medir el sentimiento de soledad en los participantes, quienes califican cada reactivo en una escala del 1 (nunca) al 4 (siempre) según su percepción. La escala está conformada por 11 ítems enfocados de forma negativa en la soledad y 9 ítems opuestos; por consiguiente, los ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 y 20 son calificados de manera inversa al resto (1=4, 2=3, 3=2, 4=1). Finalmente, se realiza la sumatoria de los puntajes obtenidos en todos los ítems; a mayor puntuación, mayor sentimiento de soledad.

## **Procedimiento**

Después de realizar la investigación de información respecto al tema y hacer la selección del instrumento, se pidió autorización a diferentes representantes de programa de la universidad para tener acceso a la muestra que se planeaba estudiar. Una vez adquirido el permiso, se procedió a acceder a las aulas de clase y hacerles llegar el instrumento de manera electrónica para dar respuesta desde sus respectivos dispositivos electrónicos. La aplicación del

instrumento se realizó de forma anónima, por lo que no se les proporcionó ningún consentimiento informado, sin embargo, se les explicó también antes de que comenzaran que podían dejar de responderlo en el momento que ellos lo decidieran. Posterior a esto, los datos se trabajaron empleando el programa Excel y el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24 para su análisis y obtención de resultados.

## **Resultados**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis estadístico realizado en SPSS a la muestra participante, donde es posible observar el porcentaje de participantes masculinos y femeninos y el grado de incidencia que la variable sentimiento de soledad obtuvo. Además de esto, se analizó si existía una diferencia significativa en los niveles de soledad presentado en ambos sexos.

### **Presencia del sentimiento de soledad en los jóvenes.**

Los resultados indican que el 70.1% de la muestra presentó sentimiento de soledad en una incidencia baja, lo que significa que los jóvenes universitarios se encuentran conformes con sus relaciones interpersonales. Contrario a esto, el 12.3% obtuvo una incidencia regular y finalmente, el 6.9% presentó una frecuencia alta, esto quiere decir que suelen percibir que les falta compañía, sentir que no tienen con quien compartir sus intereses o conflictos, y en general, perciben una deficiencia en sus relaciones interpersonales (*ver tabla 1*).

**Tabla 1***Presencia del sentimiento de soledad en los jóvenes*

|        |       | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Bajo  | 143        | 70,1%      |
|        | Medio | 47         | 23%        |
|        | Alto  | 14         | 6,9%       |
|        | Total | 204        | 100,0      |

Comparación del sentimiento de soledad según el sexo de los participantes

Se aplicó un análisis a la muestra con prueba T para realizar una comparación entre los participantes del sexo masculino y femenino y conocer si había una diferencia significativa en el sentimiento de soledad de ambas partes de la muestra. Se obtuvo un resultado de p, la cual fue mayor a 0,05, por lo que en la presente investigación, no se encontró una diferencia significativa en el sentimiento de soledad experimentado por ambos sexos (*ver tabla 2*).

**Tabla 2***Comparación del sentimiento de soledad según el sexo de los participantes*

| Sexo      | Media | Desviación<br>estándar | Valor de p |
|-----------|-------|------------------------|------------|
| Masculino | 1,30  | 0,582                  | 0,065      |
| Femenino  | 1,41  | 0,625                  |            |



## **Conclusión**

El presente estudio tuvo como objetivo conocer el nivel de sentimiento de soledad de los estudiantes universitarios y los resultados indican que casi el 30% de los participantes se sienten solos en una frecuencia media y alta, lo cual es un foco de atención, pues según lo planteado por diferentes estudios, el sentimiento de soledad ha llegado a relacionarse con otros problemas psicológicos como la depresión o la ansiedad y sentirse solo podría ser indicador de que algo más está pasando en el individuo. Al respecto, Díez y Morenos (2015), indican que la soledad se ha convertido en una importante problemática social.

Por esto mismo y tomando en cuenta los resultados obtenidos, poner atención en la educación emocional desde edades tempranas es importante, dado que estas acciones pueden ayudar a prevenir problemáticas que atenten contra el bienestar del individuo en el futuro. Lo anterior concuerda con lo propuesto por Calderón (2012) en su manual de inteligencia emocional, donde hace hincapié en que la educación emocional y el trabajar en las emociones pueden prevenir problemáticas como la soledad. Esto es importante; si se trabaja en fomentar una sana convivencia y el desarrollo de habilidades psicosociales en los más jóvenes, al llegar a la adultez se podrá contar con personas que tengan mayor capacidad de enfrentar las problemáticas y exigencias sociales.

Aunque el 70.1% de la muestra de la presente investigación no suele sentirse solitaria, es crucial trabajar en la prevención para evitar complicaciones futuras. No hay que olvidar que casi el 30% de los participantes tuvo niveles significativos, esto quiere decir que no es raro que lleguen a sentir que no encajan o que les falta compañía. El sentirse solo es una experiencia que puede llegar a presentarse en cualquier etapa de la vida y aunque un momento de soledad puede resultar positivo para la introspección y el autoconocimiento del individuo,

sentirse solo en frecuencias regulares o la mayor parte del tiempo tiene el potencial de volverse algo indeseable y perjudicial para el bienestar.

## **Referencias**

Achterbergh, L., Pitman, A., Birken, M., Pearce, E., Son, H. y Johnson, S. (2020). The experience of loneliness among young people with depression: a qualitative meta-synthesis of the literature. BMC Psychiatry, 20 (1), p. 1-23. 10.1186/s12888-020-02818-3

Amaya, I., Duque, P., Gómez, L. y Saavera, L. (2022). Nivel de soledad social en personas mayores de Bogotá. Tabula Rasa, 44, p. 303-323. <https://doi.org/10.25058/20112742.n44.12>

Bojórquez, C., Quintana, V. y Coronado, A. (2021). El sentimiento de soledad y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. Revista Inclusiones, 8, p. 80-94. <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/247>

Calderón, M. (2012). Aprendiendo sobre emociones: manual de educación emocional. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana. <https://ceccsica.info/sites/default/files/docs/Aprendiendo-emociones-manual.pdf>

Díez, J. y Morenos, M. (2015). La Soledad en España. Fundación ONCE y Fundación AXA. <https://www.fundacionseres.org/Lists/Informes/Attachments/995/151127%20La%20Soledad%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>

Gancino, J. y Eugenio, L. (2022). Autoestima y soledad en adultos mayores. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6(6), p. 10069-10085. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4117](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4117)

Goodfellow, C., Hardoon, D., Inchley, J., Leyland, A. H., Qualter, P., Simpson, S. y Long, E. (2022). Loneliness and personal well-being in young people: Moderating effects of individual, interpersonal, and community factors. *Journal of Adolescence*, 94, p. 554–568. <https://doi.org/10.1002/jad.12046>

González, N. (2022). Observatorio estatal de soledad no deseada: visibilidad y conocimiento accesible. *Comunidad*, 24 (3), p. 25-26. [10.55783/comunidad.240306](https://doi.org/10.55783/comunidad.240306)

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación, sexta edición. McGrawHill Education.

Llopis, C. (2022). Los niños y adolescentes se sienten cada vez más solos. *Salud mental* 360. <https://www.som360.org/es/articulo/ninos-adolescentes-sienten-cada-vez-mas-solos>

Mental Health Foundation (2023). Loneliness in young people: research briefing. <https://acortar.link/bUkDJy>

OMS (2021). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

OMS (2022). Salud del adolescente y el joven adulto. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Puentes, J. y Pérez, C. (2017). La soledad en los jóvenes de Neiva: comprensión semiótica de la desigualdad social. *ENTORNOS*, 30(1), p. 79-91. 10.25054/01247905.1428

Ramos, M. (2020). Soledad y exclusión [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid].

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/43238/TFG-G4465.pdf;jsessionid=DB4158C3FA328535D3BED8E612567FAA?sequence=1>

Russell, D. (1996). Escala de soledad de la UCLA (versión 3): fiabilidad, validez y factor estructura. *Journal of Personality Assessment*.

Telumbre-Terrero, J., Mendoza, G., López-Cisneros, M., Castillo-Arcos, L y Maas-Góngora (2022). Soledad y consumo del alcohol en estudiantes universitarios. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 22(2), p. 176-185. 10.21134/haaj.v22i2.673

Vásquez, L. (2023). Las redes sociales online como amortiguadoras de la soledad durante el confinamiento. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 56, p. 249-264. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 56, 249-264. <http://doi.org/10.15198/seeci.2023.56.e828>

**LA CAPACIDAD DE LIDERAZGO EN UNIVERSITARIOS:  
CONSTRUCCIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA  
ESCALA BREVE**

Calero Ecurra, Ofelia<sub>1</sub>, Quintana Peña, Alberto<sub>2</sub>. Malaver Soto, Carmela  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a la **Mag. Ofelia Paola Calero Ecurra, Universidad Privada del Norte**, Av. Alfredo Mendiola 6062, Los Olivos 15306 Correo electrónico: **ofelia.calero@upn.edu.pe**

## **Introducción**

La formación de profesionales competentes es uno de los mayores desafíos de las instituciones de educación superior, debido a que se requiere que los profesionales se adapten eficazmente ante las necesidades del contexto, al rápido avance tecnológico y a la demanda de personal altamente capacitado, con el fin de responder a los cambios que introduce el proceso de globalización (Pedraja et al., 2021., Sierra, 2016; Fam et al., 2019). En este sentido, las universidades consideran primordial el desarrollo de la capacidad de liderazgo en sus estudiantes (Quiñones, & Espíritu-Álvarez, 2023., Riquelme-Castañeda y Pedraja-Rejas, 2019; Tsai et al., 2019), ya que las competencias adquiridas durante este periodo de estudio permitirán que posteriormente el alumno adopte un rol de liderazgo dentro de su práctica laboral, favoreciendo su desarrollo como profesional (Cabana et al. 2022., Dávila et al., 2015).

Respecto al desarrollo conceptual del liderazgo, en sus inicios fue abordado en relación con características personales del líder, hoy, también se enfoca en otros elementos que guardan relación con sus seguidores; asimismo, puesto que su estudio se dio bajo diversos enfoques, no existe un único modelo que lo explique de manera global mediante un solo significado (Aguilar-Bustamante y Correa-Chica, 2017). Sin embargo, se converge en que la capacidad de liderazgo radica en el nivel de influencia que se puede ejercer sobre otras personas para motivarlos a contribuir con el logro de los objetivos de un grupo (Campoverde et al., 2018., Misas et al., 2021). Asimismo, el presentar habilidades comunicacionales efectivas coadyuva a que los integrantes del grupo se alineen y se orienten hacia los propósitos, promoviendo su compromiso en un clima de apertura, diálogo y colaboración (Gallo. 2022., Luthra, 2015). Un liderazgo influyente valora los aportes diversos de los miembros, actuando con flexibilidad

y adaptabilidad en la toma de decisiones, más aún en un entorno de cambios e incertidumbre (Barrera, y Martinez.,2020, Yunita &, Syam, 2023) Un aspecto clave a considerar en el liderazgo se constituye la motivación, en cuanto alienta, entusiasma, refuerza, y fomenta el apoyo y beneficio mutuo, así como para el logro de las metas, consolidando resultados, movilizándolo hacia una visión compartida (Stamov, 2016). Por ende para la comprensión plena de este concepto debe ser al líder, sus colaboradores y el contexto, y no solo las características propias de una persona (Al-Mansoori y Koç, 2019). Esta perspectiva de liderazgo es la que se asume para operacionalizar dicho concepto dentro de este trabajo.

Dentro del ámbito internacional, se han desarrollado instrumentos moderadamente extensos que miden la capacidad de liderazgo, podemos mencionar el estudio de Rivera et al. (2017), quienes realizaron la validación de una versión abreviada de la escala Perfil de Liderazgo de Servicio, reduciéndola a 14 ítems, y otorgándole una nueva denominación, Escala de Liderazgo de Servicio — Versión Abreviada (ELSVA) en español dirigida a jóvenes, adultos y adolescentes; asimismo, los análisis de confiabilidad mostraron una alta consistencia interna, con valores del coeficiente alfa por encima de .80. Asimismo, Pedraja-Rejas et al. (2021), realizaron una adaptación del modelo Multifactor Leadership Questionnaire para conocer la percepción de los docentes universitarios sobre el estilo de liderazgo de sus directivos; por ello, utilizaron una escala tipo Likert compuesta por 49 preguntas agrupadas en tres dimensiones acorde con los estilos de liderazgo transaccional, transformacional y pasivo/evitador, obteniendo valores de coeficiente alfa por encima de .89, evidenciando una alta consistencia interna. Por otro lado, en Perú no se registró

la creación de instrumentos psicométricos que midan este constructo dentro del contexto universitario.

Finalmente, debido a que este constructo es considerado indispensable dentro de la formación académica superior de todo universitario, resulta necesario disponer de un instrumento que permita conocer en qué medida los jóvenes estudiantes vienen desarrollando la citada capacidad. Por consiguiente, el objetivo de este estudio es construir una escala breve para medir la capacidad de liderazgo en los estudiantes universitarios peruanos, debido a que hasta el momento no existen escalas de medida que sean capaces de cuantificar estos dos constructos de manera breve, fiable y válida, que brinde una aproximación inicial e informativa hacia este constructo y posibilite realizar investigaciones con esta y otras variables dentro de entornos virtuales.

## **Método**

### **Diseño**

El estudio fue instrumental debido a que se construyó y se analizaron las propiedades psicométricas de la escala para medir la capacidad de liderazgo (Ato et al., 2013). En el proceso de construcción de este instrumento se siguieron los estándares para pruebas educativas y psicológicas (American Educational Research Association et al., 2014), así como guías con buenas prácticas en el diseño y validación de escalas (Boateng et al., 2018; Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019).

### **Participantes**

La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencionado (elección directa y selectiva de los participantes), buscando



mantener una proporcionalidad en las categorías de las variables sexo y área de estudio, tomando como referencia a la población. En relación al tamaño de muestra, se determinó el tamaño mínimo recomendado a partir de un análisis de poder estadístico a priori. Los parámetros de entrada se especificaron con base en una prueba de correlación, una hipótesis alternativa de dos colas, nivel de significancia ( $\alpha$ ) igual a .05, tamaño del efecto esperado de magnitud pequeña ( $r = .10$ ) y un poder estadístico esperado de .80. El tamaño de muestra mínimo recomendado fue 782.

La muestra final estuvo compuesta por 2,093 estudiantes universitarios peruanos de pregrado de una universidad pública de Lima, Perú. Los estudiantes tuvieron edades entre 16 y 40 años ( $M = 19.35$ ,  $DE = 2.02$ ). Respecto a las características sociodemográficas de la muestra, esta puede ser considerada heterogénea. Según el sexo, participaron 1,054 varones (50.36%) y 992 mujeres (47.40%), en tanto que, 47 estudiantes no especificaron su sexo (2.25%). En cuanto al área de estudio, los participantes pertenecían a carreras de ciencias básicas ( $n = 85$ , 4.06%), de la salud ( $n = 619$ , 29.57%), ingenierías ( $n = 629$ , 30.05%), humanidades ( $n = 353$ , 16.87%) y económicas ( $n = 398$ , 19.02%), mientras que, 9 estudiantes (0.43%) no especificaron su área correspondiente.

### **Instrumento**

La escala (Apéndice A) se elaboró en un sistema de opciones de respuesta de formato Likert de cuatro puntos (0 = Nada parecido a mí; 1 = Poco parecido a mí; 2 = Parecido a mí; 3 = Muy parecido a mí).

## **Procedimiento**

La recolección de datos se inició con la solicitud de los permisos a los coordinadores de las cinco áreas de estudio para la evaluación de los participantes. Asimismo, se coordinó con los docentes el horario de ingreso a las aulas para la aplicación de los instrumentos de medición. Cada sesión de evaluación comenzó con la entrega del consentimiento informado a los examinados, que contenía el objetivo del estudio, así como las garantías que se otorgaban para la confidencialidad, anonimato de sus respuestas, uso de la información y los términos de la publicación de los resultados. Los estudiantes también fueron informados respecto a la posibilidad de desistir su participación en cualquier momento de la evaluación sin perjuicio alguno. En el estudio solo se incluyeron a los participantes que firmaron voluntariamente el consentimiento informado.

La aplicación de las escalas fue colectiva, en grupos de 30 a 50 estudiantes, con una duración promedio de 15 minutos. La recolección de la información duró alrededor de cuatro meses. Posterior a la recolección de datos, cada protocolo de evaluación fue codificado para la elaboración de la base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2019.

Respecto a las consideraciones éticas del estudio, durante todas las actividades que involucraron la participación de los examinados, se siguieron las directrices éticas para el trabajo con humanos, señaladas en el código de ética de la American Psychological Association (APA). Además, se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki, incluyendo sus recientes actualizaciones y regulaciones para las investigaciones con seres humanos.

## **Análisis de datos**

### **Análisis de ítems**

Al realizar el análisis de los ítems de la escala de Capacidad de Liderazgo Estudiantil, se encontró que en los seis ítems que se conservaron para los siguientes análisis los datos obtenidos reflejan un desempeño adecuado en la mayoría de los indicadores psicométricos clave, aunque con algunas consideraciones específicas que merecen atención.

Se realizaron varios análisis para evaluar la idoneidad de los ítems en la escala de medición de la Capacidad de Liderazgo Estudiantil, empleando estadísticos descriptivos para el resumen de los reactivos que incluyeron la media, desviación estándar, asimetría y curtosis, considerándose valores de estos dos últimos se mantuvieron cercanos a 0, reflejando que las puntuaciones de los ítems se distribuyeron de manera normal (Tabachnick & Fidell, 2019).

Las medias de los seis ítems de la escala se encontraron entre 1.77 y 2.11 (Tabla 1). Respecto a la desviación estándar, los ítems presentaron valores por debajo de 1 (Tabla 1). En cuanto a la asimetría y curtosis, todos los ítems mostraron coeficientes cercanos a 0 (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Análisis de ítems de las escala de capacidad de liderazgo*

| Ítem | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>As</i> | <i>Cu</i> | Correlación<br>ítem-rest | Frecuencia de respuesta (%) |       |       |       |
|------|----------|-----------|-----------|-----------|--------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|
|      |          |           |           |           |                          | 0                           | 1     | 2     | 3     |
| LI_1 | 1.78     | 0.71      | -0.38     | 0.15      | .511                     | 4.30                        | 25.85 | 57.72 | 12.14 |
| LI_2 | 2.02     | 0.68      | -0.41     | 0.38      | .576                     | 2.01                        | 15.96 | 60.34 | 21.69 |
| LI_3 | 2.06     | 0.70      | -0.51     | 0.41      | .520                     | 2.44                        | 14.29 | 58.05 | 25.23 |
| LI_4 | 1.87     | 0.66      | -0.42     | 0.53      | .652                     | 2.68                        | 21.17 | 62.97 | 13.19 |

|      |      |      |       |      |      |      |       |       |       |
|------|------|------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|
| LI_5 | 1.77 | 0.68 | -0.30 | 0.14 | .583 | 3.25 | 27.62 | 58.34 | 10.80 |
| LI_6 | 2.11 | 0.65 | -0.42 | 0.54 | .596 | 1.39 | 11.71 | 61.25 | 25.66 |

*Nota.* M = Media; DE = Desviación estándar; As = Asimetría; Cu = Curtosis.

La correlación entre los errores de los ítems LI\_1 y LI\_5 fue .180.

Se evaluó la discriminación de los ítems mediante la correlación poliserial ítem-rest, obteniendo valores superiores a .30 en todos los casos, lo que indica que los ítems son capaces de diferenciar adecuadamente entre sujetos con diferentes niveles del constructo medido (Meyer, 2014).

Por otro lado, se analizó la distribución de las respuestas para cada ítem con el objetivo de detectar la presencia de efectos suelo y techo encontrando que los ítems LI\_1, LI\_4 y LI\_5 no mostraron efectos significativos de suelo ni techo, utilizando adecuadamente las categorías de respuesta, Sin embargo, los ítems LI\_2, LI\_3 y LI\_6 presentaron efectos techo, donde más del 15% de los examinados obtuvieron la puntuación más alta posible. Esto sugiere una limitación en la discriminación en la parte alta de la escala para estos ítems (McHorney & Tarlov, 1995).

### **Evidencia de validez basada en la estructura interna**

Se probó mediante el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). El método de estimación utilizado fue los mínimos cuadrados ponderados diagonalmente (DWLS) con errores estándar robustos y una prueba estadística con media y varianza ajustada (WLSMV), empleando una aproximación scale-shifted (DiStefano, McDaniel, et al., 2018). La estimación de los modelos se realizó a partir de una matriz de correlaciones policóricas, adecuada para variables observables categóricas (Li, 2016). Respecto a los índices de ajuste para la evaluación de los modelos, se empleó la raíz del error cuadrático medio de

aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker y Lewis (TLI), la raíz del promedio de los residuos al cuadrado estandarizado (SRMR) y la raíz del promedio de los residuos al cuadrado ponderado (WRMR). Se consideraron adecuados los siguientes puntos de corte:  $RMSEA < .06$ ,  $CFI > .95$ ,  $TLI > .95$ ,  $SRMR < .08$  y  $WRMR < 1$  (DiStefano, Liu, et al., 2018; Hu & Bentler, 1999). Además, se valoró positivamente una baja razón entre la prueba estadística y los grados de libertad ( $SS\chi^2/gl$ ). Las cargas factoriales de todos los ítems superaron el umbral de .40, lo cual confirma que cada ítem contribuye de manera significativa al constructo latente de Capacidad de Liderazgo Estudiantil (Brown, 2015).

De otro lado, la fiabilidad de las puntuaciones se evaluó a través del método de consistencia interna. En este sentido, el coeficiente de fiabilidad elegido fue determinado previa comprobación de los supuestos de unidimensionalidad, ausencia de errores correlacionados y tau-equivalencia del modelo de medida. Los dos primeros supuestos se corroboraron a través del AFC, en tanto que, para el tercer supuesto se igualaron las cargas factoriales de los ítems de cada instrumento, probando estas medidas tau-equivalentes mediante un AFC. Los procedimientos estadísticos del AFC fueron los mismos que se utilizaron para la reelección de evidencia de validez basada en la estructura interna (medidas congénicas). Los modelos de medida tau-equivalente y congénico fueron comparados tomando como diferencias significativas ( $\Delta$ ) valores de .015, .010 y .010 para los índices de ajuste RMSEA, CFI y TLI, respectivamente (Chen, 2007). Por otro lado, se consideraron adecuados coeficientes de fiabilidad superiores a .70 (Nunnally & Bernstein, 1994). Adicionalmente, se estimaron los intervalos de confianza al 95% para los

coeficientes de fiabilidad a través del método bootstrap con sesgo corregido y acelerado con 10,000 replicaciones.

Los análisis estadísticos se realizaron en R versión 4.1.0 (R Core Team, 2021) a través del entorno de desarrollo integrado RStudio versión 1.4.1717 (RStudio Team, 2021). Los paquetes utilizados fueron: psych versión 2.1.3 (Revelle, 2021), lavaan versión 0.6-8 (Rosseel, 2012), semTools versión 0.5-4 (Jorgensen et al., 2021), MBESS versión 4.8.0 (Kelley, 2020), tidyverse versión 1.3.1 (Wickham et al., 2019), readxl versión 1.3.1 (Wickham & Bryan, 2019), pacman 0.5.1 (Rinker & Kurkiewicz, 2018), naniar versión 0.6.0 (Tierney et al., 2021), CTT versión 2.3.3 (Willse, 2018), pwr versión 1.3-0 (Champely, 2020), TestDataImputation versión 1.2 (Dai et al., 2020), TAM 3.6-45 (Robitzsch et al., 2021) y WrightMap versión 1.2.3 (Torres & Freund, 2014).

Se realizaron dos modelos de AFC para evaluar la estructura interna de la escala. Ambos modelos (LI\_A y LI\_B) mostraron un buen ajuste a los datos, con índices como RMSEA ( $< .06$ ), CFI ( $> .95$ ) y SRMR ( $< .08$ ) dentro de los límites recomendados.

**Tabla 2**

*Análisis factorial confirmatorio de las escalas de capacidad de liderazgo*

| Modelo      | $SS\chi^2$ | gl | $SS\chi^2/gl$ | RMSEA [90% IC]    | CFI  | TLI  | SRMR | WRMR  |
|-------------|------------|----|---------------|-------------------|------|------|------|-------|
| Modelo LI_A | 105.297    | 9  | 11.700        | .072 [.060; .084] | .983 | .972 | .031 | 1.246 |
| Modelo LI_B | 55.218     | 8  | 6.875         | .053 [.040; .067] | .992 | .985 | .023 | 0.889 |

*Nota.* RMSEA = Raíz del error cuadrático medio de aproximación; IC = Intervalo de confianza; CFI = Índice de ajuste comparativo; TLI = Índice de Tucker y Lewis; SRMR = Raíz del promedio de los residuos al cuadrado estandarizado; WRMR = Raíz del promedio de los residuos al cuadrado ponderado.

### Modelo Rasch de Escala de Valoración de Andrich

El análisis del modelo Rasch de Andrich también mostró que todos los ítems presentan un buen ajuste, con valores de Outfit e Infit situados entre 0.8 y 1.2. Obteniéndose una EAP reliability (0.766) y una WLE Reliability (0.754).

**Tabla 3**

*Estimación del Modelo Rasch de Andrich (Rating Scale)*

| Ítem | Localización | Error de estimación | Outfit | Infit | Umbral |   |       | Carga factorial |
|------|--------------|---------------------|--------|-------|--------|---|-------|-----------------|
|      |              |                     |        |       | 1      | 2 | 3     |                 |
| LI_1 | -0.643       | .039                | 1.095  | 1.081 | -      | - | 2.475 | .558            |
| LI_2 | -1.449       | .041                | 1.025  | 1.029 | -      | - | 1.669 | .669            |
| LI_3 | -1.603       | .041                | 1.172  | 1.177 | -      | - | 1.515 | .619            |
| LI_4 | -0.935       | .040                | 0.846  | 0.849 | -      | - | 2.183 | .764            |
| LI_5 | -0.611       | .039                | 0.928  | 0.926 | -      | - | 2.507 | .645            |
| LI_6 | -1.788       | .042                | 0.956  | 0.971 | -      | - | 1.330 | .696            |

Las cargas factoriales obtenidas para los ítems fueron satisfactorias, lo que refuerza la calidad psicométrica de esta escala.

### Evidencia de validez basada en la relación con otras variables

Respecto a la evidencia convergente, la escala de liderazgo indicó un AVE igual a .438. Asimismo, el ajuste de la relación entre las variables fue bueno,  $SS\chi^2 = 356.390$ ;  $gl = 33$ ;  $SS\chi^2/gl = 10.800$ ;  $RMSEA = .068$ , IC 90% [.062, .075];  $CFI = .968$ ,  $TLI = .956$ ;  $SRMR = .043$ ,  $WRMR = 1.736$ , donde todas las cargas factoriales fueron mayores a .50 y la relación entre las variables fue .623. Estos resultados indican que las variables presentan evidencia convergente. Por otro lado, respecto a la evidencia discriminante, el HTMT ratio fue menor a .85, siendo este valor igual a .605. Además, el criterio de Fornell y Larcker fue obtenido para ambas

variables, mostrando que la raíz cuadrada del AVE para liderazgo (.662) fue mayor que la correlación entre ellas (.623). Los resultados de la ratio HTMT y el criterio de Fornell y Larcker permitieron concluir que las variables de estudio mostraron una adecuada evidencia discriminante.

Acerca del análisis de invarianza por sexo los resultados muestran que el modelo configural tiene un buen ajuste con un  $SS\chi^2$  de 66.940,  $gl = 16$ , RMSEA = .056, CFI = .991, TLI = .983, SRMR = .026 y WRMR = 0.987. Este resultado indica que la estructura básica del modelo es equivalente entre ambos grupos, lo que significa que hombres y mujeres conceptualizan la capacidad de Liderazgo estudiantil de manera similar.

Luego, al comparar las diferencias de los índices de ajuste entre los modelos restringidos y el modelo configural, se observa que el modelo de la Proposición 4 tiene un  $\Delta$ RMSEA de .009,  $\Delta$ CFI de .000, y  $\Delta$ TLI de .005, lo que sugiere que al imponer restricciones adicionales, los cambios en los índices de ajuste son mínimos y dentro de los límites aceptables. El modelo de la Proposición 7 muestra un ajuste similar, con  $\Delta$ RMSEA de .002,  $\Delta$ CFI de .001, y  $\Delta$ TLI de .001.

**Tabla 4**

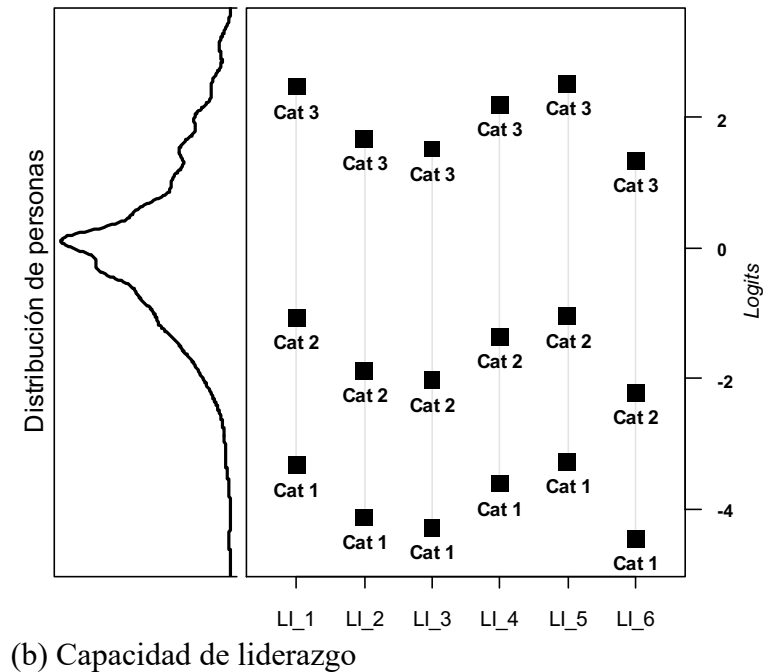
*Análisis de invarianza de la Capacidad de liderazgo según el sexo*

| Modelo        | $SS\chi^2$ | gl | RMSEA ( $\Delta$ ) | CFI ( $\Delta$ ) | TLI ( $\Delta$ ) | SRMR | WRMR  |
|---------------|------------|----|--------------------|------------------|------------------|------|-------|
| Configural    | 66.940     | 16 | .056               | .991             | .983             | .026 | 0.987 |
| Proposición 4 | 72.377     | 22 | .047 (.009)        | .991 (.000)      | .988 (.005)      | .026 | 1.051 |
| Proposición 7 | 83.226     | 27 | .045 (.002)        | .990 (.001)      | .989 (.001)      | .029 | 1.239 |



**Figura 1**

*Mapa de personas e ítems*



Los modelos muestran que las restricciones adicionales no afectan significativamente el ajuste del modelo, lo que sugiere que la escala mide la la capacidad de Liderazgo estudiantil de manera equivalente en ambos grupos.

### **Fiabilidad**

Considerando la evaluación de los supuestos mencionados y la naturaleza categórica de los ítems, la fiabilidad por consistencia interna se estimó a partir del coeficiente omega ordinal que representa la fiabilidad del puntaje total con relación al constructo (Flora, 2020). Las puntuaciones de la escala de liderazgo indicaron un coeficiente igual a .755 (los intervalos de confianza no se estimaron debido a presencia de errores correlacionados). En ambos casos, los niveles de fiabilidad de las puntuaciones fueron adecuadas (Nunnally & Bernstein, 1994).

Complementariamente, se estimaron las correlaciones policóricas ítem-ítem para tener una mejor comprensión de la fiabilidad.

## **Discusión**

Las universidades tienen un rol fundamental en el desarrollo de competencias de liderazgo para que los estudiantes puedan enfrentar con éxito los desafíos del mundo laboral y la globalización (Pedraja et al, 2021; Sierra, 2016). El análisis de la escala muestra que mide efectivamente las capacidades de liderazgo estudiantil, lo que permite a las universidades evaluar si están logrando este objetivo. Las buenas propiedades psicométricas de la escala, como su validez interna y fiabilidad, respaldan su uso en el contexto educativo peruano, donde se carece de instrumentos específicos.

Atendiendo las demandas actuales, el objetivo de este estudio ha sido construir una escala breve para medir la capacidad de liderazgo aplicable en estudiantes universitarios peruanos. Se puede concluir que los seis ítems de la escala (Apéndice B), muestran un rendimiento psicométrico robusto y aunque los ítems LI\_2, LI\_3 y LI\_6 presentan efectos techo que podrían justificar una revisión si se busca optimizar la sensibilidad en la parte alta de la escala, no es estrictamente necesario eliminarlos, ya que siguen siendo útiles para la evaluación general del constructo de capacidad de Liderazgo Estudiantil. Por lo tanto, resulta pertinente conservar estos ítems, con la opción de que en estudios posteriores se puedan realizar ajustes en ellos con el objetivo mejorar aún más la precisión de la escala. De ahí que la construcción de este instrumento de medición de la capacidad de Liderazgo Estudiantil, cuya extensión permite un fácil manejo por parte de la comunidad científica y para la toma de decisiones en tiempo real de los gestores de las instituciones de educación superior, representa un avance

metodológico respecto a la habitual construcción de instrumentos psicométricos sobre liderazgo.

## Referencias

- Aguilar-Bustamante, M. C., & Correa-Chica, A. (2017). Análisis de las variables asociadas al estudio del liderazgo: una revisión sistemática de la literatura. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.avae>
- Al-Mansoori, R. S., & Koç, M. (2019). Transformational Leadership, Systems, and Intrinsic Motivation Impacts on Innovation in Higher Education Institutes: Faculty Perspectives in Engineering Colleges. *Sustainability*, 11(15), 1-26. <https://doi.org/10.3390/su11154072>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). A classification system for research designs in psychology. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quíñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Barrera, J., Martínez, M. (2020) El papel de la toma de decisiones en el liderazgo organizacional *Gerencia libre*, 7 19 - 33

- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2a ed.). Guilford Press.
- Cabana, S., Cortés, F. & Coll, O. (2022). Influencia del liderazgo académico en el aprendizaje significativo de los estudiantes de la Facultad de Ingeniería, Universidad de La Serena, Chile. *Estudios pedagógicos*, 48(3), 117-134. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-07052022000300117>
- Campoverde, R., Rosero, C., Gonzáles, V., & Ortiz, E. (2018). Estilos de liderazgo de hombres y mujeres universitarios que estudian ciencias administrativas. *Espacios*, 39(13), 7-16. <http://revistaespacios.com/a18v39n13/a18v39n13p07.pdf>
- Champely, S. (2020). *Pwr: Basic functions for power analysis* (R package version 1.3-0). <https://cran.r-project.org/package=pwr>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464–504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Dai, S., Wang, X., & Svetina, D. (2020). *TestDataImputation: Missing item responses imputation for test and assessment data* (R package version 1.2). <https://cran.r-project.org/package=TestDataImputation>
- Dávila Quintana, C., Mora, J., Pérez, P. y Vila, L. (2015). ¿Es posible potenciar la capacidad de liderazgo en la universidad? *Innovar*, 25(56), 129-140. <http://dx.doi.org/10.15446/innovar.v25n56.48995>
- DiStefano, C., Liu, J., Jiang, N., & Shi, D. (2018). Examination of the Weighted Root Mean Square Residual: Evidence for trustworthiness? *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 25(3), 453–466. <https://doi.org/10.1080/10705511.2017.1390394>

- DiStefano, C., McDaniel, H. L., Zhang, L., Shi, D., & Jiang, Z. (2018). Fitting large factor analysis models with ordinal data. *Educational and Psychological Measurement*, 79(3), 417–436. <https://doi.org/10.1177/0013164418818242>
- Fam, D., Clarke, E., Freeth, R., Derwort, P., Klaniecki, K., Kater-Wettstädt, L., Juarez-Bourke, S., Hilser, S., Peukert, D., Meyer, E. y Horcea-Milcu, A. (2019). Interdisciplinary and transdisciplinary research and practice: Balancing expectations of the ‘old’ academy with the future model of universities as ‘problem solvers’. *Higher Education Quarterly*, 74(1), 19–34. <https://doi.org/10.1111/hequ.12225>
- Flora, D. B. (2020). Your coefficient alpha is probably wrong, but which coefficient omega is right? A tutorial on using R to obtain better reliability estimates. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 3(4), 484–501. <https://doi.org/10.1177/2515245920951747>
- Gallo, C. (2022) How great leaders communicate . *Harvard, Bussiness Review*. <https://hbr.org/2022/11/how-great-leaders-communicate>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2021). *SemTools: Useful tools for structural equation modeling* (R package version 0.5-4). <https://cran.r-project.org/package=semTools>
- Kelley, K. (2020). *MBESS: The MBESS R package* (R package version 4.8.0). <https://cran.r-project.org/package=MBESS>

- Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936–949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>
- Luthra, A. (2015). Effective Leadership is all about Communicating Effectively: Connecting Leadership and Communication. *Researchgate*
- McHorney, C. A., & Tarlov, A. R. (1995). Individual-patient monitoring in clinical practice: Are available health status surveys adequate? *Quality of Life Research*, 4, 293–307. <https://doi.org/10.1007/BF01593882>
- Meyer, J. P. (2014). *Applied measurement with jmetrik*. Routledge.
- Misas, J., López, M. & Fuentes, I. (2021). El liderazgo estudiantil universitario ante los retos de la inclusión social. Sistematización de experiencias. *Conrado*, 17(83), 128-135
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3a ed.). McGraw-Hill.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (26 de abril de 2021). *Conferencia Mundial sobre la Educación Superior 2009: La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo*, communiqué. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183277\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183277_spa)
- Pedraja-Rejas, L. Rodríguez-Ponce, E., Espinoza-Marchant, C., y Muñoz-Fritis, C. (2021). Leadership and culture in engineering programs: study at a Chilean university. *Formación universitaria*, 14(1), 67-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062021000100067>

- Quiñones, L., & Espíritu-Álvarez, F. (2023). Una revisión de la investigación empírica sobre liderazgo transformacional en universitarios (2014-2023). *Propósitos y Representaciones*, 11(3), e1871. <https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n3.1871>
- R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.r-project.org>
- Revelle, W. (2021). *Psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research* (R package version 2.1.3). Northwestern University. <https://cran.r-project.org/package=psych>
- Rinker, T. W., & Kurkiewicz, D. (2018). *Pacman: Package management for R* (R package version 0.5.1). <http://github.com/trinker/pacman>
- Riquelme-Castañeda, J. y Pedraja-Rejas, L. (2019). El liderazgo, la cultura y los desafíos de educación. *Ingeniare, Revista chilena de ingeniería*, 27(1), 5-7. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052019000100005>
- Rivera, R. G., Santos, D., y Martín-Fernández, M. (2017). Spanish validation of the Servant Leadership Short Scale for young adults and adolescents/Validación de la Escala de Liderazgo de Servicio Versión Abreviada en español para jóvenes adultos y adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 32(2), 395-423. <http://dx.doi.org/10.1080/02134748.2017.1292701>
- Robitzsch, A., Kiefer, T., & Wu, M. (2021). *TAM: Test Analysis Modules* (R package version 3.6-45). <https://cran.r-project.org/package=TAM>
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>

- RStudio Team. (2021). *RStudio: Integrated Development Environment for R*. RStudio, PBC. <http://www.rstudio.com/>
- Sierra Villamil, G. (2016). Liderazgo educativo en el siglo XXI, desde la perspectiva del emprendimiento sostenible. *Revista Escuela De Administración De Negocios*, (81), 111-128. <https://doi.org/10.21158/01208160.n81.2016.1562>
- Stamov, C. (2016) *Liderazgo y motivación*. Liderazgo Hoy. Springer
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7a ed.). Pearson.
- Tierney, N., Cook, D., McBain, M., & Fay, C. (2021). *Naniar: Data structures, summaries, and visualisations for missing data* (R package version 0.6.1). <https://cran.r-project.org/package=naniar>
- Torres, D., & Freund, R. (2014). *Wright Map: IRT item-person map with ConQuest integration* (R package version 1.2.3). <http://github.com/david-ti/wrightmap>
- Tsai, Y., Poquet, O., Gašević, D., Dawson, S. y Pardo, A. (2019). Complexity leadership in learning analytics: Drivers, challenges and opportunities. *British Journal of Educational Technology*, 50(6), 1-16. <https://doi.org/10.1111/bjet.12846>
- Wickham, H., & Bryan, J. (2019). *Readxl: Read Excel files* (R package version 1.3.1). <https://cran.r-project.org/package=readxl>
- Wickham, H., Averick, M., Bryan, J., Chang, W., McGowan, L. D. A., François, R., Grolemund, G., Hayes, A., Henry, L., Hester, J., Kuhn, M., Lin, T., Miller, E., Bache, S. M., Müller, K., Ooms, J., Robinson, D., Seidel, D. P., Spinu, V., ... Woo, K. (2019). Welcome to the tidyverse. *Journal of Open Source Software*, 4(43), 1686. <https://doi.org/10.21105/joss.01686>



Willse, J. T. (2018). *CTT: Classical Test Theory functions* (R package version 2.3.3). <https://cran.r-project.org/package=CTT>

Yunita, I., Syam, H (2023) The Role of Leadership in Decision Making and Team Building *The 5Th Graduate International Conference 2023*

**DESARROLLO DE UNA IMAGEN CORPORAL POSITIVA A  
TRAVÉS DEL USO DE INSTAGRAM EN ESTUDIANTES DE  
EDUCACIÓN PRIMARIA: UNA INTERVENCIÓN  
EDUCATIVA**

Gracia Cristina Villodres<sup>1</sup>, José Antonio Martínez-Domingo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a Gracia Cristina Villodres, Departamento de Expresión Corporal, Facultad de Ciencias de la Educación, Granada, 18071, [gevillodres@ugr.es](mailto:gevillodres@ugr.es)

## **Introducción**

La imagen corporal es la representación mental que una persona construye de su propio cuerpo, abarcando aspectos perceptivos, cognitivos, afectivos y comportamentales (Rodríguez-Camacho y Alvis-Gómez, 2015; Nieves, 2009). Este constructo dinámico está influenciado por diversos factores socioculturales, experiencias sensoriales y la autoestima (Rodríguez-Camacho y Alvis-Gómez, 2015). Desde una perspectiva analítico-comportamental, la imagen corporal se concibe como un resultado de interacciones operantes y respondientes, moldeadas por prácticas culturales y las relaciones verbales que las personas establecen con su propio cuerpo (Elias et al., 2023).

El desarrollo de la imagen corporal cobra especial relevancia durante la etapa de Educación Primaria, particularmente en los últimos cursos. En este sentido, la educación física, junto con actividades de expresión corporal, puede contribuir a mejorar la satisfacción corporal, especialmente en las niñas (Papí-Monzó et al., 2021). No obstante, aunque las intervenciones físicas tienden a incrementar la conciencia y la condición corporal, la insatisfacción puede persistir (Martín-Sánchez et al., 2023). Por otro lado, algunos estudios sugieren que la práctica regular de actividad física se asocia con una mejor percepción de la imagen corporal y puntuaciones más altas en varios de sus factores (Menéndez-Mato y González-González de Mesa, 2019). A pesar de estos beneficios, las preocupaciones sobre la imagen corporal pueden influir negativamente en la participación en las clases de educación física, sobre todo entre las estudiantes femeninas (Lagos-Hernández et al., 2021). En este contexto, el rol del profesorado es clave para abordar estas inquietudes y promover hábitos saludables.

Por otra parte, el uso de redes sociales, particularmente Instagram, también puede tener un impacto considerable en la imagen corporal y la autopercepción de los adolescentes (Camacho-Vidal et al., 2023). Sin embargo, cuando se emplean adecuadamente, estas plataformas ofrecen oportunidades educativas valiosas. En particular, la naturaleza visual de Instagram lo convierte en un recurso innovador para la enseñanza de conceptos como la sostenibilidad (Robles-Moral et al., 2021) y la educación para la salud (Castañeda-Mercado et al., 2023). Cabe destacar que los estudiantes de primaria están utilizando cada vez más las redes sociales, lo que les permite desarrollar competencias mediáticas de forma informal (Pérez-Escoda, 2018). De esta manera, los educadores pueden aprovechar estas plataformas para mejorar las experiencias de aprendizaje, dado que los estudiantes encuentran gratificación en la interacción social y el entretenimiento que estas brindan (García-Ruiz et al., 2018). Instagram, de hecho, ha sido implementado con éxito en diversos contextos educativos, desde las ciencias básicas (Castañeda-Mercado et al., 2023) hasta el aprendizaje basado en proyectos.

Para hacer frente a las preocupaciones relacionadas con la imagen corporal, las escuelas podrían implementar programas de educación física enfocados en la salud (Tornero-Quñones et al., 2015). A pesar de las ventajas que las redes sociales pueden ofrecer, es fundamental considerar cuidadosamente sus beneficios y posibles desventajas en el ámbito educativo (Jiménez-Mariscal et al., 2020).

En consecuencia, el objetivo del presente trabajo es exponer una propuesta de intervención para el desarrollo de una imagen corporal positiva a través del uso de la red social de Instagram en estudiantes de quinto y sexto curso de Educación Primaria.

## **Método**

### **Participantes**

La presente propuesta está dirigida a los estudiantes de quinto y sexto curso de Educación Primaria de un centro concertado en Granada capital de línea 2, con edades comprendidas entre los 10 y 12 años. El grupo de participantes está formado por un total de 100 alumnos, 25 por grupo, con una representación equitativa de ambos géneros.

Los estudiantes de estos cursos se encuentran en una fase de transición clave, en la que comienzan a experimentar cambios físicos significativos propios de la pubertad. Estos cambios pueden generar inquietudes sobre su imagen corporal y autoestima, lo que hace crucial la intervención en este momento. Dado que en esta etapa los alumnos están cada vez más expuestos a plataformas digitales como Instagram, es necesario educarlos sobre el uso adecuado de estas redes y cómo pueden afectar su percepción corporal.

### **Procedimiento**

Para llevar a cabo la intervención educativa destinada a desarrollar una imagen corporal positiva en estudiantes de quinto y sexto curso de Educación Primaria mediante el uso de Instagram, se seguirán los siguientes pasos:

En primer lugar, se establecerá contacto con el centro educativo concertado en Granada capital. Este contacto inicial incluirá una presentación formal de la propuesta, en la que se detallarán los objetivos y beneficios de la intervención. Se solicitará una reunión con el equipo directivo y el profesorado de Educación Física para explicar en profundidad el enfoque y la metodología del proyecto. Durante esta reunión, se abordarán posibles dudas y se resolverán inquietudes sobre la implementación de la propuesta.

Una vez obtenida la aprobación del centro, se procederá a solicitar el consentimiento de los padres. Se elaborará un formulario de consentimiento que permitirá a los padres autorizar la participación de sus hijos en la intervención y la publicación de sus trabajos en Instagram. Este formulario incluirá información detallada sobre el propósito de la campaña, la naturaleza del contenido que se publicará y las medidas que se tomarán para proteger la privacidad y seguridad de los estudiantes. El formulario se distribuirá a las familias a través de los canales habituales del centro, como el correo electrónico y las reuniones informativas. Se establecerá un plazo para la devolución del formulario firmado para asegurar que todos los participantes cuenten con el consentimiento necesario.

Con el consentimiento de los padres asegurado, se procederá a formar cinco grupos de trabajo, cada uno compuesto por aproximadamente 5-6 estudiantes. Estos grupos serán mixtos, integrando tanto a niños como a niñas para fomentar una colaboración diversa y enriquecedora. A cada grupo se le asignará la tarea de diseñar y desarrollar una campaña de concienciación sobre la imagen corporal positiva con el *hashtag* “*RealBody+*”. Esta campaña se llevará a cabo en una cuenta de Instagram específica para el proyecto, la cual será gestionada y supervisada por el equipo educativo.

#### Desarrollo de la propuesta

##### Actividad 1: Introducción y planificación de la campaña

##### Objetivo

Introducir la campaña “*RealBody+*” y planificar el contenido a crear.

##### Material

Presentación en PowerPoint o similar.

Hojas de papel y bolígrafos para *brainstorming*.

Formulario de consentimiento (para distribución posterior).

Organización

Reunir a todos los estudiantes en el aula.

Dividir a los estudiantes en cinco grupos de trabajo.

Desarrollo de la actividad

**Presentación del proyecto.** Explicar el propósito de la campaña "*RealBody+*" y su enfoque en promover una imagen corporal positiva. Mostrar ejemplos de representaciones poco realistas en redes sociales y discutir cómo la campaña propondrá una alternativa positiva.

**División de grupos.** Formar cinco grupos de trabajo, asegurando una distribución equilibrada entre niños y niñas. Explicar que cada grupo se encargará de una parte específica de la campaña.

**Lluvia de ideas.** Cada grupo realizará una sesión de *brainstorming* para idear ideas para su contenido. Los temas pueden incluir mensajes positivos sobre la imagen corporal, desafíos a estereotipos y ejemplos de aceptación del cuerpo. Elaborar un esquema de su propuesta, incluyendo el tipo de contenido (videos, imágenes, mensajes) y los temas a tratar.

**Asignación de tareas.** Dentro de cada grupo, asignar roles y tareas específicas, como la redacción de guiones, diseño gráfico, o roles para la grabación de videos.

Actividad 2: Creación de contenidos

Objetivo

Crear el contenido para la campaña "*RealBody+*".

Material

Cámara o teléfono para grabación de videos.

Ordenadores o tabletas para edición de videos y diseño gráfico.

Materiales para diseño gráfico (papel, marcadores, etc.).

Organización

Dividir el tiempo en bloques para grabación, edición y diseño.

Desarrollo de la actividad

**Revisión de ideas.** Cada grupo presentará sus ideas y esquema de contenido a los otros grupos para recibir retroalimentación constructiva.

**Producción de videos.** Los grupos grabarán videos representando situaciones que cuestionan estándares poco realistas y muestran alternativas positivas. Ejemplos pueden incluir celebraciones de la diversidad corporal y la aceptación personal. Asegurarse de que los videos sean claros, positivos y respetuosos.

**Edición y diseño.** Los grupos editarán sus videos y diseñarán imágenes que acompañarán el contenido. Utilizarán herramientas digitales para asegurar la calidad del material. Preparar el contenido para su publicación en Instagram, incluyendo descripciones y hashtags.

**Preparación para la publicación.** Realizar una revisión final de los contenidos para garantizar que todo esté listo para la publicación.

Actividad 3: Revisión y ajustes

Objetivo

Revisar y ajustar el contenido creado antes de la publicación.

Material

Contenidos creados (videos, imágenes).

Herramientas de edición si es necesario.

Organización

Cada grupo tendrá tiempo para presentar su contenido y recibir retroalimentación.



Desarrollo de la actividad

**Presentación de contenidos.** Cada grupo presentará sus videos y publicaciones a los demás grupos para una revisión final. Discutir en grupo la efectividad del mensaje y hacer ajustes según las recomendaciones.

**Revisión y correcciones.** Realizar ajustes en los videos y publicaciones basados en la retroalimentación recibida. Mejorar la claridad del mensaje y la calidad del contenido.

**Práctica de publicación.** Simular el proceso de publicación en Instagram, incluyendo el uso de herramientas y características de la plataforma para maximizar el impacto del contenido.

**Simulación de interacción.** Practicar la interacción con la audiencia mediante la respuesta a comentarios y mensajes, fomentando un ambiente positivo.

Actividad 4: Publicación y evaluación

Objetivo

Publicar el contenido y evaluar el impacto de la campaña.

Material

Cuenta de Instagram "*RealBody+*".

Encuestas para la evaluación del impacto.

Organización

Tiempo dividido para la publicación, promoción y evaluación.

Desarrollo de la actividad

**Publicación del contenido.** Publicar los videos y otros contenidos en la cuenta de Instagram "*RealBody+*". Asegurarse de que todas las publicaciones se realicen en la cuenta del proyecto, bajo la supervisión del equipo educativo.

**Promoción y difusión.** Compartir la cuenta de Instagram con compañeros y en otros canales recomendados para aumentar el alcance de la campaña. Incentivar la participación de los estudiantes en la promoción y el apoyo a la campaña.

**Evaluación del impacto.** Realizar una sesión de reflexión para discutir el impacto de la campaña y recoger opiniones sobre el efecto de las publicaciones. Aplicar encuestas para evaluar la percepción de los estudiantes sobre la imagen corporal y la efectividad del uso de Instagram.

**Reflexión y cierre.** Compartir experiencias y aprendizajes obtenidos durante el proyecto. Celebrar los logros del proyecto y reconocer el esfuerzo de cada grupo.

### **Discusión y Conclusiones**

La implementación de programas educativos que integren tanto la actividad física como el uso consciente y educativo de redes sociales como Instagram tiene un impacto significativo en la construcción de una imagen corporal positiva en los estudiantes de Educación Primaria. A lo largo de esta propuesta de intervención, se ha mostrado que los alumnos, al encontrarse en una etapa de transición física y emocional, son especialmente susceptibles a las influencias externas sobre la imagen corporal, lo que resalta la importancia de una intervención educativa oportuna.

El uso de Instagram, a menudo considerado una plataforma que refuerza estereotipos poco realistas, puede transformarse en una herramienta valiosa cuando se le da un enfoque pedagógico. La campaña "*RealBody+*" muestra que, mediante una orientación adecuada, los estudiantes pueden utilizar esta red social para promover la aceptación del propio cuerpo y desafiar las normas establecidas. Este tipo de intervención no solo fomenta la autoestima y el respeto

hacia la diversidad corporal, sino que también empodera a los estudiantes para ser agentes activos en la creación de contenido positivo y significativo en las redes.

Además, el enfoque colaborativo utilizado en esta intervención subraya el valor del trabajo en equipo y la participación activa de los estudiantes. La creación de campañas en grupos no solo favorece el desarrollo de habilidades sociales, sino que también contribuye a una mejor comprensión del impacto que los medios digitales pueden tener en su autopercepción. Esto refuerza la idea de que los educadores no deben limitarse a enseñar contenidos curriculares tradicionales, sino que deben asumir un rol más amplio que incluya la alfabetización digital y el análisis crítico de las redes sociales. Al proporcionar a los estudiantes las herramientas necesarias para utilizar Instagram de forma constructiva, se les ayuda a desarrollar un pensamiento crítico frente a los contenidos que consumen y a adoptar una actitud más proactiva en su interacción con las plataformas digitales.

Por otro lado, el papel del profesorado de Educación Física se revela como un elemento fundamental en el éxito de estas intervenciones. No solo son responsables de guiar las actividades físicas que mejoran la condición corporal y la satisfacción con el propio cuerpo, sino que también son esenciales para crear un entorno de aprendizaje seguro en el que se puedan abordar las preocupaciones sobre la imagen corporal de manera abierta y constructiva. La formación continua de estos profesionales es crucial para que puedan integrar estas nuevas metodologías de forma efectiva, haciendo uso de las tecnologías disponibles y promoviendo valores de aceptación y respeto por la diversidad.

A pesar de los avances que puede llegar a conseguir esta intervención, es importante señalar que el camino hacia una imagen corporal plenamente positiva

y estable no es lineal ni inmediato. La insatisfacción corporal, tal como se ha reflejado en estudios previos (Martín-Sánchez et al., 2023), puede persistir incluso después de programas bien diseñados. Esto resalta la necesidad de enfoques educativos continuos y multidimensionales que no solo se centren en el aspecto físico, sino que también aborden factores emocionales, psicológicos y sociales.

De cara al futuro, sería beneficioso que este tipo de programas se expandan más allá del ámbito de la Educación Primaria y se implementen también en otras etapas educativas, como la secundaria, donde los problemas de imagen corporal pueden agudizarse debido a los cambios más significativos en la pubertad y la mayor exposición a las redes sociales. Además, se recomienda continuar investigando el impacto a largo plazo de estas intervenciones para comprender mejor cómo se pueden optimizar sus efectos y garantizar que los estudiantes mantengan una relación saludable con su cuerpo y con los medios digitales a lo largo del tiempo.

## Referencias

- Camacho-Vidal, P., Díaz-López, A. y Sabariego-García, J. A. (2023). Relación Entre el uso de Instagram y la Imagen Corporal de los Adolescentes. *Apuntes de Psicología*, 41(2), 117-122. <https://doi.org/10.55414/ap.v41i2.1537>
- Castañeda-Mercado, R., Lapeira-Panneflex, P. y Osorio-Duran, E. (2023). Uso de Instagram en el aprendizaje de las áreas básicas en ciencias de la salud. *Duazary*, 20(2), 8-16. <https://doi.org/10.21676/2389783x.5352>
- Elias, L. R., de Souza, A. S. y Branco, P. C. C. (2023). O conceito de Imagem Corporal como produto de relações sócio-verbais: cultura, self e corpo. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 19(2). <https://doi.org/10.18542/rebac.v19i2.15664>

- García-Ruiz, R., Morueta, R. T. y Gómez, Á. H. (2018). Redes sociales y estudiantes: motivos de uso y gratificaciones. Evidencias para el aprendizaje. *Aula abierta*, 47(3), 291-298. <https://doi.org/10.17811/RIFIE.47.3.2018.291-298>
- Jiménez-Mariscal, L. M., Vasilkova, E. y Morales-Alarcón, A. (2020). Proceso de enseñanza-aprendizaje mediante las redes sociales. En *Tecnologías educativas y estrategias didácticas* (pp. 963-967). Servicio de Publicaciones.
- Lagos-Hernández, R. I., Jerez-Fuenzalida, T., Fuentes-Vilugrón, G. A., Willschrei-Barra, A., Acuña-Molina, K. y Leichte-San Martín, M. (2022). Imagen corporal y participación en las clases de Educación Física. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (44), 444-455. <https://doi.org/10.47197/retos.v44i0.91115>
- Martín-Sánchez, J. A., Caracuel-Cáliz, R. C., Colldo-Fernández, D., Torres-Campos, B. T., y Cepero-González, M. D. M. (2023). Valoración de la imagen y la composición corporal tras la implementación de un programa de actividad física en alumnado de Educación Primaria. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (47), 814-822. <https://doi.org/10.47197/retos.v47.90727>
- Menéndez-Mato, D. y González-González de Mesa, C. (2019). *Relaciones entre la práctica de actividad física y deportiva, el autoconcepto, la imagen corporal y los hábitos alimentarios en estudiantes de primaria*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Oviedo, España] <http://hdl.handle.net/10662/9804>
- Nieves, I. R. (2009). La Imagen corporal: Hacia una construcción social para la psicología industrial organizacional. *Poiésis*, (18). <https://doi.org/10.21501/16920945.131>
- Papí-Monzó, M., García-Martínez, S., García-Jaén, M. y Ferriz Valero, A. (2021). Orientaciones de meta y necesidades psicológicas básicas en el desarrollo de la Expresión Corporal en educación primaria: un estudio piloto. <https://doi.org/10.47197/RETOS.V42I0.83124>
- Pérez-Escoda, A. P. (2018). Uso de smartphones y redes sociales en alumnos/as de educación primaria. *Prisma Social: revista de investigación social*, (20), 76-91.

- Robles-Moral, F. J., Fernández-Díaz, M. y Ayuso-Fernández, G. E. (2021). Desarrollo Sostenible a través de Instagram. Estudio de propuestas de futuros docentes de primaria. *EduTec, Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, (76), 212-227. <https://doi.org/10.21556/edutec.2021.76.1919>
- Rodríguez-Camacho, D. F. y Alvis-Gómez, K. M. (2015). Generalidades de la imagen corporal y sus implicaciones en el deporte. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 279-287. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.49387>
- Tornero-Quñones, I., Sierra-Robles, Á., Carmona-Márquez, J. y Gago-Sampedro, J. G. (2015). Implicaciones didácticas para la mejora de la imagen corporal y las actitudes hacia la obesidad desde la Educación Física. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (27), 146-151. <https://doi.org/10.47197/RETOS.Vol27.34367>

**ACTUALIZACIÓN DEL EFECTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA  
SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO  
DEPRESIVO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Ramírez-Pérez, Paula

Centro de Psicología y Bienestar INHALA, San Fernando (Cádiz)

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Paula Ramírez Pérez, Calle Cecilio Pujazón 14 San Fernando (Cádiz) 11100, paularr14@gmail.com.**

## **Introducción**

Se estima que, a nivel mundial, un 5% de los adultos padecen depresión, lo cual implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. Esta condición puede afectar a cualquier persona, generando cambios de ánimo y repercusiones en las relaciones familiares, amistosas y comunitarias, así como en el ámbito escolar o laboral (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2023).

Respecto a los tratamientos para la depresión, el enfoque más comúnmente utilizado es el farmacológico, seguido de tratamientos psicológicos como la "Terapia de conducta" y la "Terapia Cognitiva de Beck". Además, se ha evidenciado que el ejercicio físico proporciona beneficios tanto a nivel físico como psicológico, mejorando los síntomas depresivos (Palacio, L. R., et al. 2024).

Por tanto, la práctica de actividad física puede ser una opción de tratamiento no farmacológico viable, ya que tiene un impacto positivo en la reducción de los síntomas depresivos (Haro, E. R. G. (2024).). La actividad física abarca cualquier tipo de movimiento realizado durante el tiempo de ocio, desplazamiento o como parte de las actividades laborales. Puede llevarse a cabo a diferentes intensidades, ya sea leve, moderada o intensa. Además, la práctica regular de actividad física conlleva numerosos beneficios para el estado muscular, cardiorrespiratorio y óseo, además de contribuir a la prevención y mejora de la hipertensión, enfermedades cardíacas, diabetes, diversos tipos de cáncer y promover la salud cognitiva, a parte de la citada depresión (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2022b).

Se ha observado que el ejercicio físico mejora los síntomas depresivos, especialmente en pacientes que no reciben ningún otro tratamiento (Kvam et al.,



2016), lo que sugiere que podría ser un tratamiento importante para reducir las dosis del tratamiento farmacológico (Herrera, 2021; Ordoñez, 2022).

Por lo tanto, el objetivo principal de esta revisión es realizar una actualización para conocer el efecto de la actividad física como estrategia de tratamiento en personas diagnosticadas de depresión.

## **Método**

Esta revisión recoge estudios donde se investiga el efecto de la actividad física sobre los síntomas de la depresión en adultos. Se utilizó la base de datos de PubMed para identificar ensayos controlados aleatorios realizados en personas adultas que se hayan publicado durante el último año. Los criterios de búsqueda incluyeron “activity, physical[MeSH Terms] and depressive disorder”.

Fuente de datos y estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda siguió el marco PICO, utilizando palabras clave, texto libre y términos MeSH, según corresponda.

Participantes: humans, adults, depression disorder, depressive, depression

Intervención: physical activity, exercise, aerobic, resistance, motor complexity

Comparación: physical activity, aerobic, motor complexity, resistance, control

Outcome: depressive disorder, depression disorder

Los criterios de inclusión fueron estudios que:

Evaluaran el efecto de la actividad física en pacientes con diagnóstico clínico de depresión.

Incluyeran intervenciones basadas en actividad física como tratamiento principal o complementario.

Utilizaran medidas estandarizadas de evaluación de síntomas depresivos.

Los criterios de exclusión fueron:

Revisiones narrativas, sistemáticas y metanálisis.

Textos que no fuesen en inglés o español.

Estudios en los que no se describiera específicamente la aplicación de ejercicio físico como intervención.

### **Datos extraídos**

Los datos extraídos incluyeron detalles de referencia del estudio, población del estudio, intervención, duración de la intervención, instrumentos de análisis y métodos, y resultados, conclusiones y relevancia clínica de la investigación.

### **Resultados**

#### **Búsqueda bibliográfica**

El diagrama de flujos que recoge las etapas de identificación, selección, elegibilidad e inclusión final se muestra en la Figura 1. Se identificaron en un inicio un total de n=1565 artículos aplicando los criterios de búsqueda “activity, physical[MeSH Terms] and depressive disorder”. Se descartaron los estudios que no se aplicaron en humanos (n=496). En consecuencia, la búsqueda se redujo a n=1069 artículos. Posteriormente, tras aplicar el filtro de “clinical trial” se redujo a n=214 artículos, siendo el objetivo de la revisión incluir estudios de intervención y descartar aquellos que no cumplieran este criterio (n=855). Finalmente, tras aplicar el filtro de estudios realizados en el último año, se incluye en la revisión un total de n=7 artículos, descartando un total de n=848 artículos.

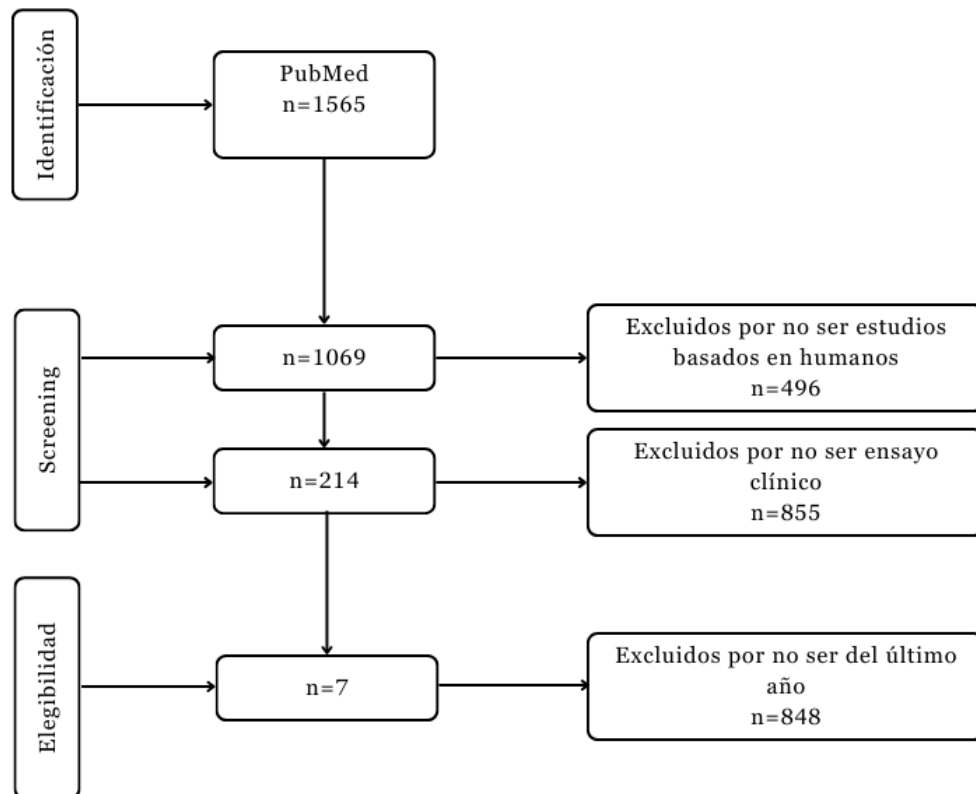


Fig. 1. Diagrama de flujos sobre el proceso de búsqueda de la revisión sistemática.

### Características

Las características de los 7 estudios se muestran en la Tabla 1. El tamaño de los estudios osciló entre 10 y 231 participantes. La revisión incluye un total de  $n=801$  individuos contando con todos los artículos incluidos tras aplicar los criterios de inclusión, con un total de 289 mujeres.

La duración de la intervención varió de 6 a 26 semanas. De los 7 artículos analizados, 6 de ellos compararon el ejercicio físico combinado, aeróbico o con complejidad motora con un grupo control, al que no se le aplicaba la intervención. Uno comparó un grupo al que aplicó ejercicio aeróbico con otro al que aplicó ejercicio físico combinado. Y uno se basó en intervenir mediante asesoramiento personalizado sobre la actividad física sin especificar el tipo.

La gravedad de los trastornos depresivos se evaluó mediante la Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión (HAM-D) en dos de los artículos seleccionados y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en cuatro de estos artículos, coincidiendo ambas escalas en uno de los siete artículos hallados. La predisposición física para iniciar actividad física en los participantes se midió en cuatro de los estudios, utilizando en dos de ellos El PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire), herramienta que sirve para la detección de posibles problemas sanitarios y cardiovasculares en personas sanas en apariencia que quieren iniciar un programa de ejercicio físico de baja, media o alta intensidad.

## **Discusión**

Esta revisión surgió con el objetivo de examinar la evidencia existente en la literatura sobre el efecto no farmacológico de la actividad física sobre el tratamiento del trastorno depresivo. Se trata de una revisión sistemática actualizada realizada sobre estudios clínicos publicados en el último año. A pesar de la evidencia empírica ya existente desde años anteriores, la intención de la presente revisión es analizar la tendencia de los resultados en estudios actuales, donde la práctica de actividad física ha evolucionado en cuanto a formato e intensidad respecto a otros momentos de la historia. Este estudio pretende aportar evidencias sobre si el efecto de la actividad física podría ser suficiente para contrarrestar la aparición de síntomas depresivos en la actualidad, afianzando el hecho de que una práctica regular de actividad física podría ayudar a mantener un estado de salud mental saludable, llegando a disminuir el riesgo de padecer depresión. Los resultados indicaron consistentemente que la actividad física, en diversas formas y intensidades, estaba asociada con una reducción significativa de los síntomas depresivos en comparación con los grupos de

control. Estos efectos beneficiosos fueron observados tanto en intervenciones de corto plazo (6-8 semanas) como en intervenciones de larga duración (26 semanas).

La duración de la intervención resulta importante, ya que la mejora del trastorno de depresión no se produce de manera inmediata, sino que se observarán cambios a medio plazo producidos por terapias específicas y/o programas de actividad física, como en este caso. Sólo en el estudio de Sun, Z., et al. (2023) las personas con síntomas depresivos o trastorno de depresión diagnosticado estaban controlados por la variable farmacológica, lo que permitió conocer los efectos independientes de la práctica de actividad física sobre la enfermedad. Los estudios tienen en común que las intervenciones basadas en ejercicio físico, tanto combinado como aeróbico, son efectivas en la mejora de síntomas depresivos en pacientes con trastorno depresivo (Berwinkel, A. et al., 2023) y que la actividad física, especialmente cuando se adapta de manera progresiva, puede mejorar significativamente la salud mental (Lee, Y. H., et al., 2024). Por tanto, se demuestra que se pueden ver resultados a medio-corto plazo sobre la depresión, tras solo 6-8 semanas, poniendo de manifiesto el poder de la actividad física en esta patología.

En referencia al estado de ánimo, Abrantes, A. M., et al. (2024) concluyeron que la práctica de actividad física actúa como factor de protección y atenuante de la sintomatología depresiva. Estos hallazgos ofrecen información relevante sobre las posibles ventajas de realizar actividad física para mejorar los índices de salud mental en adultos con trastornos depresivos.

En este sentido, la actividad física podría darse como un elemento fundamental en la promoción de la salud en todos los niveles, tanto físico como mental; pudiendo resultar coadyuvante al tratamiento de la depresión. Estos

hallazgos respaldan la inclusión del ejercicio físico como parte de las guías de práctica clínica para la depresión, pudiendo ayudar a cerrar la brecha en la cobertura del tratamiento al aumentar la gama de opciones de primera línea para los pacientes y los sistemas de salud (Noetel, M. et al., 2024). A nivel mundial se ha intentado reducir el estigma asociado con la búsqueda de tratamiento para la depresión. El ejercicio puede respaldar este esfuerzo al proporcionar a los pacientes con opciones de tratamiento que conllevan menos estigma. El tratamiento ideal puede implicar atención individualizada con un equipo multidisciplinario, donde los profesionales del ejercicio podrían asumir la responsabilidad de garantizar que la prescripción sea segura, personalizada, desafiante y respaldada. Además, quienes imparten psicoterapia tal vez quieran dedicar algo de tiempo a abordar las barreras cognitivas y conductuales al ejercicio. Es posible que los profesionales del ejercicio necesiten estar capacitados en el manejo de la depresión y ser conscientes del alcance de su práctica al tiempo que brindan apoyo para abordar esta importante causa en cuanto a trastornos de la depresión.

Es importante seguir indagando en la relación existente entre actividad física y depresión, empleando diseños experimentales que permitan profundizar en la misma, ya que no se encuentran diferencias significativas en cuanto a qué tipo de actividad física específicamente, en caso de existir una sola, podría resultar más efectiva en el tratamiento de la depresión.

#### Fortalezas y limitaciones

Una fortaleza de esta revisión sistemática es la inclusión y actualización de estudios no incluidos en revisiones sistemáticas anteriores. Al igual que con las revisiones sistemáticas anteriores, está limitada por el pequeño número de estudios, al tratarse de sólo 7 artículos. No pudimos identificar un estudio que

comparara directamente el entrenamiento aeróbico con el entrenamiento de fuerza en el tratamiento de la depresión, por lo que no podemos concluir qué tipo de actividad física podría ser más efectiva en cuanto a la remisión de la sintomatología.

## **Conclusiones**

En esta revisión se han analizado estudios de intervención que hacen alusión al efecto de la actividad física sobre el tratamiento no farmacológico del trastorno depresivo en adultos publicados durante el último año. Los estudios sugieren que la actividad física puede ser efectiva como tratamiento de la depresión. Actualmente, se utiliza la actividad física como remedio para combatir enfermedades fisiológicas y para promover la salud física. Sin embargo, no se le da tanta importancia como factor de protección y prevención en cuanto a patologías relacionada con la salud mental, como la depresión. Los resultados de esta revisión sistemática sugieren la necesidad de potenciar el papel de la actividad física, dando importancia a implementar y mantener como hábito una práctica adecuada de actividad física, ajustada a la condición y capacidad de cada cual. Esto facilitará que las personas mejoren su calidad de vida relacionada con la salud mental, y, en consecuencia, promoverá que se reduzca la probabilidad de padecer depresión en comparación a estilo de vida sedentario.

## Referencias

- Organización Mundial de la Salud (2021). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Palacio, L. R., García, M. V. S., & Muñoz, S. P. (2024). El ejercicio físico programado como terapia complementaria en adolescentes y adultos jóvenes con depresión. Una revisión sistemática. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 438(2), 76-91
- Haro, E. R. G. (2024). La actividad física y sus beneficios para reducir la depresión en adolescentes entre 14 a 18 años. *Dominio De Las Ciencias*, 10(1), 525–540. <https://doi.org/10.23857/dc.v10i1.3730>
- OMS. (2022b). Actividad Física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#:~:text=La%20actividad%20f%C3%ADsica%20hace%20referencia,como%20intensa%2C%20mejora%20la%20salud>
- Kvam, S., Lykkedrang, C. K., Hilde, I. N., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 202, 67-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>
- Herrera Tapia, J. F. (2021). El ejercicio físico y el estado de ánimo. [Tesis de Doctorado, Uni-versidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación-Carrera de Pedagogía de la Actividad Física y Deporte].
- Ordóñez Fernández, M. (2022). Efectos terapéuticos del ejercicio de resistencia en pacientes con depresión o síntomas depresivos. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de las Islas Baleares].
- Berwinkel, A., Driessen, M., Beblo, T., & Weigelt, M. (2023). Combined physical activity training versus aerobic activity training in unipolar depressive



disorder: a quasi-randomised evaluation study. Kombiniertes körperliches vs. aerobes Bewegungstraining bei unipolarer depressiver Störung: eine quasi-randomisierte Evaluationsstudie. Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater, 37(4), 206–213.  
<https://doi.org/10.1007/s40211-023-00464-1>

Kreppke, J. N., Cody, R., Beck, J., Brand, S., Donath, L., Eckert, A., Faude, O., Hatzinger, M., Imboden, C., Lang, U. E., Ludyga, S., Mans, S., Mikoteit, T., Oswald, A., Schweinfurth-Keck, N., Holsboer-Trachsler, E., Zahner, L., & Gerber, M. (2024). Long-term outcomes of physical activity counseling in in-patients with major depressive disorder: results from the PACINPAT randomized controlled trial. Translational psychiatry, 14(1), 160.  
<https://doi.org/10.1038/s41398-024-02885-0>

Lee, Y. H., Kim, H., Hwang, J., & Noh, S. (2024). Effectiveness of Mobile-Based Progressive and Fixed Physical Activity on Depression, Stress, Anxiety, and Quality of Life Outcomes Among Adults in South Korea: Randomized Controlled Trial. JMIR mHealth and uHealth, 12, e55578.  
<https://doi.org/10.2196/55578>

Moreira-Neto, A., Neves, L. M., Miliatto, A., Juday, V., Marquesini, R., Lafer, B., Cardoso, E. F., Ugrinowitsch, C., Nucci, M. P., & Silva-Batista, C. (2024). Clinical and neuroimaging correlates in a pilot randomized trial of aerobic exercise for major depression. Journal of affective disorders, 347, 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.025>

Abrantes, A. M., Browne, J., Uebelacker, L. A., Anderson, B. J., Barter, S., Shah, Z., Kunicki, Z. J., Caviness, C., Price, L. H., Desaulniers, J., & Brown, R. A. (2024). Randomized Controlled Trial of Aerobic Exercise for Smoking

Cessation Among Individuals With Elevated Depressive Symptoms.

Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on

Nicotine and Tobacco, 26(5), 634–638.

<https://doi.org/10.1093/ntr/ntad201>

Meyer, J. D., Perkins, S. L., Gidley, J. M., Kuzniar, J. M., Phillips, L. A., Lansing,

J. L., Wade, N. G., Herring, M. P., & Lefferts, W. K. (2024). Feasibility and

preliminary efficacy of a theory-informed resistance exercise training

single-arm intervention for major depression. *Psychology of sport and*

*exercise*, 73, 102642. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2024.102642>

Sun, Z., Chen, S., Zhang, H., Gu, X., Ge, H., & Chen, J. (2023). Changes of Serum

C-Reactive Protein Level in Patients With Depressive Disorders After

Treatment With Agomelatine Combined With Aerobic Exercise and Its

Significance. *Clinical neuropharmacology*, 46(5), 192–197.

<https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000568>

Noetel, M., et al. (2024). Effect of exercise for depression: systematic review and

network meta-analysis of randomised controlled trials, 384

<https://doi:10.1136/bmj-2023-075847>

**Tabla 1**

**Tabla 1. Características de los estudios incluidos: Muestra, Intervención realizada, Duración, Instrumentos de medida, Resultados, Conclusiones y Relevancia clínica.**

| Artículo                        | Muestra             | Intervención                                                                                                    | Duración    | Instrumentos de evaluación                                                                                                                                                              | Resultados                                                                                                                                                                               | Conclusiones                                                                                                                                                                       | Relevancia clínica                                                                                                                              |
|---------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Berwinkel, A. et al. (2023)     | n=62 (40 mujeres)   | G1 n=31 (entrenamiento físico combinado); G2 n=31 (entrenamiento de actividad aeróbica)                         | 6-8 semanas | Diagnóstico psicológico, BDI-II, SCL-K-9, QBI-20, SASS, MSES, Flei; diagnóstico fisiológico a través de sensores de actividad, accelerometer Move II, Movisens GmbH, Karlsruhe, Germany | Ambos grupos mostraron efectos positivos comparables en los parámetros psiquiátricos, destacando la efectividad de las intervenciones de ejercicio en el tratamiento de la depresión     | Las intervenciones basadas en ejercicio físico, tanto combinadas como aeróbicas, son efectivas en la mejora de síntomas depresivos en pacientes con trastorno depresivo            | Proporciona evidencia para integrar el ejercicio físico en el tratamiento clínico de la depresión                                               |
| Kreppke, J. N., et al. (2024)   | n=220 (115 mujeres) | G1 n=113 (asesoramiento personalizado sobre actividad física); GC n=107 (no intervención)                       | 6 semanas   | Diagnóstico psicológico, ICD-10, BDI-II; diagnóstico sobre nivel de actividad física, PAR-Q, SIMPAQ                                                                                     | El grupo de intervención mostró mejoras significativas en actividad física y síntomas depresivos en el seguimiento a largo plazo, en comparación con el grupo control                    | El asesoramiento sobre actividad física en pacientes con diagnóstico de depresión tiene beneficios a largo plazo, mejorando tanto la actividad física como los síntomas depresivos | Proporciona evidencia para incluir el asesoramiento sobre actividad física como parte del tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión |
| Lee, Y. H., et al. (2024)       | n=59 (29 mujeres)   | G1 n=20 (actividad física progresiva); G2 n=20 (actividad física de alta intensidad); GC n=20 (no intervención) | 8 semanas   | Diagnóstico psicológico, PHQ-9, BEPSI-K, GAD-7                                                                                                                                          | Ambos grupos mostraron mejoras significativas en los resultados psicológicos, pero el grupo de actividad física progresiva tuvo mayores efectos en la reducción de síntomas depresivos   | La actividad física, especialmente cuando se adapta de manera progresiva, puede mejorar significativamente la salud mental                                                         | Apoya el uso de la actividad física progresiva para el manejo de la depresión                                                                   |
| Moreira-Neto, A., et al. (2024) | n=40 (28 mujeres)   | G1 n=15 (actividad aeróbica); G2 n=15 (actividad aeróbica con complejidad motora); GC n=10 (no intervención)    | 24 semanas  | Diagnóstico psicológico, BDI-II, PANAS, MINI, MADRS, MoCA, BHS, MRI, FS                                                                                                                 | Ambos tipos de ejercicio redujeron la desesperanza y mejoraron las respuestas afectivas, pero solo el ejercicio aeróbico aumentó significativamente el volumen en áreas cerebrales clave | El ejercicio aeróbico produce mejoras clínicas y de plasticidad cerebral en personas con depresión                                                                                 | Sugiere el potencial del ejercicio aeróbico para mejorar los síntomas depresivos y provocar cambios neuroplásticos en pacientes con depresión   |

|                             |                       |                                                                                                    |                         |            |                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abrantes, M., et al. (2024) | A. n=231 (69 mujeres) | G1 (actividad aeróbica); n=                                                                        | n= 12 (no intervención) | semanas    | Diagnóstico psicológico, CES-D, HAM-D; diagnóstico sobre el nivel de actividad física, IPAQ                 | El ejercicio aeróbico redujo los síntomas depresivos                                                                        | Se observó una reducción significativa de los síntomas depresivos en el grupo de intervención, lo que sugiere que el ejercicio podría ser beneficioso para la mejora del estado de ánimo | Demuestra que el ejercicio aeróbico puede ser una intervención efectiva para reducir los síntomas depresivos en personas con síntomas depresivos elevados |
| Meyer, J. D., et al. (2024) | n=10 (5 mujeres)      | G (actividad física de resistencia)                                                                | n=10                    | 26 semanas | Diagnóstico psicológico, HAM-D, CSSRS, GAD, SCID, QIDS; diagnóstico de nivel de actividad física, PARQ, EIS | La remisión de la sintomatología depresiva fue alcanzada por 8 participantes en la semana 16 y persistió hasta la semana 26 | Se han encontrado importantes efectos antidepresivos en la intervención con actividad física                                                                                             | Los resultados preliminares sugieren que la actividad física para el tratamiento de la depresión es factible y eficaz                                     |
| Sun, Z., et al. (2023)      | n=178                 | G1 n=90 (sólo tratamiento farmacológico); G2 n=88 (tratamiento farmacológico + ejercicio aeróbico) |                         | 8 semanas  | Diagnóstico psicológico, HAM-D, BDI-II, SHAPS                                                               | Ambos grupos mostraron reducciones significativas en síntomas depresivos, pero el G2 tuvo mejoras más pronunciadas          | La combinación de fármaco con ejercicio aeróbico es más efectiva en la reducción de los síntomas depresivos que el fármaco de forma aislada                                              | Apoya el uso de intervenciones combinadas que incluyen ejercicio físico como parte integral del tratamiento de la depresión                               |

BDI-II, Inventario de Depresión de Beck II; BEPSI-K, Brief Encounter Psychosocial Instrument Korean version; BHS, Beck Hopelessness Scale; CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; C-SSRS, Columbia-Suicide Severity Rating Scale; EIS, The Exercise Identity Scale; Flei, the Subjective Evaluation of Mental Performance questionnaire; FS, Feeling Scale; G, Grupo; GAD, Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada; HAM-D, Hamilton Depression Rating Scale; ICD-10, international statistical classification of diseases and related health problems-tenth revision; IPAQ, International Physical Activity Questionnaire; MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; MRI, magnetic resonance imaging; MSES, Multidimensional Self-Esteem Scale; PANAS, Positive and Negative Affect Schedule; PAR-Q, Physical Activity Readiness Questionnaire; PHQ-9, escala de depresión de 9 preguntas del Patient Health Questionnaire; QBI-20, Body Image Questionnaire-20; QIDS, Quick Inventory of Depressive Symptomatology; SASS, Social Activity Self-Assessment Scale; SCID, The Structured Clinical Interview for DSM; SCL-K-9, Symptom-Checklist-K-9; SHAPS, Snaith-Hamilton Pleasure Scale; SIMPAQ, Simple Physical Activity Questionnaire;

# **EFICACIA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN LA COGNICIÓN MATEMÁTICA A TRAVÉS DE LA ROBÓTICA EDUCATIVA**

Sánchez Sánchez Adrián<sup>1</sup>, Parrado Parra Paula<sup>1</sup>, Canto López María Del Carmen<sup>1</sup>,  
Reguera Lozano Santiago<sup>1</sup>, Mera Cantillo Carlos<sup>1</sup>, Mateos Ramos Lydia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cádiz

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Adrián Sánchez**  
**Sánchez, Calle Las Palomas nº30 Jerez de la Frontera,**  
**adriansanchezsan@alum.uca.es.**

## Introducción

La asignatura de matemáticas es la de mayor dificultad durante la etapa educativa, según los resultados que se observa en el Informe del Programa para la Evaluación Internacional de los Estudiantes (PISA, 2022), donde se puede visualizar que España está por debajo de la media europea, siendo Andalucía y Canarias algunas de las comunidades que peores resultados tienen.

Según la investigación en el ámbito educativo, el conocimiento y las habilidades matemáticas se cimientan en las habilidades matemáticas tempranas (“early numeracy skills”), por la cual serían las encargadas de desarrollar competencias más complejas en este campo (Desoete y Grégoire, 2006). Entre estas se pueden destacar el conteo, operaciones lógicas y comparación de magnitudes, debido a su temprana aparición y posterior influencia que tiene en el desarrollo de la cognición matemática (Gordon, 2004; Mercader et al., 2017; Xu et al., 2005). Aunque también influyen en este desarrollo otros procesos cognitivos. Según el modelo triple de Dehaene y Cohen (1995), a la hora de trabajar con las matemáticas se usarían diferentes representaciones (verbal, visual y analógica) e implicaría el uso de una o varias representaciones durante el proceso de tareas numéricas. Sin embargo, aunque sea importante la adquisición de estas habilidades desde edades tempranas, existen varios factores que pueden influir en el desarrollo de estas competencias, siendo una de ellas el pensamiento computacional.

El pensamiento computacional (PC) desde una perspectiva educativa, según la “*International Society for Technology in Education*” y la “*Computer Science Teacher Association*”, se trata de un proceso de resolución de problemas que involucra varias habilidades cognitivas, como puede ser diseñar soluciones planificadas paso por paso u organizar y analizar datos de manera lógica. En algunos países de Europa se

considera un pilar, sobre todo en el estudio de informática (Chiazzese et al., 2019), por lo que se ve a la Robótica Educativa (RE) como una alternativa idónea para trabajar esta habilidad.

Según varias investigaciones, el uso de la RE es una herramienta eficaz para la mejora de los conceptos STEM: se han observado cambios significativos en las habilidades de pensamiento, resolución de problemas, entre otras (Chiazzese et al., 2019); mientras que en otras revisiones se informó de una progresión específica en la adquisición de las habilidades PC, tanto en educación primaria (Pinto et al., 2016; Pinto et al., 2018) como en educación infantil (Bers et al., 2014).

Por ello, en el siguiente estudio se explorará la eficacia de la implementación del programa “RobotiMath” desarrollado por el equipo de investigación HUM-634 y llevado a cabo durante el periodo educativo infantil, con la finalidad de observar si este tipo de intervenciones se puede replicar en la práctica educativa, puede influir en la competencia matemática temprana y si estimula la adquisición del pensamiento computacional desde edades tempranas.

## **Método**

El estudio se realizó mediante un diseño cuasi-experimental con grupo control, se pretende evaluar los cambios en la competencia matemática temprana tras la aplicación de un programa de robótica educativa en el grupo experimental. Además, observar la evolución en la adquisición del pensamiento computacional en el grupo experimental.

## Participantes

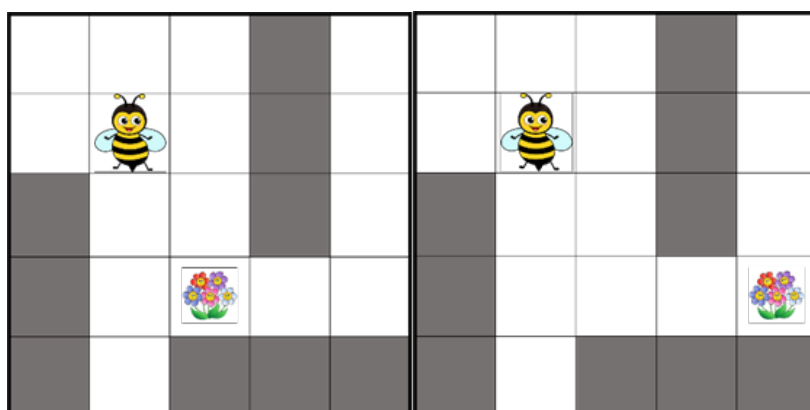
La muestra de participantes fueron un total de 39, divididos entre Grupo Control (18 participantes) y grupo experimental (21 participantes), donde un 45% eran niños y 55% eran niñas con una media de edad de 68.48 ( $dt=3.76$ ).

## Intervención Psicoeducativa

La intervención fue realizada en un total de 10 sesiones de unos 30-40 minutos cada una mediante grupos de 4-5 participantes. Las primeras sesiones se centran en trabajar secuencias y la relación entre acción e instrucción, usando tanto el cuerpo como robots. A medida que avanzan las sesiones, se introducen cambios de dirección y se fomenta la detección y depuración en las secuencias para detectar los posibles errores. Las actividades comienzan de forma grupal y progresivamente se vuelven individuales. En las últimas sesiones, como refleja la figura 1, los estudiantes enfrentan desafíos más complejos, como la resolución de laberintos con distintos niveles de dificultad, integrando todos los conceptos trabajados.

### Figura 1

*Ejemplos de laberintos usados en las sesiones 8 y 9*



Instrumentos de evaluación



*TEDI-Math* (Grégoire et al., 2019). Este instrumento se usa para medir conocimientos previos y mejoras en competencias matemáticas básicas, enfocándose en operaciones aritméticas y estimación de tamaño.

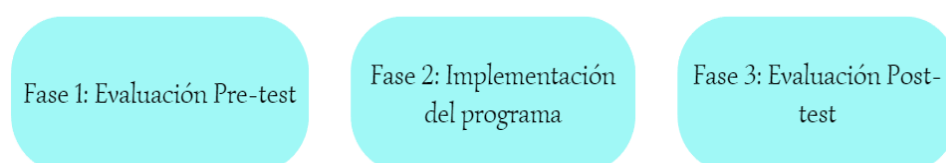
*Rúbrica para el Pensamiento Computacional* (Bers, 2010). Esta rúbrica se utilizó para evaluar el grado de ayuda necesaria por parte de los alumnos durante las actividades.

### Procedimiento

El estudio se desarrolló en tres fases consecutivas (Figura 2). Evaluación pre-test, en la que inicialmente se administraron los instrumentos de evaluación descritos en la sección de Metodología para recopilar datos previos a la intervención. Estos datos servirán como referencia para realizar comparaciones posteriores y evaluar la eficacia del programa. En la fase 2 o fase de implementación del programa, durante dos meses, se implementó el programa descrito en la intervención, con sesiones realizadas dos veces por semana. Al finalizar la intervención, comenzó la fase 3 o fase de post-test donde se aplicaron los mismos instrumentos utilizados en la evaluación anterior y poder analizar los posibles cambios producidos por la implementación del programa psicoeducativo. Una vez finalizado, los resultados se sistematizaron en una base de datos para su análisis.

### Figura 2

*Temporalización del programa de intervención.*



## Resultados

### Análisis estadístico de los datos

Se realizaron los análisis estadísticos para comprobar la normalidad de los datos y seleccionar las pruebas estadísticas adecuadas. Se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov en los resultados obtenidos en pretest y postest, permitiendo concluir que los datos no siguen una distribución normal para todas las variables, por lo que se decidió utilizar pruebas de contraste no paramétricas.

En la situación pretest, en la puntuación general de competencia matemática ofrecida por la prueba TEDI-MATH, no existían diferencias significativas en la media entre grupo control ( $\bar{X}=99,27$ ) y experimental ( $\bar{X}=97,23$ ) ( $p > .05$ ) (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Comparación de medias TEDI-MATH en situación pretest*

| Test      | Grupo        | N  | Media | Desv. típica | Sig. <sup>1</sup> |
|-----------|--------------|----|-------|--------------|-------------------|
| TEDI-MATH | Control      | 18 | 99.27 | 18.65        | .915              |
|           | Experimental | 21 | 97.23 | 20.66        |                   |

*Nota:* Realizado con la prueba U de Mann-Whitney

Los resultados tras la aplicación de la intervención de robótica educativa, el grupo experimental muestra que en la mayoría de subtest del TEDI-MATH no existen diferencias significativas entre el pretest y el postest. Sin embargo, si se observan en

las subpruebas que guardan mayor relación con los contenidos del programa de robótica educativa: Operaciones verbales y Estimación de tamaño ( $p > .05$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2**

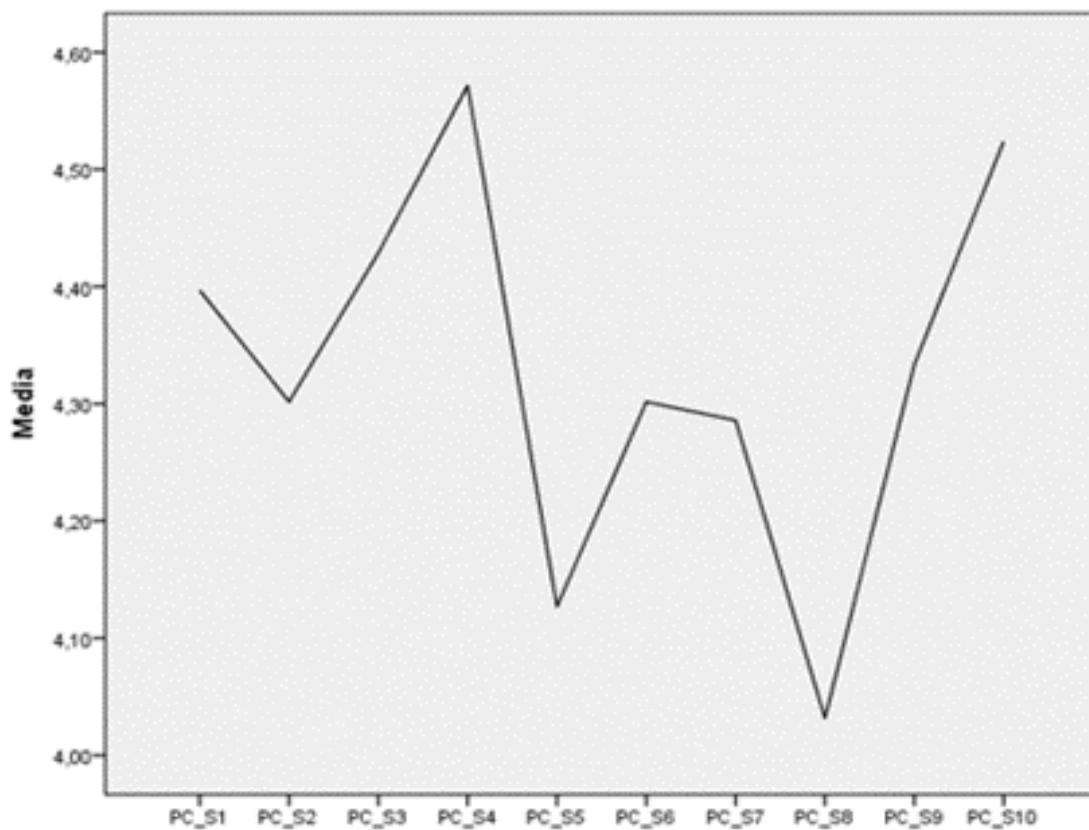
*Resultados subpruebas de TEDI-Math en grupo experimental*

| <b>Test</b>                      | <b>Etap</b> | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Desv. típica</b> | <b>Sig.</b> |
|----------------------------------|-------------|----------|--------------|---------------------|-------------|
| Contar                           | Pre         | 21       | 4.85         | 1.87                | .096        |
|                                  | Post        | 21       | 5.61         | 1.74                |             |
| Numerar                          | Pre         | 21       | 11.28        | 1.67                | .83         |
|                                  | Post        | 21       | 11,19        | 1,66                |             |
| Codificación                     | Pre         | 21       | 8.47         | 2.94                | .483        |
|                                  | Post        | 21       | 8.90         | 2.09                |             |
| Operaciones Lógicas              | Pre         | 21       | 6,66         | 4.16                | .235        |
|                                  | Post        | 21       | 7.57         | 3.70                |             |
| Operaciones con Imágenes         | Pre         | 21       | 5.19         | 1.28                | .186        |
|                                  | Post        | 21       | 5.47         | 0.74                |             |
| Operaciones Enunciado Aritmético | Pre         | 21       | 6.23         | 5.74                | .073        |
|                                  | Post        | 21       | 8.23         | 6.00                |             |
| Operaciones Enunciado Verbal     | Pre         | 21       | 2.61         | 2.03                | .002        |
|                                  | Post        | 21       | 4.09         | 2.23                |             |
| Estimación Tamaño                | Pre         | 21       | 14.04        | 2.69                |             |

Se analizaron los resultados obtenidos a través de la rúbrica de pensamiento computacional, observándose la existencia de un desarrollo de este a medida que las sesiones avanzaban, presentando dificultades en las sesiones 2, 5 y 8 debido a la introducción de nuevos elementos (Figura 3).

### Figura 3

*Gráfica desarrollo pensamiento computacional grupal*

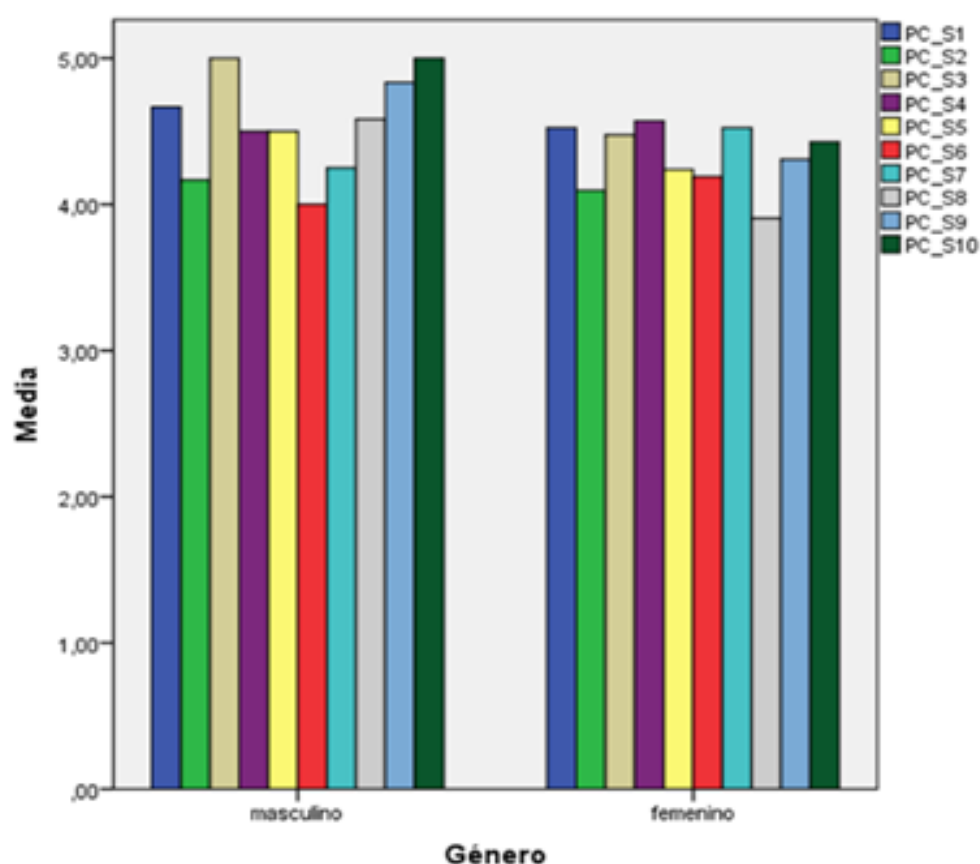


En cuanto al género, se pudieron observar diferencias en la evolución (Figura 4). A pesar de que ambos grupos muestran un desarrollo en el pensamiento computacional, el grupo masculino presentó puntuaciones más altas en la rúbrica, indicando que requerían menos ayudas a la hora de resolver las diferentes situaciones planteadas. Ambos grupos necesitaron más ayuda en la sesión 2, al iniciar las

actividades conectadas. El grupo masculino presentó más dificultades en la sesión 6, al incorporar las tarjetas para secuenciar las instrucciones. El grupo femenino presentó mayores dificultades en la sesión 8, al trabajar la depuración de manera más profunda.

**Figura 4**

*Gráfica desarrollo pensamiento computacional según el género.*



Finalmente, se realizó la comparación en la competencia matemática entre grupo control y grupo experimental, observándose una mejora significativa en la media del grupo experimental ( $p > .05$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Diferencias entre grupo control y experimental del TEDI-Math pre y post test.*

| <b>Grupo</b>       | <b>Test</b> | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Desv. típica</b> | <b>Sig.<sup>1</sup></b> |
|--------------------|-------------|----------|--------------|---------------------|-------------------------|
| Grupo Control      | Pre TEDI    | 19       | 99.05        | 18.15               | .354                    |
|                    | Post TEDI   | 19       | 101.10       | 17.14               |                         |
| Grupo Experimental | Pre TEDI    | 21       | 97.23        | 20.66               | .013                    |
|                    | Post TEDI   | 21       | 104.47       | 18.97               |                         |

*Nota:* Realizado con la prueba de W de Wilcoxon

## **Discusión**

Ambos grupos partían de unos resultados en competencia matemática similar. Tras la intervención, hay evidencias de una mejora en la competencia matemática en el grupo experimental. Concretamente, se han mejorado las habilidades de Operaciones verbales y Estimación de tamaño. Estas habilidades fueron las más trabajadas durante las sesiones por la naturaleza de las actividades, donde el alumnado se enfrentaba a tareas en las que se le pedía que llegara a un número si parte desde un número concreto, o que manejara al robot hacia el número mayor o menor; o donde había una mayor o menor cantidad de elementos.

Respecto al pensamiento computacional, el grupo experimental ha mostrado un desarrollo y adquisición adecuadas. Si bien en algunas de las sesiones mostraban mayores dificultades, debido a la incorporación de nuevos elementos, en las dos

últimas sesiones se obtiene un buen rendimiento. En ellas aplican todos los elementos aprendidos durante las sesiones, por lo que aunque el aprendizaje haya fluctuado, finalmente son capaces de aplicar todo lo aprendido, requiriendo poca ayuda a la hora de llevar a cabo las tareas.

Como conclusión, el programa de robótica educativa ha producido mejoras tanto en el pensamiento computacional del alumnado de Educación Infantil como en la competencia matemática. Estos resultados se encuentran limitados en cuanto a la generalización por el tamaño muestral, pero abre la puerta a continuar con investigaciones en esta dirección.

### **Referencias**

- Bers, M. U. (2010). The TangibleK Robotics Program: Applied Computational Thinking for Young Children. *Early Childhood Research and Practice*, 12(2). <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:61138908>
- Bers, M. U., Flannery, L., Kazakoff, E. R., y Sullivan, A. (2014). Computational thinking and tinkering: Exploration of an early childhood robotics curriculum. *Computers & Education*, 72, 145–157. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2013.10.020>
- Chiazzese, G., Arrigo, M., Chifari, A., Lonati, V., y Tosto, C. (2019). Educational Robotics in Primary School: Measuring the Development of Computational Thinking Skills with the Bebras Tasks. *Informatics*, 6(4). 43. <https://doi.org/10.3390/informatics6040043>
- Chin, E. C. H., Williams, M., Taylor, J., y Harvey, S.T. (2017). The influence of negative affect on test anxiety and academic performance: An examination of the tripartite model of emotions. *Learning and Individual Differences* 54, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2017.01.002>

- Dehaene, S., y Cohen, L. (1995). Towards an anatomical and functional model of number processing. *Mathematical cognition*, 1(1), 83-120.
- Desoete, A., y Grégoire, J. (2006). Numerical competence in young children and in children with mathematics learning disabilities. *Learning and Individual Differences*, 16(4), 351–367. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2006.12.006>
- Gamazo, A., Martínez-Abad, F., Olmos-Migueláñez, S., y Rodríguez-Conde, M. J. (2018). Evaluación de factores relacionados con la eficacia escolar en PISA 2015. Un análisis multinivel. *Revista de Educación*, 379, 56-84. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2017-379-369>
- Gordon, P. (2004). Numerical cognition without words: evidence from Amazonia. *Science (New York, N.Y.)*, 306(5695), 496–499. <https://doi.org/10.1126/science.1094492>
- Grégorie, J., Noël, M. P., y Van Nieuwenhoven, C. (2019). *TEDI-MATH, Test para el Diagnóstico de las Competencias Básicas en Matemáticas* (3.<sup>a</sup> ed) (Manuel J. Sueiro y Jaime Pereña, adaptadores). TEA Ediciones.
- Mercader, J., Presentación, M.-J., Siegenthaler, R., Molinero, V., & Miranda, A. (2017). Motivación y rendimiento académico en matemáticas: un estudio longitudinal en las primeras etapas educativas. *Revista de Psicodidáctica*, 22(2), 157–163. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psicod.2017.05.007>
- Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deporte. (2022). PISA 2022 Programa para la Evaluación Internacional de los estudiantes Informe español. <https://www.educacionfpydeportes.gob.es/inee/evaluaciones-internacionales/pisa/pisa-2022.html>
- Pinto-Llorente, A. M., Casillas-Martín, S., Cabezas-Martín, M., y García-Peñalvo, F. J. (2016). Developing Computational Thinking via the Visual Programming Tool: Lego Education WeDo. En *Proceedings of the Fourth International Conference*



- on Technological Ecosystems for Enhancing Multiculturality (TEEM'16)* (pp. 45–50). ACM. <https://doi.org/10.1145/3012430.3012495>
- Pinto-Llorente, A. M., Casillas-Martín, S., Cabezas-González, M., y García-Peñalvo, F. J. (2018). Building, coding and programming 3D models via a visual programming environment. *Quality & Quantity*, 52, 2455-2468. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0509-4>
- Xu, F., Spelke, E. S., y Goddard, S. (2005). Number sense in human infants. *Developmental Science*, 8(1), 88–101. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2005.00395.x>

# **UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA**

Sandra Melero<sup>1</sup> , Sandra Rivas-García<sup>2</sup> , Cristina Muñoz-Ladrón de Guevara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cádiz

<sup>2</sup>Universidad de Valladolid

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Sandra Melero**,  
**Av. República Saharaui, s/n, 11519 Puerto Real (Cádiz, España).**  
**sandra.melero@uca.es**

## **Introducción**

Las enfermedades crónicas constituyen un grupo amplio de afecciones que se caracterizan por su persistencia a lo largo del tiempo y resultan de una combinación entre genética, ambiente y comportamiento (OMS, 2023). Entre las más comunes se encuentran la diabetes, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad pulmonar y ciertos tipos de cáncer, entre otras. Estas enfermedades no solo generan dolor y limitaciones físicas, sino que también tienen un impacto significativo en la salud psicológica de quienes las padecen (Grau Abalo, 2016). Las dificultades principales se asocian a aspectos emocionales a las dificultades para mantener un adecuado estatus funcional y un buen funcionamiento social (Vinaccia y Orozco, 2005). Este proceso de adaptación psicológica, que implica el desarrollo de estrategias para afrontar la enfermedad, es crucial para el bienestar y ajuste a largo plazo de los pacientes. En este sentido, el ajuste psicológico se refiere a la capacidad del individuo para manejar el impacto emocional y cognitivo de una enfermedad crónica. Este proceso depende de múltiples factores, como las estrategias de afrontamiento y el apoyo social (Angarita y Escobar, 2009) o la resiliencia (Ramírez Jiménez et al., 2023).

Entre las afecciones crónicas encontramos las de tipo reumático, en las que los niveles de dolor, la funcionalidad y la percepción personal de la enfermedad varían considerablemente entre los pacientes, lo que implica que el proceso de adaptación no es uniforme (Álvarez et al., 2005). En este contexto, la fibromialgia ocupa un lugar particular dentro de las enfermedades reumáticas debido a sus características clínicas y a la complejidad de su manejo. La fibromialgia se distingue por un dolor musculoesquelético generalizado, acompañado de síntomas como fatiga severa, trastornos del sueño y problemas cognitivos y somáticos (Bair y Krebs, 2020).

A pesar de que la investigación sobre enfermedades reumáticas y fibromialgia ha crecido en los últimos años, gran parte de estos estudios se han centrado en

aspectos biomédicos y han adoptado enfoques mayoritariamente cuantitativos. Estos estudios, aunque relevantes, suelen limitarse a medir variables como la intensidad del dolor o el impacto funcional de la enfermedad, dejando de lado las experiencias subjetivas. En este contexto, la metodología cualitativa ofrece una vía complementaria que permite profundizar en la experiencia vivida por los pacientes y los profesionales que les atienden. A través de entrevistas, estudios de caso y análisis narrativos, los métodos cualitativos proporcionan una comprensión más matizada de cómo los individuos interpretan y manejan la enfermedad, aportando información de gran interés en el campo de las ciencias de la salud.

El presente trabajo tiene como objetivo explorar en profundidad el ajuste psicológico de las personas con diagnóstico de fibromialgia, centrándose en sus experiencias subjetivas y percepciones. Este objetivo principal podría dividirse en los siguientes objetivos específicos:

1. Explorar las percepciones sobre la enfermedad y su impacto en el ajuste psicológico de las personas con fibromialgia.
2. Investigar la influencia de las emociones en su ajuste psicológico.
3. Comprender el papel del apoyo y otros factores sociales en el ajuste psicológico de los pacientes que presentan diagnóstico de fibromialgia.
4. Identificar las principales estrategias de afrontamiento que usan los pacientes en su día a día.

## **Método**

### **Aproximación metodológica**

Este estudio presenta como base la perspectiva de la fenomenología como diseño de investigación, ya que el objetivo consiste en describir la experiencia subjetiva de un grupo de personas en torno a un fenómeno o evento de relevancia (Salgado,

2007), como en este caso es un diagnóstico de fibromialgia. Centrándonos en el problema de investigación, este tipo de diseño permite explorar en profundidad las experiencias subjetivas de las personas con fibromialgia, buscando una mayor comprensión de sus vivencias y percepciones en torno a su salud mental. Este tipo de enfoque ha sido previamente utilizado en estudios sobre las vivencias de pacientes con otro tipo de diagnóstico o tratamiento clínico. Por ejemplo, el estudio de Herbias et al. (2016), analiza el significado del constructo calidad de vida en personas que se encuentran realizando tratamientos de hemodiálisis. Por tanto, podría decirse que la fenomenología es un enfoque adecuado para abordar esta temática.

#### Muestreo

Se utilizará un muestreo de tipo experto, ya que contaremos con la participación de una persona que se dedica profesionalmente a trabajar con pacientes diagnosticados de fibromialgia desde una perspectiva psicológica. Esta persona experta se seleccionará a su vez por conveniencia.

#### Técnica de recogida de información

Los datos serán recogidos mediante la técnica de la entrevista, a través de la cual se producirá un acercamiento al fenómeno consistirá en entrevistar a una persona experta en el tratamiento psicológico de pacientes con fibromialgia. Para la recogida de datos se empleará concretamente la técnica de la entrevista semiestructurada que, en este caso, podría clasificarse según Lázaro (2021) como entrevista de tópico, ya que el principal objetivo es aprender más sobre un determinado tema. Las razones que han llevado a tomar esta decisión son las siguientes: (1) El dominio de la temática. Se ha seleccionado este tipo de entrevista facilita la aplicación de metodología cualitativa y su posterior análisis en temas que no se dominan. (2) Flexibilidad. Las entrevistas semiestructuradas permiten adaptar las preguntas y seguir rutas de exploración emergentes durante la entrevista, lo que facilita la captura de datos enriquecidos. Por

esta misma razón, se descarta el uso de una entrevista estructurada ya que podría resultar demasiado rígida. (3) Posibilidad de indagar de una manera más profunda en las vivencias. Esta profundización llevará a una mayor comprensión del fenómeno y sus factores asociados. (5) Interacción directa con la persona entrevistada aporta una mayor confianza y facilita la emergencia de contenido emocional.

### **Instrumento**

Se aplicará una entrevista semiestructurada a una persona experta en el tratamiento psicológico de pacientes con fibromialgia. Para la entrevista a la persona experta, se requerirá el uso de un guion de entrevista que ayude a establecer un orden en la exploración en profundidad aspectos relevantes desde la perspectiva clínica y científica. Dicho guion comenzará con una breve introducción de la persona experta y explicación del propósito del estudio. Posteriormente, pasará a una segunda parte en la que se realizarán preguntas para introducir el tema. En esta segunda parte (según las diferentes clasificaciones de preguntas estudiadas) se podrían incorporar preguntas generales, descriptivas o de conocimientos. En el tercer bloque, una vez contextualizados en el diagnóstico de fibromialgia, se indagará más sobre el ajuste psicológico de los pacientes con fibromialgia en línea con los objetivos del estudio. Finalmente, se cerrará la entrevista con un bloque en el que se indagará sobre los retos o metas futuras en relación a la temática.

Es importante señalar, que este guion únicamente incluirá aproximaciones a las preguntas primarias. Las preguntas secundarias o de profundización se formularán en función de las necesidades que se vayan detectando en el transcurso de la misma. Como se ha podido ver anteriormente, esta entrevista incorporará tanto áreas más descriptivas como de carácter más exploratorio. A continuación, en la Figura 1 se presenta un esbozo del guion de la entrevista:

## **Figura 1**

### *Guion de la entrevista*

#### **Bloque 1. Introducción:**

- Saludo, presentación de la persona participante y agradecimiento por participar.
- Breve explicación del propósito del estudio.

#### **Bloque 2. Experiencia y conocimientos sobre la fibromialgia:**

- ¿Podría compartir su experiencia y conocimientos sobre la fibromialgia?
- ¿Cuáles son los principales desafíos clínicos en el diagnóstico y tratamiento?

#### **Bloque 3. Ajuste psicológico y factores asociados:**

- Desde su experiencia clínica, ¿cómo describiría el ajuste psicológico de las personas diagnosticadas con fibromialgia?
- ¿Qué factores considera más relevantes para evaluar el ajuste psicológico en estos pacientes?
- ¿Cuáles son las principales estrategias de afrontamiento que usan pacientes con fibromialgia?

#### **Bloque 4. Retos y metas futuras:**

- ¿Qué retos considera que supone el futuro del tratamiento de la fibromialgia desde una perspectiva psicológica?
- Reiterar agradecimiento.
- Despedida y cierre.

### **Procedimiento**

La realización de la entrevista ha supuesto un proceso de preparación y planificación previas. Todo ese proceso se ha realizado de forma cuidadosa desde el inicio, contando con cierta información previa sobre el tema, que permitía cierta

familiarización por parte de la entrevistadora. Otros aspectos que se prepararon con anterioridad son el momento y el lugar. Concretamente, se seleccionaron un despacho cómodo con dos sillones donde mantener una conversación sin interrupciones y un momento conveniente para ambas partes. Este ambiente cómodo ayudó a la creación de un ambiente de confianza. Durante el proceso de la entrevista, se mantuvo una actitud positiva y de escucha activa, además de facilitadora de la comunicación (dejando hablar a la persona entrevistada, recapitulando en algunas ocasiones, conectando las preguntas con el discurso previo). Otra cuestión que se considera importante es que tanto al inicio como al final de la entrevista, se agradeció a la persona entrevistada su participación. Durante la entrevista se tomaron notas de campo y, además, se realizaron grabaciones en formato audio. A continuación, se procedió a su transcripción para poder llevar a cabo un análisis desde una perspectiva cualitativa.

### **Análisis de datos**

El análisis cualitativo posterior se focaliza en identificar temas que ayudarán a profundizar en el conocimiento de la fibromialgia. Además, en ambas partes del estudio se buscarán significados, ofreciendo una comprensión holística y contextualizada del fenómeno del ajuste psicológico en el contexto de la fibromialgia. La tradición de análisis que se seguirá es el Análisis de Contenido Temático, ya que puede ser particularmente útil en estudios exploratorios donde se busca profundizar.

La transcripción se ha llevado a cabo a través del programa Pinpoint de Google. El resto del procedimiento se ha realizado manualmente usando un procesador de textos. El primer paso ha sido la familiarización con los datos, para ello se han realizado varias lecturas de la transcripción que facilitarán la codificación posterior. Para codificar la entrevista, se han ido identificando diferentes unidades de significado



dentro del texto. Dichas unidades o fragmentos se han ido subrayando. La segmentación de la transcripción y la identificación de unidades de análisis iniciales permitieron una organización detallada y precisa de los datos. Esta fase fue fundamental para capturar todos los aspectos relevantes del discurso de la entrevistada.

Posteriormente, a través de un proceso de inferencia, se han ido asociando colores a cada uno de los fragmentos señalados, unificando aquellos que tienen aspectos en común. Tras este proceso, viendo las señalizaciones en diferentes colores, se han extraído las etiquetas de las categorías de orden superior a través de la identificación de diferentes temas de interés. Los temas fueron revisados para asegurar su coherencia y relevancia. Durante esta etapa, se eliminaron temas redundantes y se fusionaron aquellos que eran similares. La agrupación de fragmentos en temas más amplios y la posterior revisión de estos temas aseguraron una representación coherente y exhaustiva de los datos. La iteración en esta etapa permitió refinar los temas y eliminar redundancias, garantizando así una interpretación lo más fiel posible del contenido. De esta forma, se lleva a cabo una estructuración jerárquica de los temas encontrados en la entrevista. La estructura jerárquica de los temas permitió una interpretación clara y comunicable de los datos.

## **Resultados**

El análisis de los datos obtenidos en la entrevista ha sido un proceso orientado hacia una comprensión más profunda de las experiencias de las pacientes con fibromialgia. El contenido de la entrevista y su posterior análisis revelan varios bloques de contenido asociados a temas (ver Figura 2):

Conceptualización y diagnóstico (incluye aspectos como la definición, la prevalencia o las causas).

Características médico/clínicas (incluye aspectos más médicos entre las características).

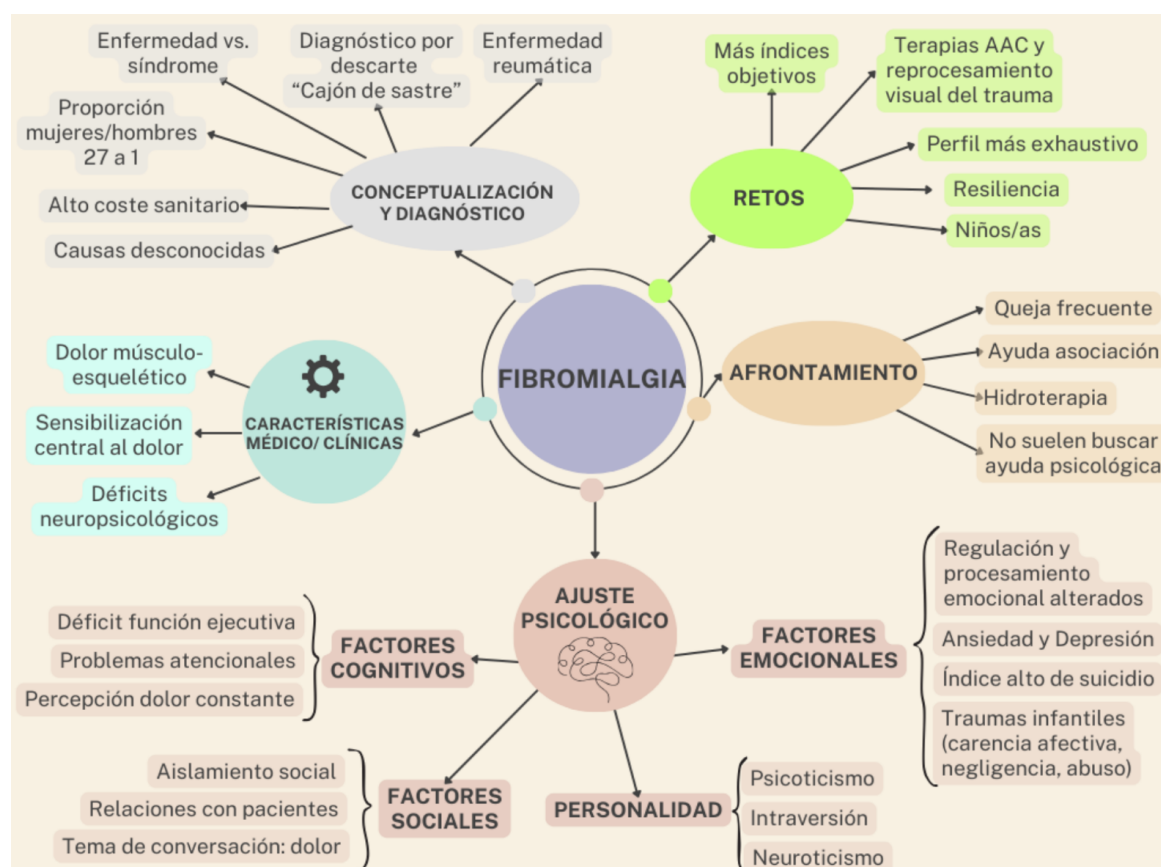
Ajuste psicológico (se ha dividido en cuatro subcategorías asociadas a factores cognitivos, sociales, emocionales y características de personalidad).

Afrontamiento (recoge lo que hacen o no las pacientes para intentar afrontar su padecimiento).

Retos (incluye los retos y perspectivas futuras de investigación y tratamiento de pacientes con fibromialgia).

## Figura 2

*Resumen gráfico de resultados.*



## **Discusión**

Este trabajo tenía como objetivo conocer en mayor profundidad las cuestiones importantes en torno al padecimiento de la fibromialgia y su relación con aspectos psicológicos. A través de una entrevista con una persona experta en el tratamiento de pacientes con fibromialgia, se buscaba obtener una visión más profunda de los desafíos psicológicos que enfrentan estos pacientes, así como de las estrategias que emplean para gestionar su dolor y mejorar su calidad de vida.

Este enfoque cualitativo no solo permite acercarse a la experiencia subjetiva del paciente, sino que también contribuye a una comprensión más integral de la fibromialgia, ofreciendo una visión complementaria a la predominante en la literatura científica actual. La metodología empleada (Análisis de Contenido Temático) ha permitido una exploración en profundidad de los testimonios, y ha revelado datos interesantes. Este tipo de trabajos pueden ser usados como fase previa para llevar la investigación cualitativa más allá, en caso de pasar a entrevistar a pacientes diagnosticadas, ya que así partimos de una base de conocimientos.

Los resultados muestran la importancia de abordar la fibromialgia no solo desde una perspectiva biomédica, sino también considerando los correlatos psicológicos que afectan significativamente la calidad de vida de las pacientes. Además, la integración de enfoques terapéuticos innovadores y la promoción de la resiliencia se perfilan como aspectos clave para mejorar el manejo y tratamiento de esta condición compleja. Con ello, se espera resaltar la importancia de integrar tanto el enfoque clínico como el vivencial en la atención a personas con fibromialgia, facilitando una mejor adaptación y manejo de esta compleja enfermedad.

## Referencias

- Álvarez, J., Nuño, B.L. y Alcocer, J.A. (2005). Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Revista Médica del IMSS*, 43(4), 287-292. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4929>
- Angarita, O. V., & Escobar, D. G. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, 8(2), 1-11. <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.2.66351>
- Bair, M.J. y Krebs E.E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, 172(5), 33-48. <https://doi.org/10.7326/AITC202003030>
- Grau Abalo, J.A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439747576002>
- Herbias, L., Aguirre, R., Bravo, H. y Avilés, L. (2016). Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. *Enfermería nefrológica*, 19(1), 37-44.
- Lázaro (2021). Capítulo 4. Entrevistas estructuradas, semi-estructuradas y libres. Análisis de contenido. En Tejero, J. M. (2021). *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*, (pp. 65-84). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Organización Mundial de la Salud (2023). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ramírez Jiménez, M.G., González Arratia López Fuentes, N.I., Ruíz Martínez, A.O., Oudhof van Barneveld, H. y Barcelata Eguiarte, B.E. (2023). Resiliencia y

enfermedades crónicas. Una revisión sistemática. *CIENCIA ergo-sum*, 30(1).

<http://doi.org/10.30878/ces.v30n1a4>

Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78.

Vinaccia, S. & Orozco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=en&tlng=es)

# **INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ONCOLOGÍA MAMARIA: UNA AMPLIACIÓN DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA PREVIA**

Lucía Morales-Sánchez<sup>1</sup>, Leidy Tatiana Ordoñez-Mora<sup>2</sup>, Paula Ruiz-González<sup>1</sup>, M<sup>a</sup>

Paz Baena-Guil<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Universidad de Cádiz, España*

*<sup>2</sup>Universidad de Santiago de Cali, Colombia*

\*Proyecto PID2021-125056OB-I00, financiado por

MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por “FEDER Una manera de hacer Europa”

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Lucía Morales-Sánchez. Departamento de Psicología. Universidad de Cádiz. Campus Universitario Río San Pedro (11519-Puerto Real, Cádiz, España), [lucia.morales@uca.es](mailto:lucia.morales@uca.es)**

## **Introducción**

La Inteligencia Emocional (IE) fue definida por Salovey y Mayer en 1990, aunque fue varios años más tarde cuando propusieron un modelo teórico de cuatro ramas de la IE, desde el cual ésta se entiende como la capacidad para: 1) percibir, valorar y expresar la emoción adecuadamente y de forma adaptativa; 2) comprender las emociones, así como el conocimiento emocional y afectivo; 3) acceder y/o generar sentimientos para facilitar el pensamiento y la acción adaptativa; y 4) regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 1997).

Desde sus inicios, se han utilizado diferentes medidas para evaluar la IE. No obstante, Joseph & Newman (2010) propusieron una clasificación más específica cruzando la distinción del constructo (modelos mixtos versus modelos de habilidad) con la del método de evaluación (medidas de autoinforme versus medidas basadas en el rendimiento). De este modo surgieron tres perspectivas constructo-método distintas, siendo esta clasificación muy extendida y aceptada en la literatura científica (Fernández-Berrocal & Extremera, 2016; Llamas-Días et al., 2022; Mérida-López & Extremera, 2017; Vega et al., 2022).

En este sentido, la primera perspectiva (IE como habilidad evaluada a través de medidas basadas en el rendimiento) emplea tareas para medir la IE en las que los individuos deben resolver problemas emocionales. El test de rendimiento más utilizado es el MSCEIT (Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso), desarrollado por Mayer et al. (2002). La segunda perspectiva (IE como habilidad autoinformada) evalúa la IE utilizando instrumentos de autoinforme que pretenden medir las capacidades emocionales percibidas. El instrumento más utilizado es el TMMS (Trait Meta-Mood Scale) desarrollado por Salovey et al. (1995). Por último, la tercera perspectiva (IE mixta de autoinforme) utiliza medidas autoinformadas para

evaluar no sólo las competencias socio-emocionales, sino también rasgos estables de personalidad, aspectos motivacionales, y diversas habilidades cognitivas (Fernández-Berrocal & Extremera, 2005), como proponen algunos autores (Bar-On, 2006; Goleman, 1996). Desde esta perspectiva, entre los instrumentos más utilizados encontramos el EQ-i (Inventario del Cociente Emocional) (Bar-On, 2006) o el Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) (Petrides, 2009).

Tal y como demuestra la literatura científica, la IE está relacionada con los resultados de salud, el estrés y el bienestar, y es un predictor significativo del bienestar, tanto subjetivo como objetivo de las personas (Baudry et al., 2018; Sarrionandia & Mikolajczak, 2020; Salovey & Mayer, 1990; Van Heck & Oudsten, 2008; Zysberg, 2018). Asimismo, algunos estudios han examinado la IE en el contexto del cáncer (Rey et al., 2013; Smith et al., 2012). Centrándonos en el cáncer de mama, la IE es considerada un recurso personal importante, ya que influye en la adaptación psicológica de las personas que afrontan el proceso de una enfermedad oncológica (Amirifard et al., 2017; Ávila et al., 2015; Mirzaei et al., 2019; Rey et al., 2013).

Este recurso personal está siendo, por tanto, cada vez más explorado en el ámbito de la oncología mamaria (Cerezo et al., 2022; Guil et al., 2022; Wang et al., 2014). De hecho, una revisión sistemática reciente desarrollada por Morales-Sánchez et al. (2024) aunó los resultados de diversos estudios que estudiaban la IE en mujeres con esta neoplasia mamaria, incidiendo en las características de las investigaciones, en los instrumentos utilizados para evaluar la IE, así como en las variables relacionadas con la IE en esta población oncológica. En esta revisión se encontró que uno de los instrumentos más utilizados fue el TMMS-24, y que la IE en el ámbito del cáncer de mama se relacionó con variables tales como el bienestar psicológico, la calidad de vida, la resiliencia, la capacidad de trabajo, la ansiedad y la depresión (Morales-Sánchez et al., 2024).



Debido a que la búsqueda bibliográfica de dicha investigación se realizó hasta diciembre de 2022, con el presente trabajo se pretende ampliar y actualizar la revisión de la literatura existente extraída por Morales-Sánchez et al. (2024). Por ello, el presente estudio pretende identificar las investigaciones que evalúan la IE en el contexto del cáncer de mama desde 2023 hasta la actualidad y, concretamente, 1) identificar las variables que se relacionan con la IE en esta población; y 2) identificar y describir las principales medidas utilizadas para evaluar la IE en este campo.

## Método

La presente revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo la Declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Guidelines*) (Moher et al., 2009; Page et al., 2021).

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos científicas (Web of Science, Scopus, PubMed y PsycArticles). En todas las bases de datos se combinaron e introdujeron las siguientes palabras clave y operadores booleanos: "breast cancer" AND ("emotional intelligence" OR "emotional competence" OR "emotional competencies"). En la búsqueda no se aplicaron filtros relativos al idioma y se buscaron en todas las bases de datos desde 2023 hasta la actualidad el 6 de junio de 2024.

### Criterios de inclusión y exclusión

Fueron incluidos en la presente revisión los artículos a texto completo publicados en las bases de datos referidas que evaluaban la IE en poblaciones de cáncer de mama, ya fuera como predictor o como resultado. La información relativa a los criterios de elegibilidad se muestra en la Tabla 1. Se excluyeron los estudios si: (1) la muestra estaba constituida por mujeres con cáncer de mama, pero también con otras enfermedades oncológicas (por ejemplo, gastrointestinales, ginecológicas...), y

los resultados relativos a la IE no se presentaban separados por tipo de cáncer; (2) los estudios no medían la IE; (3) eran revisiones bibliográficas/sistemáticas o meta-análisis, libros, resúmenes de conferencias y congresos, e informes de casos; y (4) no estaban escritos en inglés o español.

**Tabla 1**

*Criterios PICO para la selección de los estudios*

| <b>P</b>                                                                                 | <b>I</b> | <b>C</b>       | <b>O</b>                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|----------------------------------------------------------|
| Poblaciones con cáncer de mama (Recién diagnosticadas, en tratamiento, o supervivientes) | IE       | Grupo Control* | Variables psicológicas y sociales relacionadas con la IE |

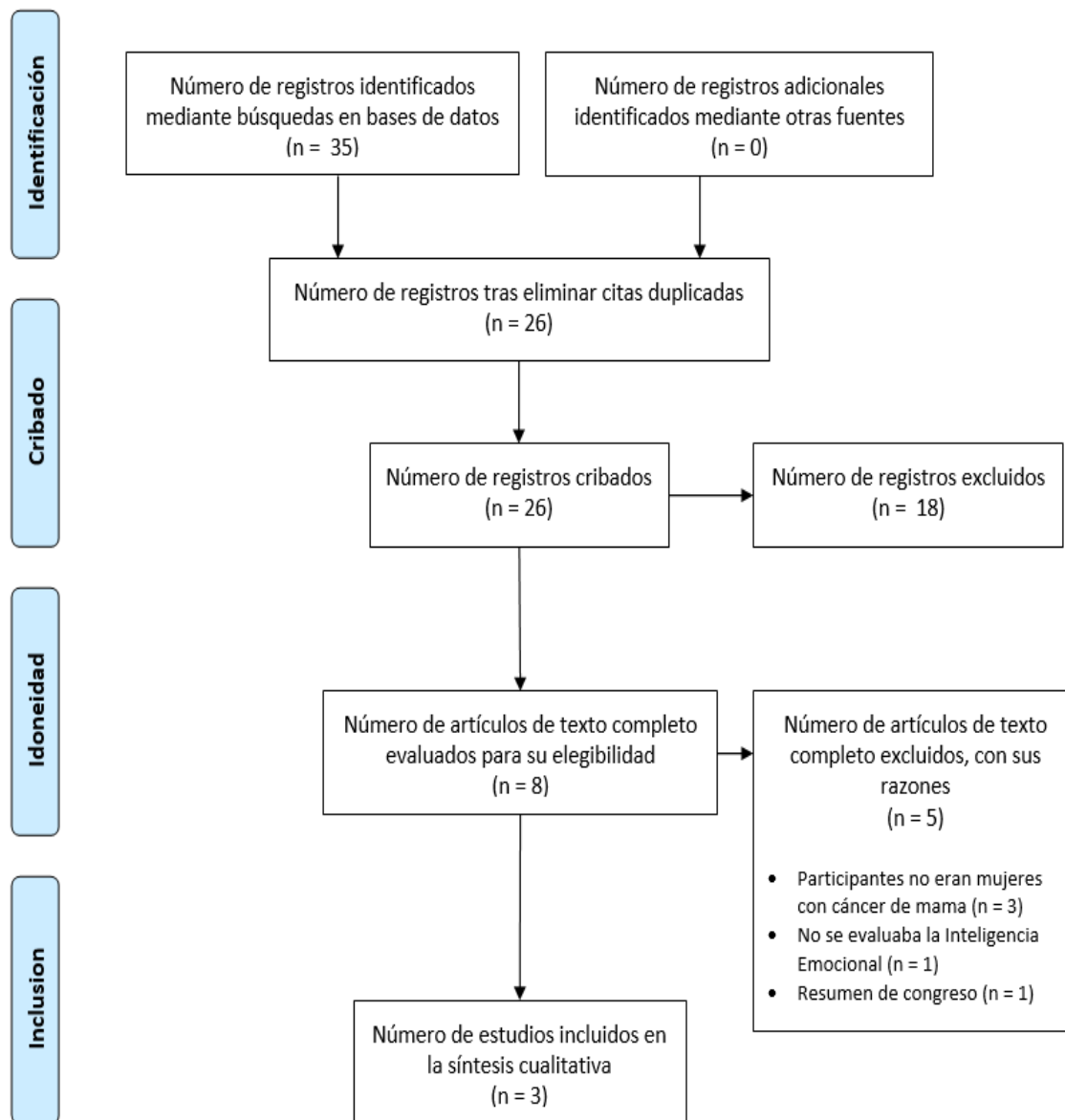
*Nota.* P (Población); I (Intervención); C (Comparación); O (Variables resultado); IE (Inteligencia Emocional); \*(si procede).

#### Extracción de datos

Tras una búsqueda inicial, 35 estudios potencialmente elegibles fueron identificados: 8 en Web of Science (WOS), 10 en Scopus, 5 en PubMed, y 12 en PsycArticles. La eliminación de registros duplicados (n=9) nos permitió cribar 26 potenciales artículos, de los cuales se eliminaron 18 estudios tras leer el título y resumen. Por tanto, un total de 8 artículos completos fueron elegidos para su análisis y, de éstos, 5 estudios fueron eliminados por diferentes razones: 1) los participantes del estudio no eran mujeres con cáncer de mama, o la muestra no estaba compuesta exclusivamente por mujeres con neoplasia mamaria (n=3); 2) no evaluaba la IE (n=1); y 3) se trataba de un resumen de congreso (n=1). Finalmente, un total de 3 estudios fueron seleccionados para la inclusión en la presente revisión sistemática. Todos los artículos incluidos tuvieron el acuerdo de todos los autores, sin conflictos de intereses entre ellos. En la Figura 1 se muestra el proceso de selección de los estudios a través del Diagrama de Flujo.

**Figura 1.**

*Diagrama de Flujo del proceso de selección de los estudios incluidos*



## Resultados

Se incluyeron en la revisión un total de 3 artículos (n=3). Un autor extrajo los datos de los diferentes estudios de forma independiente, y otro autor comprobó la exactitud de la extracción de datos, añadiendo información complementaria o

mejorando la ya obtenida. Las características de los estudios seleccionados se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2**  
*Características generales de los estudios incluidos en la revisión*

| Autor/es                                            | Participantes                                                                                                                                          | Instrumento | Variables<br>examinadas                                                                                                                                                                                                 | Resultados principales                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Cannavò,<br>Sanchez-Ruiz,<br>and Barberis<br>2024) | N = 338<br><i>Edad</i> = 25-83 años<br>( <i>Media</i> =53.36; <i>DT</i> =9.31)<br>Mujeres con cáncer de<br>mama con, al menos, 1<br>año de diagnóstico | TEIQue-SF   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inteligencia Emocional Rasgo</li><li>• Crecimiento Posttraumático</li><li>• Trastorno de Estrés Posttraumático</li><li>• Depresión</li><li>• Satisfacción con la vida</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• A mayor IE, menor estrés posttraumático.</li><li>• Mayor IE mayor crecimiento posttraumático</li><li>• Mayor IE menor depresión</li><li>• Mayor IE mayor satisfacción con la vida.</li></ul>                                                 |
| (Marjany et al.<br>2023)                            | N=96<br><i>Edad</i> = 25% (entre 18 y<br>30 años).<br>46% (entre 30 a 45 años).<br>30% mayores de 46 años.                                             | No indicado | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inteligencia Emocional</li><li>• Satisfacción con la vida</li><li>• Depresión</li><li>• Apoyo Social</li></ul>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• A medida que aumenta la IE disminuye la depresión.</li><li>• A mayor satisfacción vital menor depresión.</li><li>• Un mayor apoyo social genera menor depresión.</li></ul>                                                                   |
| (Ruiz-González<br>& Guil 2023)                      | N = 56<br><i>Edad</i> = 29-67 años<br>( <i>Media</i> =51.77; <i>DT</i> =8.92)                                                                          | TMMS-24     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inteligencia Emocional Percibida</li><li>• Ansiedad</li></ul>                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Las supervivientes de cáncer de mama tienen niveles significativamente más bajos de AE y niveles más altos de RE.</li><li>• Niveles más altos de AE así como más bajos de CE y RE se relacionaron con mayores niveles de ansiedad.</li></ul> |

*Nota.* IE (Inteligencia Emocional); AE (Atención Emocional); CE (Claridad Emocional); RE (Reparación Emocional); TEIQue-SF (*Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form*); TMMS-24 (*Trait Meta-Mood/Scale-2*)

A continuación, se analizarán las variables relacionadas con la IE. Además, se mostrarán los instrumentos utilizados para evaluar la IE en las distintas investigaciones.

Variables relacionadas con la IE de mujeres con cáncer de mama

Tras el análisis de los diferentes estudios, se encontró que la IE se relaciona con el estrés postraumático, la depresión, la satisfacción con la vida, el crecimiento postraumático y la ansiedad. La Tabla 3 muestra con más detalle la relación entre la IE y las otras variables psicosociales en esta población oncológica.

**Tabla 3**

*Variables relacionadas con la IE en mujeres con cáncer de mama*

| Estudio                     | Predictor | Resultado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cannavò et al. (2024)       | IE        | <ul style="list-style-type: none"> <li>La IE tuvo un efecto negativo significativo en el estrés postraumático (<math>\beta = -0.54</math>; <math>p &lt; 0.001</math>)</li> <li>La IE mostró un efecto positivo significativo en el crecimiento postraumático (<math>\beta = 0.50</math>; <math>p &lt; 0.001</math>)</li> <li>La IE se relacionó negativamente con la depresión (<math>\beta = -0.24</math>; <math>p &lt; 0.001</math>)</li> <li>La IE tuvo un efecto positivo significativo en la satisfacción con la vida (<math>\beta = 0.34</math>; <math>p &lt; 0.001</math>)</li> </ul> |
| Marjany et al. (2023)       | IE        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Correlación significativa negativa entre la IE y la depresión (<math>\beta = 0.46</math>; <math>p &lt; 0.05</math>)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ruiz-González & Guil (2023) | IE        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Niveles altos de atención emocional (EA) (<math>\beta = 1.39</math>; <math>p = 0.01</math>) se vinculan a una mayor ansiedad.</li> <li>Bajos niveles de claridad emocional (EC) (<math>\beta = 1.39</math>; <math>p = 0.01</math>) vinculados a una mayor ansiedad.</li> <li>Bajos niveles de regulación emocional (ER) (<math>\beta = 1.39</math>; <math>p = 0.01</math>) están vinculados a una mayor ansiedad.</li> </ul>                                                                                                                          |

*Nota.*  $\beta$  (Beta);  $p$  (significación estadística); IE (Inteligencia Emocional); Predictor (Variable(s) predictora/s); Resultado (Variable(s) resultado).

Instrumentos usados para evaluar la Inteligencia Emocional

De acuerdo a la clasificación realizada por Joseph & Newman (2010), se encontraron los siguientes instrumentos utilizados en los artículos incluidos en la presente revisión:

IE como habilidad autoinformada

**TMMS-24** (Trait Meta-Mood Scale; Fernández-Berrocal et al., 2004): Es una versión reducida y adaptada al castellano del TMMS (Salovey et al. 1995) y mide la percepción de los individuos sobre las propias capacidades emocionales. Evalúa tres dimensiones en 24 ítems: la atención emocional, la claridad emocional y la reparación emocional.

IE mixta autoinformada

**TEIQue-SF** (Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form; Petrides, 2009): Es una versión abreviada del cuestionario de IE rasgo, que evalúa cuatro dimensiones fundamentales de la IE: Bienestar, Autocontrol, Emocionalidad y Sociabilidad.

Discusión

Tal y como demuestra la literatura científica, la IE es considerada un recurso personal que está relacionada con la salud y bienestar de los individuos, y que está siendo cada vez más explorado (Baudry et al., 2018; Sarrionandia & Mikolajczak, 2020; Salovey & Mayer, 1990; Van Heck & Oudsten, 2008; Zysberg, 2018). Concretamente, en el ámbito del cáncer de mama, existen diversos estudios que relacionan la IE con otras variables psicosociales, tal y como recopilaron Morales-Sánchez et al. (2024) en su revisión sistemática. No obstante, con la presente investigación se ha tratado de recopilar aquellos estudios dirigidos a evaluar la IE en mujeres con cáncer de mama desde 2023 hasta la actualidad. En la búsqueda se obtuvieron 3 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y éstos muestran la importante relación que existe entre la IE y otros resultados en salud en esta población, como se ha venido demostrando en investigaciones anteriores (Amirifard et al., 2017; Guil et al., 2022; Wang et al., 2014).

Específicamente, en el estudio de Cannavò et al. (2024) se analizaron las relaciones entre la IE, el estrés postraumático, el crecimiento postraumático, la

depresión y la satisfacción con la vida en mujeres afectadas por cáncer de mama. A través de la evaluación de la IE con el TEIQue-SF, una versión reducida del instrumento TEIQue elaborado por Petrides (2009), los resultados mostraron que la IE tenía un efecto significativo y directo sobre el estrés postraumático, el crecimiento postraumático, la depresión y la satisfacción con la vida. Específicamente, una mayor IE se asoció con menores niveles de estrés postraumático y depresión, así como con un mayor crecimiento postraumático y satisfacción con la vida. Además, se identificaron relaciones significativas entre la IE y la depresión, y entre la IE y la satisfacción con la vida, mediadas por el estrés postraumático y el crecimiento postraumático. Estos hallazgos sugieren que la IE actúa como un factor protector que contribuye a una mejor adaptación emocional y una mayor calidad de vida en estas mujeres (Ávila et al., 2015; Cerezo et al., 2022; Mirzaei et al., 2019; Wang et al., 2022).

Por otra parte, el estudio de Marjany et al. (2023) exploró la relación entre la IE, la satisfacción vital y la depresión en mujeres, destacando el papel mediador de la satisfacción vital y el apoyo social. Se encontró que tanto la IE como la satisfacción vital estaban negativamente correlacionadas con la depresión, indicando que un mayor nivel de IE y satisfacción vital se asociaba con menores niveles de depresión. Además, la satisfacción vital mediaba la relación entre la IE y la depresión, mientras que el apoyo social actuaba como un moderador en esta relación, reforzando el efecto protector de la satisfacción vital contra la depresión. Los resultados subrayan la importancia de la IE y la satisfacción vital en la prevención de la depresión, y el rol del apoyo social como un recurso adicional para mejorar el bienestar emocional, en línea con lo obtenido por estudios previos (Cerezo et al., 2022, Guil et al., 2022).

En el estudio de Ruiz-González & Guil (2023) se evaluó la IE percibida y los síntomas de ansiedad en supervivientes de cáncer de mama, utilizando el TMMS-24, una versión del TMMS reducida y adaptada al castellano por Fernández-Berrocal et al.

(2004). Los resultados mostraron que las supervivientes presentaban niveles significativamente más bajos de atención emocional y más altos de regulación emocional en comparación con controles sanos, lo que sugiere una adaptación emocional más eficaz. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre los grupos. Estos hallazgos indican que la IE, en particular la capacidad para regular emociones, podría ser un factor clave en la adaptación emocional de las mujeres que han superado el cáncer de mama (Amirifard et al., 2017; Ávila et al., 2015; Guil et al. 2022). Además, se encontró que altos niveles de atención emocional, así como bajos de claridad y reparación emocional estuvieron relacionados con mayor sintomatología ansiosa, confirmándose de esta forma tanto el efecto protector de la reparación emocional, como la relación de la atención emocional con resultados negativos en la salud psicológica tales como el pesimismo y la baja autonomía, siendo esta dimensión de la IE percibida la que más controversia genera (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006).

En cuanto a los instrumentos utilizados, destacan el uso del TEIQue-SF (Petrides, 2009) y el TMMS-24 (Fernández-Berrocal et al., 2004), priorizándose el uso de medidas de autoinforme, en línea con el estudio previamente realizado por Morales-Sánchez et al. (2024). No obstante, uno de los estudios (Marjany et al., 2023) no determina el instrumento utilizado para evaluar la IE en su investigación, lo que aumenta el riesgo de sesgo de dicha investigación y, por tanto, se consolida esto como una limitación del mismo. Por otra parte, no se encontró ningún instrumento que evaluaba la IE con medidas basadas en el rendimiento, como es el MSCEIT. Es por ello por lo que es recomendable en futuros estudios hacer uso tanto de medidas de autoinforme como de medidas basadas en el rendimiento, con el fin de obtener unos resultados sobre la IE de una forma más exhaustiva.



Para finalizar, se ha encontrado que la IE, además de las variables psicosociales con las que se encontró una relación en estudios previos (bienestar, resiliencia, capacidad de trabajo, etc.), los resultados del presente estudio también demuestran que ésta juega un papel relevante sobre otras variables de interés clínico como la depresión, ansiedad, el crecimiento postraumático, la satisfacción vital y el estrés postraumático. Por tanto, las intervenciones con esta población deberían considerar este recurso personal de cara a favorecer su bienestar y calidad de vida.

### Referencias

- Amirifard, N., Payandeh, M., Aefinfar, M., Sadeghi, M., Sadeghi, E., & Ghafarpor, S. (2017). A survey on the relationship between emotional intelligence and level of depression and anxiety among women with breast cancer. *International journal of hematology-oncology and stem cell research*, 11(1), 54.
- Ávila, M., Brandão, T., Teixeira, J., Coimbra, J. L., & Matos, P. M. (2015). Attachment, emotion regulation, and adaptation to breast cancer: Assessment of a mediational hypothesis. *Psycho-oncology*, 24(11), 1514-1520. <https://doi.org/10.1002/pon.3817>
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) 1. *Psicothema*, 13-25.
- Baudry, A. S., Grynberg, D., Dassonneville, C., Lelorain, S., & Christophe, V. (2018). Sub-dimensions of trait emotional intelligence and health: A critical and systematic review of the literature. *Scandinavian journal of psychology*, 59(2), 206-222. <https://doi.org/10.1111/sjop.12424>
- Cannavò, M., Sanchez-Ruiz, M. J., & Barberis, N. (2024). Structural links from trait emotional intelligence to life satisfaction and depressive symptoms in women with breast cancer: post-traumatic responses as mediators. *Archives of*

*Women's Mental Health*, 27(3), 383-392. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01438-0>

Cerezo, M. V., Soria-Reyes, L. M., Alarcon, R., & Blanca, M. J. (2022). The Satisfaction with Life Scale in breast cancer patients: Psychometric properties. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100274. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100274>

El Marjany, B., Saoud, M. K., El Marjany, M., Badri, Z., & Alaoui, S. (2023). Emotional intelligence, life satisfaction, and depression in breast cancer among women. *Onkologia i Radioterapia*, 17(12), 1-5.

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 19(3), 63-93.

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). La investigación de la Inteligencia Emocional en España. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 139-153.

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2016). Ability emotional intelligence, depression, and well-being. *Emotion review*, 8(4), 311-315. <https://doi.org/10.1177/1754073916650494>

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>

Goleman, D. (1996). *Emotional intelligence. Why it Can Matter More than IQ*, Bloomsbury.

Guil, R., Morales-Sánchez, L., Ruiz-González, P., Gómez-Molinero, R., & Gil-Olarte, P. (2022). The key role of emotional repair and emotional clarity on depression among breast cancer survivors. *International Journal of Environmental*

<https://doi.org/10.3390/ijerph19084652>

Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: an integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of applied psychology*, 95(1), 54-78.

<https://doi.org/10.1037/a0017286>

Llamas-Díaz, D., Cabello, R., Megías-Robles, A., & Fernández-Berrocal, P. (2022).

Systematic review and meta-analysis: The association between emotional intelligence and subjective well-being in adolescents. *Journal of Adolescence*, 94(7), 925-938. <https://doi.org/10.1002/jad.12075>

Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence?. En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational implications* (pp. 3-34). Basic Books.

Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D.R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test: MSCEIT. Item Booklet*, Multi-Health Systems.

Mérida-López, S., & Extremera, N. (2017). Emotional intelligence and teacher burnout: A systematic review. *International Journal of Educational Research*, 85, 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2017.07.006>

Mirzaei, S., Tame, A. I., Anbiaie, R., Moradipour, F., Nasiri, M., & Rohani, C. (2019). Emotional intelligence as a predictor of health-related quality of life in breast cancer Survivors. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(3), 261-268. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_76\\_18](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_76_18)

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & PRISMA Group (2009). PRISMA Group, Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement, *International journal of surgery*, 8(5), 336-341. PLoS Med. 6, e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

- Morales-Sánchez, L., Brandão, T., & Guil, R. (2024). Emotional intelligence and breast cancer: A systematic review. *Heliyon*, 10(3), e25061. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25061>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hr'objartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E. McDonald, S., ... & Moher, D. (2021). D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Petrides, K.V. (2009). Psychometric properties of the trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue). En, in: C. Stough, D.H. Saklofske, & J.D. Parker (Eds.), *Advances in the Assessment of Emotional Intelligence* (pp. 21–33). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0\\_5](https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_5)
- Rey, L., Extremera, N., & Trillo, L. (2013). Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(1), 51-64. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.703770>
- Ruiz-González, P., & Guil, R. (2023). Experiencing anxiety in breast cancer survival: Does perceived emotional intelligence matter?. *Psycho-Oncology*, 32(6), 972-979. <https://doi.org/10.1002/pon.6140>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.). *Emotion, disclosure, &*

- health* (pp. 125–154). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Sarrionandia, M., & Mikolajczak, M. (2020). A meta-analysis of the possible behavioural and biological variables linking trait emotional intelligence to health, *Health psychology review*, 14(2), 220-244. *Health Psychol. Rev.*, 14 (2), 220–244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1641423>
- Smith, S. G., Petrides, K. V., Green, J. S., & Sevdalis, N. (2012). The role of trait emotional intelligence in the diagnostic cancer pathway. *Supportive Care in Cancer*, 20, 2933-2939. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1423-x>
- Van Heck, G. L., & Oudsten, B. L. D. (2008). Emotional intelligence: Relationships to Stress, Health, and Well-being. En Vinberhoets, A.J., Nyklíček, I., Denollet, J. (Eds.) *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 97-121). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-29986-0\\_7](https://doi.org/10.1007/978-0-387-29986-0_7)
- Vega, A., Cabello, R., Megías-Robles, A., Gómez-Leal, R., & Fernández-Berrocal, P. (2022). Emotional intelligence and aggressive behaviors in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1173-1183. <https://doi.org/10.1177/1524838021991>
- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 93-99. <https://doi.org/10.1002/pon.3376>
- Zysberg, L. (2018). Emotional intelligence and health outcomes. *Psychology*, 9(11), 2471-2481. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.911142>

# **E-HEALTH EN CÁNCER DE MAMA: UNA APP PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

Rocío Guil Bozal<sup>1</sup>, Paula Ruiz González<sup>1</sup>, Lucía Morales-Sánchez<sup>1</sup> y Paloma Gil-Olarte  
Márquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cádiz, España.

\* Proyecto PID2021-125056OB-I00, financiado por

MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por FEDER Una manera de hacer Europa



La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Paula Ruiz González, Departamento Psicología, Universidad de Cádiz, Campus Universitario Río San Pedro (11519-Puerto Real, Cádiz, España), paula.ruiz@uca.es**

## Introducción

El cáncer de mama es en la actualidad el tumor más frecuentemente diagnosticado en el mundo y más concretamente en mujeres, estimándose para el presente año 2024 un total de 36.395 nuevos diagnósticos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2024).

La incidencia de este tipo de cáncer va en aumento, previendo que 1 de cada 8 mujeres será diagnosticada de esta patología. A pesar de que cada vez aparecen nuevos casos a edades más tempranas, su incidencia es más común en la franja de edad de los 45 a 65 años debido a los cambios hormonales vinculados con la peri y post menopausia (GEICAM, 2024). Este incremento de nuevos casos se debe, entre otros, al incremento poblacional, así como a la existencia de técnicas y programas de detección precoz (Sociedad Española de Oncología Médica, 2022).

Estas técnicas de *screening* que permiten identificar casos en estadios menos avanzados, unido a los avances en los tratamientos médicos, ha supuesto un descenso significativo de la mortalidad vinculada a esta enfermedad, y, por tanto, un incremento de su supervivencia (Asociación Española Contra El Cáncer, 2024). Según datos de esta misma fuente, la tasa de supervivencia a 5 años del diagnóstico en cáncer de mama es del 82,8% de forma global, y de más del 99% en pacientes diagnosticadas exclusivamente con patología mamaria.

Este aumento de la supervivencia también se asocia, lamentablemente, con la experimentación de múltiples consecuencias que permanecen presentes incluso años después de la finalización de los tratamientos médicos y que impactan negativamente en la calidad de vida de estas mujeres (Leão et al., 2022; Mejía-Rojas et al., 2020).

Atendiendo al concepto de calidad de vida, la definición más extendida es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) quien la conceptualiza como: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro

del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (p.98). Como se muestra en la Tabla 1, este concepto incorpora diferentes ámbitos y subdimensiones: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones interpersonales, así como la relación con el medio (OMS, 1998).

**Tabla 1.** Ámbitos y dimensiones de calidad de vida según la OMS (1998)

|                                       |              |           |  |                                                                                    |
|---------------------------------------|--------------|-----------|--|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ÁMBITO I. FÍSICO</b>               |              |           |  | 1. Dolor y malestar                                                                |
|                                       |              |           |  | 2. Energía y fatiga                                                                |
|                                       |              |           |  | 3. Sueño y Descanso                                                                |
| <b>ÁMBITO II. PSICOLÓGICO</b>         |              |           |  | 4. Sensaciones positivas.                                                          |
|                                       |              |           |  | 5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.                              |
|                                       |              |           |  | 6. Autoestima.                                                                     |
|                                       |              |           |  | 7. Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto                         |
|                                       |              |           |  | 8. Sentimientos negativos                                                          |
| <b>ÁMBITO III.</b>                    | <b>GRADO</b> | <b>DE</b> |  | 9. Movilidad.                                                                      |
| <b>INDEPENDENCIA</b>                  |              |           |  | 10. Actividades de la vida diaria                                                  |
|                                       |              |           |  | 11. Dependencia de una medicación o de tratamientos                                |
|                                       |              |           |  | 12. Capacidad de trabajo                                                           |
| <b>ÁMBITO IV. RELACIONES SOCIALES</b> |              |           |  | 13. Relaciones personales                                                          |
|                                       |              |           |  | 14. Apoyo social                                                                   |
|                                       |              |           |  | 15. Actividad sexual                                                               |
| <b>ÁMBITO V. MEDIO</b>                |              |           |  | 16. Seguridad física                                                               |
|                                       |              |           |  | 17. Medio doméstico                                                                |
|                                       |              |           |  | 18. Recursos financieros                                                           |
|                                       |              |           |  | 19. Salud y atención social: disponibilidad y calidad                              |
|                                       |              |           |  | 20. Oportunidades para obtener nueva información y adquirir nuevas aptitudes       |
|                                       |              |           |  | 21. Participación en actividades recreativas y de ocio y oportunidades al respecto |
|                                       |              |           |  | 22. Medio físico (contaminación/ruido/tráfico/clima)                               |
|                                       |              |           |  | 23. Transporte                                                                     |
| <b>ÁMBITO VI. ESPIRITUALIDAD</b>      |              |           |  | 24. Espiritualidad                                                                 |

*Nota.* Adaptado de Manual de instrucciones de la OMS sobre calidad de vida. Organización Mundial de la Salud (1998).

Atendiendo a estas dimensiones, y entre las múltiples secuelas que afectan a la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, a nivel físico se observa con frecuencia dolor, fatiga, náuseas, vómitos, cicatrices, cambios en el peso corporal, alteraciones en la piel, menopausia o amenorrea, pérdida de fertilidad y dificultades



en el movimiento de los brazos, entre otros, como consecuencia de los tratamientos recibidos (Anbari et al., 2021; Gil et al., 2022; Martínez et al., 2022; Rodríguez-Reinado et al., 2020).

Inevitablemente, todas estas implicaciones físicas y la recepción de un diagnóstico de cáncer en sí mismo, afecta al estado psicológico de las pacientes, quienes suelen presentar síntomas de ansiedad y depresión, pensamientos negativos, irritabilidad, sensación de pérdida de control, afectación de la autoestima, miedo, alteraciones o insatisfacción con la imagen corporal o dificultades en las relaciones sexuales (Castillo et al., 2019; Fortin et al., 2021). Si bien, también existen estudios que, desde la perspectiva de la Psicología Positiva, indican que estas mujeres pueden volverse más resilientes y experimentar cierto crecimiento personal por el afrontamiento de esta adversidad (Rodríguez & Font, 2013; Seiler y Jenewein, 2019).

Por otro lado, a nivel social, la literatura destaca cambios en la capacidad de trabajo y dificultades para la reincorporación laboral (Butow et al., 2020), lo que a su vez se relaciona con una disminución de ingresos económicos. Asimismo, puede observarse una reducción de las actividades lúdicas y sociales (Coughlin, 2019), así como alteración en el funcionamiento y la dinámica familiar, entre otros (Fu et al., 2022; Vivar 2012).

Estas mujeres se exponen desde la recepción del diagnóstico a un extenso período de atención clínica dirigido a la realización de pruebas médicas y a la recepción de tratamientos adaptados a las especificidades de su diagnóstico (Da Silva & Dos Santos, 2010). Durante todo este proceso, experimentan una amenaza a su integridad física, así como las múltiples consecuencias psicológicas y sociales expuestas anteriormente. En este sentido, es esencial la promoción de estrategias de afrontamiento que permitan una adaptación a la enfermedad y a los cuidados

intensivos que requieren durante largos períodos de tiempo (Cruz-Bautista et al., 2022).

No obstante, y aunque se evidencian avances significativos en el ámbito de la salud física y más específicamente, en los tratamientos oncológicos, algunos problemas psicológicos, emocionales y sociales persisten durante largos períodos de tiempo debido a su menor abordaje, constituyendo un malestar significativo para las propias pacientes y sus familias, así como mayores costes para los servicios de salud y la sociedad en general.

En este sentido, es importante destacar que las APP de *e-Health* pueden aprovechar el potencial de las tecnologías de la información para, a través de una dinámica interacción profesional-paciente, realizar un asesoramiento personalizado e inmediato desde un enfoque multidisciplinar, facilitando el intercambio de información entre los distintos agentes responsables de la salud de las pacientes y fomentando la autogestión de la salud y empoderamiento de las pacientes (Kim et al., 2020; Oakley-Girvan et al., 2022).

Como se ha puesto de manifiesto, el diagnóstico y los tratamientos de cáncer de mama influyen en el estado psicológico y en muchos casos, en la adherencia terapéutica, por lo que conocerlo a tiempo real permitiría un óptimo seguimiento y un mejor pronóstico de la enfermedad. En este sentido, y dado que no existen estudios ni herramientas de evaluación, tanto a nivel nacional como internacional, que contemple la calidad de vida de forma integral y multidimensional, desde el grupo de investigación del Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación HUM-843 “Inteligencia Emocional” se planteó como objetivo el desarrollo de una APP de *e-Health* para pacientes de cáncer de mama que atendiera conjuntamente a su situación clínica y a su calidad de vida. Esta APP estaría disponible para dispositivos móviles y permitiría conocer, a tiempo real, el estado psicológico y calidad de vida desde el

momento del diagnóstico, tanto a las propias pacientes como a los profesionales encargados de su asistencia.

## **Método**

Para responder al objetivo indicado con anterioridad, el grupo de investigación HUM-843, en colaboración con informáticos y el equipo de oncología del Hospital Universitario de Puerta del Mar (Cádiz), del Hospital Universitario de Puerto Real y del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, diseñó y desarrolló una APP de *e-Health* titulada “Fuerte”.

A través de esta APP, además de recopilar datos sociodemográficos de las pacientes, se realizaba una evaluación integral de variables psicológicas y de calidad de vida (ansiedad, depresión, resiliencia, apoyo social, estado físico, relación con el medio, entre otros). Esta evaluación se realizaba de manera periódica para conocer la evolución de las mismas desde el momento del diagnóstico y a lo largo de la enfermedad atendiendo, además, a la influencia que pudiesen ejercer determinadas variables clínicas asociadas al diagnóstico. Asimismo, incorporaba la posibilidad de contactar con el grupo de investigación HUM-843 cuando las propias pacientes lo desearan.

Esta APP que estaba disponible para su descarga en Google Play, solo podía ser utilizada por mujeres con cáncer de mama, ya que, para acceder a ella, previamente el grupo de investigación debía crear un usuario asociado a cada paciente. De esta forma, se aseguraba que los datos obtenidos fueran única y exclusivamente de pacientes de oncología mamaria que cumplieran con los criterios de inclusión planteados en el proyecto de investigación.

Todas las participantes debían firmar un consentimiento informado con carácter previo a la participación, donde se expresaba que tanto su identidad como

toda la información sociodemográfica, clínica y psicológica que aportaran a través de la APP, se protegía de acuerdo la legislación vigente actual de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) y sería mantenida de forma confidencial.

## **Resultados**

El desarrollo de esta APP permitió atender al grave problema existente en la sociedad, relacionado con el menoscabo de la calidad de vida en muy diferentes colectivos, en este caso mujeres con cáncer de mama, incluyendo sus diferentes ámbitos, tal y como señaló la OMS.

Asimismo, su diseño permitió la exportación automática y consulta de datos en tiempo real vinculados con la calidad de vida. Obtener dichos datos rápidamente facilitó la posibilidad de ofrecer *feedback* a las pacientes, quienes obtenían un informe personalizado realizado por parte del grupo de investigación HUM-843 con los resultados e interpretación de la batería de tests que habían cumplimentado.

Además, gracias a ella, se volcaban automáticamente los datos, generándose una gran base de datos en el software estadístico SPSS que incluía todos los ámbitos que engloba la calidad de vida. Con la información recabada, se establecían modelos teóricos que identificaban recursos psicosociales, así como factores de riesgo y protección que influyen en la calidad de vida de las pacientes desde la recepción del diagnóstico y a lo largo del progreso de la enfermedad.

Derivado de dicho conocimiento se han generado diversas publicaciones de impacto por parte del grupo de investigación, centradas fundamentalmente en los procesos a través de los cuales las distintas dimensiones de inteligencia emocional percibida (atención, claridad y reparación emocional) median entre el padecimiento de cáncer de mama y diferentes variables vinculadas con el ajuste psicológico actuando

en algunos casos, como factor de riesgo y en otros, como factor de protección (Gómez-Molinero & Guil, 2020; Guil et al., 2020; 2022a; 2022b; Ruiz-González & Guil, 2023).

Estos hallazgos, a su vez, han sido la base sobre la que sugerir nuevos tratamientos psicológicos para favorecer la calidad de vida de personas que reciben este diagnóstico. Es decir, ha permitido trasladar el conocimiento para proponer intervenciones psicológicas eficaces fundamentadas en modelos teóricos empíricamente confirmados. Asimismo, ha supuesto la identificación de áreas potenciales para el asesoramiento psicológico, atendiendo al estadio de la enfermedad, tipo y fase de tratamiento, así como posibles comorbilidades.

## **Discusión**

El desarrollo de esta aplicación móvil ha permitido confirmar que el uso de esta APP de *e-Health* facilita un acceso más rápido y sencillo a la información, un monitoreo continuo del estado de las pacientes, una mejor comunicación entre pacientes y profesionales, y la propuesta de tratamientos psicológicos personalizados atendiendo al estado psicológico y calidad de vida, facilitando la autogestión de su salud (Kim et al., 2020; Oakley-Girvan et al., 2022).

En línea con la revisión sistemática llevada a cabo por Aydin y Gursoy (2023), las aplicaciones móviles actuales dirigidas a pacientes con cáncer de mama suelen proporcionar información básica sobre la enfermedad, ofreciendo una gestión limitada de los problemas relacionados con la prevención, la detección temprana y el cribado.

No obstante, los resultados derivados del desarrollo de esta APP podrían tener un relevante impacto en la salud y a nivel social (Kovačić et al., 2022).

En primer lugar, respecto al impacto en la salud, el conocimiento generado puede suponer una transformación en el abordaje del impacto psicológico del cáncer

de mama, facilitando el seguimiento de las pacientes durante los tratamientos (Silsand et al., 2021). Asimismo, la obtención y análisis de datos reales aportados por ellas, permitiría realizar propuestas psicológicas dirigidas a prevenir comorbilidades psicopatológicas desde la recepción del diagnóstico y durante todo el progreso de la patología. Con ello, y como se comentaba en la introducción, se reduciría una situación de riesgo psicológico que podría influir negativamente sobre su enfermedad y su calidad de vida en general. A su vez, se atenderían a las múltiples necesidades que las pacientes pueden presentar como consecuencia del padecimiento de la enfermedad, contribuyéndose a la mejora de la toma de decisiones respecto a las intervenciones terapéuticas más eficaces, atendiendo a sus efectos sobre el ajuste o adaptación psicológica. Además, la posibilidad de almacenar y analizar grandes volúmenes de datos de forma eficiente, potenciaría la capacidad de los profesionales para tomar decisiones basadas en la evidencia y mejorar la gestión de los servicios de salud (Alanzi, 2021). Todo ello a su vez, podría repercutir a nivel social, pues la promoción de los recursos personales y sociales podría favorecer la adaptación a la enfermedad, tanto por parte de las pacientes como de sus familiares.

No obstante, hay que tener en cuenta que, a pesar de estos beneficios, también existen ciertas limitaciones, como pueden ser la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales de la salud, la necesidad de una infraestructura tecnológica robusta y la posibilidad de que errores técnicos interrumpan el acceso a información crucial. Asimismo, el uso de *e-Health* en el ámbito de la salud plantea también múltiples desafíos como la necesidad de garantizar la privacidad y seguridad de los datos, así como el riesgo de brechas digitales, donde algunas pacientes podrían no tener acceso o experimentar ciertas dificultades en la utilización de tecnología avanzada (Moon et al., 2022; Wilson et al., 2021).

Atendiendo a esta realidad, es importante señalar que el grupo de investigación llevó a cabo grupos focales para conocer la percepción de las propias pacientes sobre el uso y utilidad de dicha APP, así como sus posibles limitaciones. Así, a la luz de la información obtenida a través de estos grupos, esta APP ha sido optimizada al amparo del Proyecto PID2021-125056OB-I00 (financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por FEDER Una manera de hacer Europa), denominada actualmente “Junto a ti” (Figura 1).

### **Figura 1.**

*Pantalla principal de acceso APP “Junto a ti”*



Esta APP, ya optimizada, podría suponer un producto innovador debido a los beneficios que reporta tanto a nivel asistencial como a nivel científico. Asimismo, podría permitir el desarrollo e implantación de nuevos procedimientos, productos y servicios en el sistema sanitario a partir de la detección de nuevas necesidades, así como una mejor organización de los recursos existentes. Además, podría ser adquirida por organismos y/o instituciones, tanto públicas como privadas, desde las que se atiendan como usuarios a personas enfermas de cáncer de mama en particular y cualquier otra enfermedad en general.

## Referencias

- Alanzi, T. (2021). A review of mobile applications available in the app and google play stores used during the COVID-19 outbreak. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14, 45-57. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S285014>
- Anbari, A. B., Wanchai, A., & Armer, J. M. (2021). Breast cancer-related lymphedema and quality of life: a qualitative analysis over years of survivorship. *Chronic illness*, 17(3), 257-268. <https://doi.org/10.1177/1742395319872796>
- Asociación Española Contra el Cáncer (Julio, 2024). *Pronóstico del cáncer de mama: mortalidad y esperanza de vida*. <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/evolucion-cancer-mama>
- Aydin, A., & Gursoy, A. (2023). Breast cancer-related apps in Google Play and App store: evaluate their functionality and quality. *Journal of Cancer Survivorship*, 17(4), 1251-1257. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01290-0>
- Butow, P., Laidsaar-Powell, R., Konings, S., Lim, C. Y. S., & Koczwara, B. (2020). Return to work after a cancer diagnosis: a meta-review of reviews and a meta-synthesis of recent qualitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 14, 114-134. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00828-z>
- Castillo, A., Mendiola, J., & Tiemensma, J. (2019). Emotions and coping strategies during breast cancer in Latina women: a focus group study. *Hispanic Health Care International*, 17(3), 96-102. <https://doi.org/10.1177/1540415319837680>
- Coughlin, S. S. (2019). Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast cancer research and treatment*, 177, 537-548. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05340-7>
- Cruz Bautista, K. P., Ortiz Martínez, A. K., Canizalez Mendoza, L. D. C., Cruz Salas, M. L., Candelas Macías, R. I., Guerrero Mojica, N., & Rodríguez Nava, V. F. (2022).



- Experiencia vivida subjetiva de mujeres con cáncer de mama en un hospital general. *Ene, revista de enfermería*, 16(1), 1-12.
- Da Silva, G. D., & Dos Santos, M. A. D. (2010). Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 688-695. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400005>
- Fortin, J., Leblanc, M., Elgbeili, G., Cordova, M. J., Marin, M. F., & Brunet, A. (2021). The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 125(11), 1582-1592. <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01542-3>
- Fu, X., Lu, Q., Pang, D., Shen, A., Shih, Y. A., & Wei, X. (2022). Experiences of breast cancer survivors with lymphedema self-management: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 17, 619-633. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01225-9>
- GEICAM (2024). El cáncer de mama en España: situación actual. <https://www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana>
- Gil, F., Lleras, M., & Casellas-Grau, A. (2022). Calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama inicial. *Revisiones en Cáncer*, 36(5), 255-262.
- Gómez-Molinero, R., & Guil, R. (2020). Boosting return to work after breast cancer: The mediator role of perceived emotional intelligence. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1936-1942. <https://doi.org/10.1002/pon.5527>
- Guil, R., Morales-Sánchez, L., Ruiz-González, P., Gómez-Molinero, R., & Gil-Olarte, P. (2022a). The key role of emotional repair and emotional clarity on depression among breast cancer survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084652>

- Guil, R., Ruiz-González, P., Merchán-Clavellino, A., Morales-Sánchez, L., Zayas, A., & Gómez-Molinero, R. (2020). Breast cancer and resilience: the controversial role of perceived emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.595713>
- Guil, R., Ruiz-González, P., Morales-Sánchez, L., Gómez-Molinero, R., & Gil-Olarte, P. (2022b). Idiosyncratic profile of perceived emotional intelligence and post-traumatic growth in breast cancer survivors: findings of a multiple mediation model. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(14), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148592>
- Kim, S. C., Hawkins, R. P., Shah, D. V., Gustafson, D. H., & Baker, T. B. (2020). Understanding how e-health interventions meet psychosocial needs of breast cancer patients: The pathways of influence on quality of life and cancer concerns. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1704-1712. <https://doi.org/10.1002/pon.5512>
- Kovačić, M., Mutavdžija, M., & Buntak, K. (2022). E-health application, implementation and challenges: a literature review. *Business Systems Research: International journal of the Society for Advancing Innovation and Research in Economy*, 13(1), 1-18.
- Leão, D. C. M., Pereira, E. R., Silva, R. M. C., Rocha, R. C. N., Cruz-Quintana, F., & García-Caro, M. P. (2022). Spiritual and emotional experience with a diagnosis of breast cancer: A scoping review. *Cancer nursing*, 45(3), 224-235. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000936>
- Martínez, J., Rodríguez, M., Villatoro, A. R., & Garrido, M. P. (2022). Últimas evidencias sobre cáncer de mama y fertilidad. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 39, 1-10.

- Mejía-Rojas, M. E., Contreras-Rengifo, A., & Hernández-Carrillo, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*, 40(2), 349. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
- Moon, Z., Zuchowski, M., Moss-Morris, R., Hunter, M. S., Norton, S., & Hughes, L. D. (2022). Disparities in access to mobile devices and e-health literacy among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 30, 117-126. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06407-2>
- Oakley-Girvan, I., Yunis, R., Longmire, M., & Ouillon, J. S. (2022). What works best to engage participants in mobile app interventions and e-health: a scoping review. *Telemedicine and e-Health*, 28(6), 768-780. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0176>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Manual de instrucciones de la OMS sobre calidad de vida*. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>.
- Rodríguez, E., & Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10, 1-14. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v10.n2-3.43449](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449)
- Rodríguez-Reinado, C. R., Parrilla, A. D., & Ojeda, J. A. (2020). El cuerpo y sus reconfiguraciones: relatos de mujeres con cáncer de mama. *European Journal of Health Research*, 6(2), 121-131. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.210>
- Ruiz-González, P., & Guil, R. (2023). Experiencing anxiety in breast cancer survival: Does perceived emotional intelligence matter?. *Psycho-Oncology*, 32(6), 972-979. <https://doi.org/10.1002/pon.6140>
- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 1-35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>
- Silsand, L., Severinsen, G. H., & Berntsen, G. (2021). Preservation of person-centered care through videoconferencing for patient follow-up during the COVID-19

- pandemic: case study of a multidisciplinary care team. *JMIR formative research*, 5(3), 1-8. <https://doi.org/10.2196/25220>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2022). *Las cifras del cáncer en España*. [https://seom.org/images/LAS\\_CIFRAS\\_DEL\\_CANCER\\_EN\\_ESPANA\\_2022.pdf](https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf)
- Sociedad Española de Oncología Médica (2024). *Las cifras del cáncer en España*. [https://www.seom.org/images/LAS\\_CIFRAS\\_2024.pdf](https://www.seom.org/images/LAS_CIFRAS_2024.pdf)
- Vivar, C. G. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria*, 44(5), 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.011>
- Wilson, J., Heinsch, M., Betts, D., Booth, D., & Kay-Lambkin, F. (2021). Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review. *BMC public health*, 21, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11623-w>

# **INFLUENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19**

Marina Alférez-Pastor<sup>1</sup> , Alina de las Mercedes Campos-Puente<sup>2</sup> , Rocío Collado-  
Soler<sup>1</sup> y Virginia Lérída-Ayala<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Almería (España)

<sup>2</sup>Universidad Privada San Juan Bautista (Perú)

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Marina Alférez-Pastor**, [map618@ual.es](mailto:map618@ual.es).

## **Introducción**

El panorama que ha traído consigo la COVID-19 está generando una afectación psicológica en la población general, dando lugar a un incremento de problemas de salud mental y una mayor afectación en los estados de ánimo (Ausín et al., 2022; Camargo et al., 2023; Helena et al., 2023).

Durante esta época, el método crucial para romper la cadena de contagios fue el distanciamiento social, que se refiere a todas aquellas medidas que buscan reducir el contacto, como el aislamiento (Huremovic, 2019). Esta situación de confinamiento fue una experiencia con enormes implicaciones psicológicas, incluyendo mayores niveles de estrés y ansiedad, malestar psicológico, síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), síntomas depresivos, entre otros (Balluerka et al., 2020). Así pues, la ausencia de comunicación interpersonal, la estigmatización, el deterioro socioeconómico, la incertidumbre sobre el manejo de un nuevo virus, el número de casos positivos y de fallecimientos que crecía día a día y la información que se reproducía fácilmente en las redes sociales (Bao et al., 2020), junto a una reducción de la disponibilidad de una intervención psicosocial oportuna (Huremovic, 2019; Xiao, 2020), se convirtieron en factores de riesgo relacionados con problemas de salud mental (Robles-Sánchez, 2021).

El confinamiento afectó a muchos aspectos de la vida de las personas. Los resultados de estudios llevados a cabo durante epidemias pasadas sugieren que el impacto psicológico de este aislamiento es amplio, sustancial y puede durar mucho tiempo después de la exposición (Brooks et al., 2020).

Como se ha manifestado anteriormente, la pandemia ha generado una enorme presión psicológica en la población general, pero esta puede tener efectos mucho más negativos en personas con un mayor riesgo de un peor resultado clínico si sufren COVID-19 (Salari et al., 2020; Shi et al., 2019), como aquellas que padecen

enfermedades cardiovasculares (en adelante ECV) (Bendau et al., 2020). Además del riesgo percibido de infectarse, estudios recientes sugieren que las personas con enfermedades cardiovasculares se han mantenido mucho más aisladas durante el brote de COVID-19, por lo que experimentan niveles más altos de ansiedad, depresión y estrés.

Las enfermedades cardiovasculares son la epidemia del siglo XXI en las sociedades desarrolladas. Estos desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos son un problema de salud pública a causa de su alta prevalencia, siendo una de las principales causas de muerte en la población mundial (Sánchez-Arias, 2016).

Según un informe de la OMS (2017), hasta el año 2030, 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular. No obstante, el 80% de estas muertes se podrían evitar incidiendo en factores conductuales como dieta sana y actividad física regular y evitando otros hábitos perjudiciales como el tabaquismo, el consumo de alcohol, entre otros (Calvo et al., 2020).

Atendiendo al tema del confinamiento, la gran mayoría de estudios aluden a una potente asociación entre enfermedades cardiovasculares y la COVID-19 severa (Pallares et al., 2020). De hecho, los pacientes más graves y que requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) eran más propensos a tener este tipo de enfermedades. Se observó una mayor tasa de letalidad en los pacientes con ECV y, también, un mayor riesgo de eventos adversos tras contraer la COVID-19 (Lamelas et al., 2020).

En este marco, el presente estudio, el cual forma parte de un proyecto mayor, tuvo como objetivo analizar, en el contexto de confinamiento por COVID-19, la influencia de enfermedades cardiovasculares en los niveles de depresión, ansiedad y estrés. En este sentido, las hipótesis formuladas fueron: (1) la presencia de enfermedades cardiovasculares predecirá negativamente los niveles de depresión,

ansiedad y estrés, y (2) la ausencia de enfermedades cardiovasculares predecirá positivamente los niveles de depresión, ansiedad y estrés.

## **Método**

### **Participantes**

En el presente estudio se empleó una muestra por conveniencia compuesta por 300 participantes. El 73% eran mujeres y 27%, hombres; con edades comprendidas entre 18 y 80 años ( $M = 53$ ;  $SD = 14$ ). De los cuales 136 padecían enfermedades cardiovasculares durante el confinamiento por COVID-19. Del total de participantes, el 55.5% eran empleados/as, el 18.7% jubilados, el 11% amas de casa, el 8.0 desempleados y el 6.7% estudiantes.

### **Instrumentos**

La depresión, ansiedad y el estrés fueron medidas mediante las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995). La DASS-21 es una versión abreviada de la escala original de 42 ítems, la cual ha sido adaptada a varios idiomas, entre los que se encuentran el español, el portugués, el chino, el francés, el alemán, el italiano y el árabe. Es utilizada en el ámbito de la investigación para evaluar tres dimensiones de malestar emocional en individuos de forma rápida y eficiente. Consta de 21 ítems, los cuales se dividen en 3 subescalas: depresión (7 ítems), ansiedad (7 ítems) y estrés (7 ítems). En referencia a la depresión, se evalúan síntomas relacionados con la tristeza, la falta de interés, la baja autoestima y la desesperanza. Con relación a la ansiedad, se miden síntomas como el miedo, la preocupación excesiva, la tensión física y las respuestas de pánico. En lo concerniente al estrés, se evalúan síntomas como la irritabilidad, la impaciencia, la dificultad para relajarse y la tensión continua.



La DASS-21 utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, siendo las opciones de respuesta para cada ítem las siguientes: 0, no me ha sucedido nada de esto; 1, me ha sucedido un poco o algunas veces; 2, me ha sucedido bastante o buena parte del tiempo; 3, me ha sucedido mucho o la mayor parte del tiempo.

El puntaje de la DASS-21 se obtiene sumando las respuestas en cada subescala (depresión, ansiedad y estrés) y, a continuación, multiplicando por 2, de manera que los resultados sean comparables con la versión original. Los valores finales se clasifican en rangos como normal, leve, moderado, severo o extremadamente severo, con la finalidad de identificar el nivel de gravedad del malestar emocional que está experimentando el sujeto.

El instrumento demostró ser confiable en la muestra aplicada de acuerdo con el alfa de Cronbach: Ansiedad ( $\alpha = 0.85$ ); Depresión ( $\alpha = 0.90$ ) y Estrés ( $\alpha = 0.90$ ); y de manera general DASS-21 ( $\alpha = 0.91$ ).

Los datos para identificar a los participantes que padecían enfermedades cardiovasculares fueron recolectados a través del cuestionario de datos sociodemográficos y del confinamiento COVID-19 (Ad hoc). Se preguntó si padecían alguna enfermedad crónica que requiriera tratamiento médico, y qué enfermedad era. Posteriormente, se generó otra variable dicotómica que clasificó a los pacientes que manifestaron padecer alguna enfermedad cardiovascular.

## **Procedimiento**

Es un estudio transversal mediante encuesta, y el procedimiento de muestreo se llevó a cabo según conveniencia.

Al inicio de la investigación, en pleno auge del confinamiento por Covid-19, se estableció contacto vía telemática con varios sujetos de diferentes países, a quienes les fue explicado el tema y objetivo del estudio, referido a la experiencia vivida durante el

confinamiento, quedando explícitamente expresado que su participación sería anónima y voluntaria, y que en caso de que no desearan participar serían excluidos del estudio, sin ningún tipo de consecuencias; además se puntualizó lo relativo a aspectos éticos de la investigación, sobre la custodia de los datos y del posible uso de los resultados que serán en exclusivo para la docencia, investigación y/o publicación.

La entrega de la batería de pruebas y el acta de consentimiento informado se realizó a través de una aplicación que ayuda a generar encuestas vía telemática, y por esa vía fueron recibidas las respuestas a los diferentes cuestionarios aplicados en 4 idiomas: español, inglés, francés e italiano. Simultáneamente, se acreditó la dirección de un correo electrónico, gestionado por un miembro del grupo de investigación, para aclarar dudas a los participantes del estudio, en caso necesario.

Este estudio ha cumplido con todos los procedimientos éticos establecidos por la American Psychology Association y fueron tomados en consideración los principios éticos enunciados en la Declaración de Helsinki. Asimismo, se obtuvo la aprobación por parte del comité de bioética de investigación de la Universidad de Almería (Ref. UALBIO 2020/014).

### **Análisis de datos**

Los datos para la presente investigación fueron analizados comparando a los adultos que manifestaron tener alguna enfermedad cardiovascular y los que no. Primero, se aplicó estadística descriptiva para conocer los niveles de depresión, ansiedad y estrés entre ambos grupos. Posteriormente, se realizó el análisis correlacional para identificar las asociaciones entre los estados emocionales en ambos grupos. Por último, se evaluó un modelo de ecuaciones estructurales utilizando el método de estimación de máxima verosimilitud y los índices de ajuste que se muestran en la Tabla 1, para explicar la influencia de la presencia de enfermedades

cardiovasculares en los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Los datos fueron analizados a través de los programas estadísticos SPSS v26 y AMOS v24 (IBM, Armonk, NY, EE.UU.). Conforme a la prueba estadística de normalidad Kolmogorov-Smirnov se identificó que los datos no presentaron un comportamiento normal, por lo tanto, se utilizaron pruebas no paramétricas y la técnica de bootstrapping (1.000 remuestreos).

**Tabla 1**

*Índices de Bondad de Ajuste*

| <i>Índices</i>                          |                    | <i>Criterio</i> |
|-----------------------------------------|--------------------|-----------------|
| Chi-cuadrada entre grados de libertad   | $\chi^2/\text{gl}$ | $\leq 5$        |
| Raíz cuadrada estandarizada del residuo | SRMR               | $\leq 0.06$     |
| Índice de Tucker-Lewis                  | TLI                | $\geq .90$      |
| Índice de Ajuste Comparativo            | CFI                | $\geq .90$      |
| Índice de ajuste incremental            | IFI                | $\geq .90$      |
| Error cuadrático medio de aproximación  | RMSEA              | $\leq 0.06$     |

*Nota.* Adaptado de Marsh y Hocevar (1985) y Brown (2015).

## Resultados

### Análisis descriptivo

Los resultados del análisis descriptivo se presentan en la Tabla 2. Conforme a las medias de los estados emocionales se identifica que tanto las personas que presentan enfermedades cardiovasculares como las que no, en promedio, tuvieron niveles de depresión, ansiedad y estrés leves, a excepción del estrés que presentó un nivel menor a leve en las personas con enfermedades cardiovasculares.

**Tabla 2***Análisis Descriptivo*

| <i>Factores</i> | <i>Padece enfermedades cardiovasculares</i> |           | <i>No padece enfermedades cardiovasculares</i> |           |
|-----------------|---------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------|-----------|
|                 | <i>Media</i>                                | <i>SD</i> | <i>Media</i>                                   | <i>SD</i> |
| Depresión       | 5.01                                        | 4.77      | 5.24                                           | 4.84      |
| Ansiedad        | 4.49                                        | 4.74      | 4.20                                           | 3.95      |
| Estrés          | 7.22                                        | 5.23      | 7.85                                           | 5.38      |

*Análisis correlacional*

La Tabla 3 revela que existe una correlación significativa entre la depresión, ansiedad y estrés, en los adultos que padecían y no de enfermedades cardiovasculares. Se reconoció que la correlación con mayor fuerza se dio entre la depresión y el estrés, y después entre la depresión y ansiedad, en el grupo de adultos que tenían enfermedades cardiovasculares.

**Tabla 3***Resultados de Análisis Correlacional*

|                    | <i>Padece enfermedades cardiovasculares</i> | <i>No padece enfermedades cardiovasculares</i> |
|--------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Depresión-Ansiedad | .759**                                      | .653**                                         |
| Depresión-Estrés   | .817**                                      | .737**                                         |
| Ansiedad-Estrés    | .767**                                      | .775**                                         |

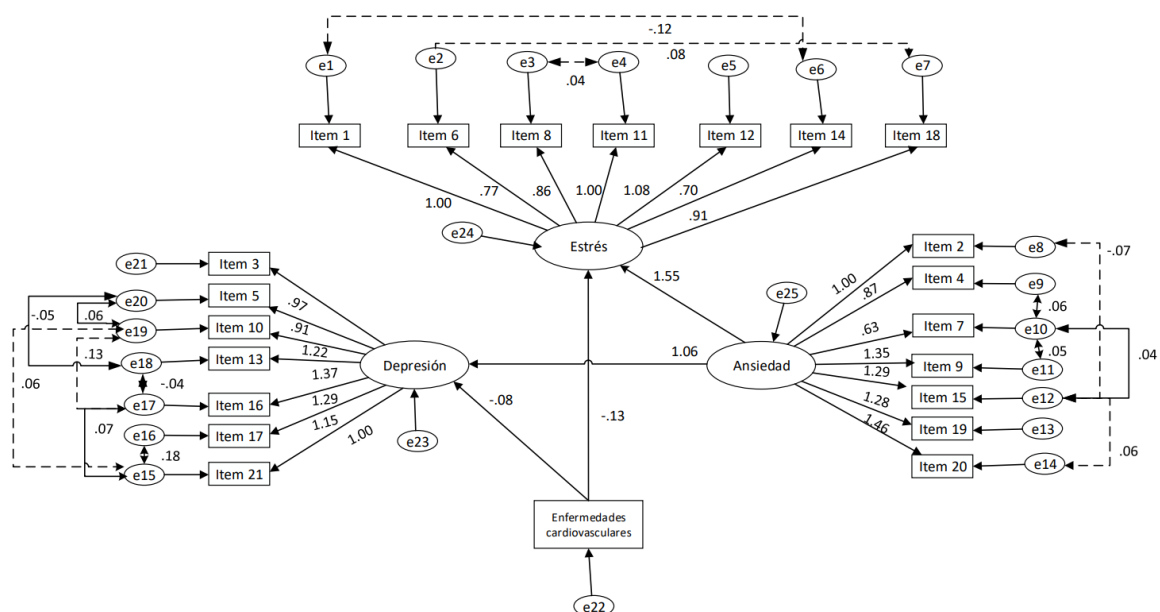
*Nota.* \*\*  $p < 0.01$ .

## Modelo de ecuaciones estructurales

La Figura 1 muestra el modelo resultante que explica la influencia de enfermedades cardiovasculares en los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Conforme a los pesos estandarizados y las relaciones entre las variables, se evidencia que padecer enfermedades cardiovasculares tuvo un poder predictivo negativo en la depresión y el estrés, en otras palabras, los pacientes de enfermedades cardiovasculares mostraron una tendencia de hacia la baja de los niveles de estrés y depresión. Además, se identifica que la ansiedad tuvo poder predictivo directo en la depresión y en la ansiedad.

**Figura 1**

*Modelo de Ecuaciones Estructurales*



*Nota.* Todos los parámetros están estandarizados y fueron significativos.

**Tabla 4***Resultados de los Índice de Bondad de Ajuste*

| <i>Índices</i>                          |                    | <i>Criterio</i> | <i>Valor obtenido</i> |
|-----------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| Chi-cuadrada entre grados de libertad   | $\chi^2/\text{gl}$ | $\leq 5$        | 2.16                  |
| Raíz cuadrada estandarizada del residuo | SRMR               | $\leq 0.06$     | .04                   |
| Índice de Tucker-Lewis                  | TLI                | $\geq .90$      | .93                   |
| Índice de Ajuste Comparativo            | CFI                | $\geq .90$      | .94                   |
| Índice de ajuste incremental            | IFI                | $\geq .90$      | .94                   |
| Error cuadrático medio de aproximación  | RMSEA              | $\leq 0.06$     | .06                   |

### **Discusión**

Este estudio ha ofrecido un análisis de la influencia de las ECV en los niveles de depresión, ansiedad y estrés durante el confinamiento por COVID-19. En este apartado se analizan las hipótesis planteadas anteriormente.

De este modo, podemos observar que tanto la H1 “la presencia de enfermedades cardiovasculares predecirá negativamente los niveles de depresión, ansiedad y estrés” como la H2 “la ausencia de enfermedades cardiovasculares predecirá positivamente los niveles de depresión, ansiedad y estrés” son confirmadas por González et al. (2020), cuyos resultados muestran que las personas afectadas con ECV durante la pandemia de COVID-19 presentan trastornos psicológicos, siendo este impacto evidente en una muestra de población española: el 15,8 % presentó trastorno de estrés, el 21,6% síntomas de ansiedad y el 18,7% síntomas depresivos. A su vez, otros estudios apoyan estas ideas, evidenciando que, durante la cuarentena, los pacientes con ECV debían ser evaluados por un psicólogo para tratar el aumento de síntomas de ansiedad y estrés (Mattioli et al., 2020). Las personas con ECV son más susceptibles de ser afectados por la carga emocional debido a la rápida propagación del COVID-19 y las

consecuencias del aislamiento social, quienes responden ante esta situación con comportamientos emocionales caracterizados por la ansiedad, el estrés y la depresión (Maza et al., 2021).

Los hallazgos del presente estudio muestran una correlación positiva entre depresión, ansiedad y estrés en los adultos que padecían y no de ECV. Asimismo, en línea con los planteamientos de Palomino-Oré y Huarcaya-Victoria (2020) la pandemia por la COVID-19 tiene múltiples características que favorecen la aparición de mayores niveles de estrés tanto en el caso de la población general como en la que padece de ECV. Por su parte, O'Neil (2020) afirma que las personas que desarrollan lesiones cardiovasculares tienen más probabilidades de requerir ingreso hospitalario, por lo que este exceso de riesgo puede exacerbar la ansiedad y los síntomas de depresión.

## Referencias

Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M.A., Saiz, J., y Muñoz, M. (2022).

Longitudinal study of age-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of Covid-19 in a Spanish sample. *Behavioral Psychology*, 30(1), 93-107. <https://doi.org/10.51668/bp.8322105n>

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, D., Gorostiaga, A., Espada, J.P., Padilla, J.L., y Santed, M.A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID 19 y el confinamiento*. Universidad del País Vasco.

Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., y Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395, 37-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)

Bendau, A., Petzold, M.B., Pyrkosch, L., Maricic, L.M., Betzler, F., Rogoll, J., Grobe, J., Ströhle, A., y Plag, J. (2020). Associations between COVID-19 related media

consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(2), 283-291.

<https://doi.org/10.1007/s00406-020-01171-6>

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S. y Greenberg, J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Camargo, D., Navarro-Tapia, E., Pérez-Tur, J., y Cardona, F. (2023). Relationship between COVID-19 Pandemic Confinement and Worsening or Onset of Depressive Disorders. *Brain Science*, 13(6), 899.

<https://doi.org/10.3390/brainsci13060899>

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M.A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Consecuencias en la salud mental durante la etapa inicial de la pandemia del Coronavirus 2020 (COVID-19) en España. *Inmunidad y cerebro*, 87, 172-176.

Helena, J., Oliveira, C., Costa, E., Matos, F., Pacheco, E., Nave, F., Valentim, O., y Sousa, L. (2023). Anxiety and Depression in the Initial Stage of the COVID-19 Outbreak in a Portuguese Sample: Exploratory Study. *Healthcare*, 11(5), 659.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11050659>

Huremovic, D. (2019). Social distancing, quarantine, and isolation. En Huremovic, D., ed. *Psychiatric of pandemics: a mental health response to infection*



- outbreak (pp.85-94). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_8)
- Huremovic, D. (2019). Mental health of quarantine and isolation. En Huremovic, D., ed. Psychiatric of pandemics: a mental health response to infection outbreak (pp. 95-118). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_9)
- Lamelas, P., Botto, F., Pedernera, G., Alves de Lima, A., Costabel, J.P., Belardi, J. (2020). Enfermedad cardiovascular en tiempos de COVID-19. *Medicina*, 80, 248-252.
- Mattioli, A.V., Sciomer, S., Cocchi, C., Maffei, S., & Gallina, S. (2020). Quarantine during COVID-19 outbreak: Changes in diet and physical activity increase the risk of cardiovascular disease. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 30, 1409-1417. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2020.05.020>
- Maza, M., Marano, G., Antonazzo, B., Cavarreta, E., Di Nicola, M., Janiri, L., Sani, G., Frati, G. y Romagnoli, E. (2021). What about heart and mind in the COVID-19 era? *Minerva Cardiology and Angiology*, 69(2), 222-226. <https://doi.org/10.23736/S2724-5683.20.05309-8>
- O'Neil, A., Nicholls, S.J., Redfern, J., Brown, A., y Hare, D.L. (2020). Mental Health and Psychosocial Challenges in the COVID-19 Pandemic: Food for Thought Cardiovascular Health Care Professionals. *Heart, Lung and Circulation*, 29, 960-963. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.05.002>
- Palomino-Oré, C., y Huracava-Victoria, J. (2020). Stress disorders caused by quarantine during the COVID-19 pandemic. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(4), e1218.

Robles-Sánchez, J.L. (2021). Salud Mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela. *Sanidad Militar*, 17(2).

<https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712021000200001>

Salari , N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., y Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(57), 2-11.

Shi, L., Lu, Z.A., Que, J.Y., Huang, X.L., Liu, L., Ran, M.S., Gong, Y.M., Yuan, K., Sun, Y.K., Shi, J., Bao, Y.P., y Lu, L. (2020). Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(7), 1-16. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053>

Xiao, C. (2020). A novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175-176.

<https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>

## **EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS Y NIÑOS EN ETAPA PREESCOLAR Y ESCOLAR**

María Santos Becerril Pérez<sup>1</sup>, Fayne Esquivel y Ancona<sup>1</sup>, José Armando Reyes

Martínez<sup>1</sup>, Alejandra Santiago Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **María Santos Becerril Pérez, Avenida Universidad 3000 Ciudad Universitaria México - Facultad de Psicología, psicmbp@gmail.com**

## Introducción

El Gobierno de México (2024), en conjunto con la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Comisión Nacional para la Mejora Continua de la Educación (MEJOREDU), desarrollaron una Evaluación Diagnóstica con la finalidad de que pudiera verse reflejado el desarrollo integral de las y los niños que inician un nuevo ciclo escolar. Se trata de un instrumento que se encuentra sustentado desde una perspectiva humanista y contextualizada, alineándose a los principios del modelo Nueva Escuela Mexicana (NEM), programa educativo actual en México.

De hecho, la SEP implementó esta Evaluación Diagnóstica durante el ciclo escolar 2023-2024 a lo largo de todo el país. Lograrlo significó obtener información de 4,243,279 infantes con acceso a la educación preescolar y 13,154,354 de niñas y niños inscritos en educación primaria. Específicamente en la Ciudad de México (lugar donde se llevó a cabo esta investigación), aplicar este instrumento implicó la evaluación de 208,002 infantes de educación preescolar, así como 722,084 niños y niñas de educación primaria (INEGI, 2024). Cabe señalar que a partir del ciclo escolar 2024-2025, se pretende evaluar a cada niña y niño inscrito con la finalidad de tener un seguimiento en el ámbito académico.

La Evaluación Diagnóstica señalada utiliza una metodología llamada *Ejercicios integradores del Aprendizaje (EIA)*, cuyo diseño busca evaluar el aprendizaje de las y los estudiantes a partir de un aprendizaje interdisciplinario que aborda problemas reales en contextos significativos. Los campos formativos que se evalúan mediante los EIA son: Lenguajes, saberes y pensamiento científico, Ética, naturaleza y sociedades, y De lo humano y lo comunitario (Gobierno de México, 2024).

Sin embargo, y a pesar de que la Evaluación Diagnóstica tiene como propósito obtener un análisis del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes (Subsecretaría Educación

Media Superior, 2019), sus alcances no empatan con lo que es reconocido como el Desarrollo Infantil Integral (DII); debido a que este concepto aborda de manera holística las competencias, habilidades y destrezas a lo largo del proceso de crecimiento que van desde su nacimiento hasta la adolescencia (Santi-León, 2019).

Al respecto, Martins y Ramallo (2015) explican que el DII se da a partir de la interacción entre aspectos biológicos, psicológicos, hereditarios y genéticos, considerando el entorno o contexto de desarrollo de interacción primaria. Por lo que resulta necesario, segmentarlo para su análisis en diferentes áreas: la física, la motora, la cognitiva, la socioemocional, de comunicación y de conducta adaptativa.

Con relación a lo anterior, es relevante recordar que la escuela es un espacio en el que pasan mucho tiempo, obtienen diferentes conocimientos (donde no sólo se prioriza el desarrollo cognitivo sino que también se involucra áreas como la social y la emocional), aunado a establecer relaciones con los otros. Debido a lo anterior, es necesario contar con evaluaciones complementarias desde una perspectiva más integral que apoyen la evaluación propuesta por la SEP con la finalidad de poder generar estrategias en pro del bienestar integral de las y los estudiantes; no realizar esta actividad complementaria, implica un posible impacto negativo o parcial que perjudicaría tanto su rendimiento académico como su desarrollo personal. De hecho, investigaciones como las de Durlak et al. (2011) o Heckman (2006), señalan dificultades asociadas a la adaptación asertiva a distintas situaciones que se enfrenten en la vida.

Adicionalmente, se reconocen consecuencias vinculadas a una no detección temprana como: dificultad en la lecto-escritura, adversidades cognitivas que dificultan el entendimiento y apropiación de los conocimientos esperados en cada grado escolar, adversidades motoras vinculadas a grandes movimientos como trepar, correr, brincar; así como a los pequeños movimientos como la toma apropiada del lápiz, adversidades socioemocionales al establecer

relaciones interpersonales con los otros, lo que conlleva a dificultades prosociales, así como tener un comportamiento autónomo y responsable tanto de sus decisiones como de sus actos. Mismas que son esenciales no solo durante la niñez o la adolescencia, sino también a lo largo de la vida.

Considerando lo anterior, se propuso la incorporación de una evaluación complementaria a la diagnóstica propuesta por la SEP; misma que pudiera influir positivamente no sólo en el desarrollo integral infantil, sino también en la adecuación de programas educativos que conlleven al fortalecimiento integral de las niñas y los niños participantes.

## **Método**

### **Objetivo**

Brindar estrategias para el fortalecimiento del desarrollo integral de niñas y niños en etapa preescolar y escolar en los ámbitos educativo y el hogar. A partir de evaluarlos mediante el instrumento Perfil de Desarrollo [DP-3] y realizar un análisis comparativo entre mujeres y hombres.

### ***Objetivos Específicos***

1. Invitar a participar a cuatro colegios que ofrecían educación preescolar y escolar.
2. Obtener el consentimiento informado por parte de madres, padres y/o cuidadores primarios para la participación en esta investigación.
3. Aplicar el instrumento DP-3.
4. Realizar el análisis descriptivo y un estudio comparativo entre los resultados de mujeres y hombres participantes.

### ***Tipo de Estudio***

Descriptivo, comparativo, transversal y de campo bajo una metodología cuantitativa.

### ***Participantes***

70 niñas y niños entre los 4 y los 11 años de edad [ $M=6.76$  /  $DE=1.73$ ] [52.9% mujeres, 47.1% hombres] con aparente desarrollo normoevolutivo; quienes fueron seleccionados a partir de un muestreo dirigido en cuatro diferentes instituciones educativas a nivel preescolar y primaria.

Los criterios de inclusión es que fueran alumnas y alumnos de recién ingreso o seleccionados por los psicólogos de las escuelas con la finalidad de poder tener una evaluación integral de su desarrollo. Los criterios de exclusión implicaron a niñas y niños que no cubrían los criterios mencionados o que no se recibieron autorización por parte de sus tutores legales para participar en la investigación.

### ***Instrumento***

Perfil de Desarrollo [DP-3] cuya finalidad es estimar el nivel de desarrollo infantil en cinco áreas clave (motricidad, conducta adaptativa, socioemocional, cognición y comunicación). Evalúa el desarrollo integral de niñas y niños desde los 0 años y 0 meses [0:00] hasta los 12 años y 11 meses [12:11], a partir de 193 reactivos dicotómicos que arrojan puntuaciones CI [Media = 100 y  $DE = 15$ ] y percentiles en función de la edad que se distribuyen en las categorías descriptivas: Muy bajo, Bajo, Esperado, Alto y Muy alto. Este instrumento posee una consistencia interna de .85 (Alpern, 2018).

La Escala de Motricidad evalúa el desarrollo físico y la capacidad del niño o la niña para realizar tareas que requieren coordinación muscular, fuerza, flexibilidad y otras habilidades motoras. La Escala de Conducta Adaptativa evalúa la capacidad y madurez para enfrentarse a las exigencias cotidianas del entorno. La Escala

Socioemocional evalúa las capacidades relativas a las relaciones interpersonales, a la comprensión de aspectos sociales y emocionales, así como a la forma de actuar en determinadas situaciones en las que interactúa con otras personas, por lo que refleja el grado de competencia social y emocional de la niña o niño. La Escala Cognición evalúa de forma indirecta la capacidad cognitiva. No mide la inteligencia ni el rendimiento de forma directa, sino más bien las habilidades de desarrollo necesarias para conseguir un rendimiento adecuado en los campos académico e intelectual. La Escala de Comunicación evalúa la capacidad de comunicación expresiva y receptiva tanto de forma verbal como en lo que se refiere al lenguaje no verbal, incluye aspectos como la comprensión, la expresión oral, el lenguaje gestual y la capacidad de comunicarse eficazmente mediante el uso de determinados instrumentos como el teléfono celular o la computadora (Alpern, 2018).

## **Resultados**

### **Inconsistencia**

El instrumento ofrece información acerca de la consistencia o inconsistencia de las respuestas. Al respecto, se encontró que el 100% de los perfiles se ubicaron en la categoría denominada Normal, lo que significó que respondieron de manera coherente y sistematizada. Por lo tanto, todos los fueron interpretables para el resto de los análisis estadísticos de esta investigación.

### **Índice General de Desarrollo**

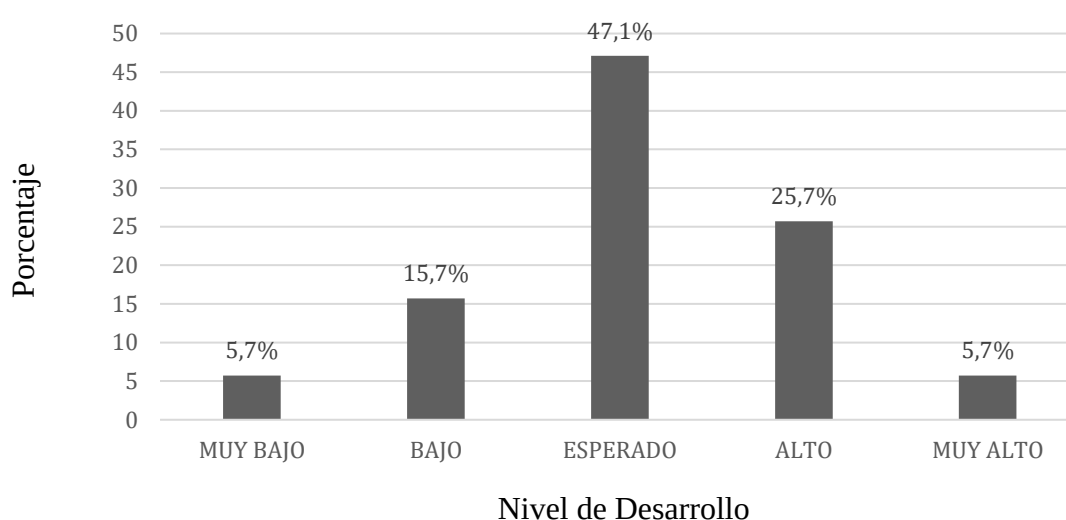
Este índice es una combinación de los resultados en las cinco escalas y sirve como resumen general. Los resultados CI se ubicaron en un rango de 54 a 140 puntos con una ME=102.31 y una DE=20.84, cuyos percentiles oscilaron entre el 1 y el 99%. Cualitativamente, se encontró que el 5.7% se ubicó en la categoría denominada como



Muy Baja, el 15.7% en Baja, el 47.1% en Esperada, el 25.7% en Alta y el 5.7% en Muy alta (Figura 1). La distribución de los resultados indicó que la mayoría de las y los niños fueron acompañados en su desarrollo integral de manera cercana debido a que el porcentaje más elevado se ubicó en la categoría denominada esperada, considerada como un factor de protección.

**Figura 1.**

### *Índice General de Desarrollo*



### **Análisis comparativo por categorías y sexo**

Como complemento al índice general de desarrollo, se realizó un estudio comparativo a partir de las categorías descriptivas del instrumento DP-3. Donde se encontraron los siguientes resultados:

#### **Categoría “Muy Baja”**

Esta categoría implica un factor de riesgo significativo en el desarrollo de las y los niños. A pesar de que la ocurrencia fue baja en comparación con el resto de las categorías, estos datos fueron una señal de alerta tanto para las escuelas como para las y los cuidadores principales. Al respecto se encontró que las áreas de motricidad (27.3%), socioemocional (12.1%), cognición (6.1%) y comunicación (9.1%) tuvieron

mayor prevalencia en los hombres. Un factor de protección detectado fue el de conducta adaptativa que no tuvo ocurrencia en esta categoría (Tabla 1).

**Tabla 1.**

*Comparativo entre la categoría Muy Baja y sexo*

| Área                | Hombres<br>% | Mujeres<br>% |
|---------------------|--------------|--------------|
| Motricidad          | <b>27.3</b>  | 2.7          |
| Conducta Adaptativa | 0.0          | 0.0          |
| Socioemocional      | <b>12.1</b>  | 2.7          |
| Cognición           | <b>6.1</b>   | 5.4          |
| Comunicación        | <b>9.1</b>   | 2.7          |

### **Categoría “Baja”**

Esta categoría implica un factor de riesgo considerado como alerta en el desarrollo de las y los niños. Al respecto, se encontró que los hombres presentaron mayor prevalencia en las áreas de motricidad (24.2%) y conducta adaptativa (18.2%); por su parte en las mujeres los mayores porcentajes se ubicaron las áreas: socioemocional (10.8%), cognición (13.5%) y comunicación (10.8%) (Tabla 2). A pesar de que las ocurrencias no son muy elevadas, si representaron una alerta para las escuelas, las y los cuidadores principales.

**Tabla 2.**

*Comparativo entre la categoría Baja y sexo*

| Área                | Hombres<br>% | Mujeres<br>% |
|---------------------|--------------|--------------|
| Motricidad          | <b>24.2</b>  | 13.5         |
| Conducta Adaptativa | <b>18.2</b>  | 8.1          |
| Socioemocional      | 6.1          | <b>10.8</b>  |
| Cognición           | 9.1          | <b>13.5</b>  |
| Comunicación        | 6.1          | <b>10.8</b>  |

### **Categoría “Esperada”**

Esta categoría implica que las y los cuidadores han promovido el desarrollo de las y los niños acorde con su desarrollo, fomentando conductas apropiadas para su edad. Cabe señalar que la categoría *Esperada* fue la que presentó mayor ocurrencia en las y los participantes. Al hacer el análisis comparativo, se encontró que las mujeres presentaron mayores porcentajes en las áreas de motricidad (73.0%) y socioemocional (64.9%); por su parte los hombres tuvieron mayor prevalencia en las áreas de conducta adaptativa (48.5%), cognición (72.7%) y comunicación con el 63.6% de ocurrencia (Tabla 3). Acorde con estos resultados, se aprecia que las y los niños presentan conductas esperadas acorde con su edad.

**Tabla 3.**

*Comparativo entre la categoría Esperada y sexo*

| Área                | Hombres<br>% | Mujeres<br>% |
|---------------------|--------------|--------------|
| Motricidad          | 33.3         | <b>73.0</b>  |
| Conducta Adaptativa | <b>48.5</b>  | 45.9         |
| Socioemocional      | 54.5         | <b>64.9</b>  |
| Cognición           | <b>72.7</b>  | 70.3         |
| Comunicación        | <b>63.6</b>  | 51.4         |

### **Categoría “Alta”**

Esta categoría implica que las y los cuidadores promovieron el desarrollo de las y los niños de tal forma que presentaron comportamientos por encima de lo esperado para su edad. En los resultados se encontró que los hombres tuvieron mayor prevalencia en las áreas de motricidad (15.7%), conducta adaptativa (30.3%) y (cognición 12.1%); por su parte, las mujeres en las áreas de socioemocional (13.5%) y comunicación (21.6%) (Tabla 4).

**Tabla 4.***Comparativo entre la categoría Alta y sexo*

| Área                | Hombres<br>% | Mujeres<br>% |
|---------------------|--------------|--------------|
| Motricidad          | <b>15.7</b>  | 10.8         |
| Conducta Adaptativa | <b>30.3</b>  | 27.0         |
| Socioemocional      | 9.1          | <b>13.5</b>  |
| Cognición           | <b>12.1</b>  | 8.1          |
| Comunicación        | 12.1         | <b>21.6</b>  |

**Categoría “Muy Alta”**

Esta categoría implica que las y los cuidadores no sólo promovieron el desarrollo de las y los niños, sino que presentaron conductas consideradas como muy fuera de lo esperado en personas de su misma edad, desde una perspectiva positiva. A pesar de que la ocurrencia no fue muy alta, se encontró que las mujeres poseen habilidades superiores en las áreas de conducta adaptativa (18.9%), cognición (2.7%) y comunicación (13.5%); por su parte los hombres presentaron habilidades superiores vinculadas al área socioemocional (18.2%). El área que no presentó ocurrencia fue la de motricidad. Estos resultados permiten apreciar la buena estimulación y acompañamiento que recibieron algunas/os de los participantes.

**Tabla 5.***Comparativo entre la categoría Muy Alta y sexo*

| Área                | Hombres<br>% | Mujeres<br>% |
|---------------------|--------------|--------------|
| Motricidad          | 0.0          | 0.0          |
| Conducta Adaptativa | 3.0          | <b>18.9</b>  |
| Socioemocional      | <b>18.2</b>  | 8.1          |
| Cognición           | 0.0          | <b>2.7</b>   |
| Comunicación        | 9.1          | <b>13.5</b>  |

## **Estrategias de fortalecimiento del Desarrollo Integral**

A partir de estos resultados, los colegios comenzaron a realizar las siguientes estrategias en pro del desarrollo integral de las y los niños participantes.

Inicialmente, se generaron reuniones personalizadas con las y los cuidadores principales con la finalidad de darles a conocer los resultados del DP-3 y, al mismo tiempo, brindarles estrategias sencillas acorde con cada área detectada con la finalidad de que las pudieran implementar en casa y, con ello, contribuir en el fortalecimiento del desarrollo de sus hijos e hijas.

En los casos que se consideraron necesarios, se estableció un acuerdo con las y los cuidadores en que buscarían ayuda profesional para descartar posibles afectaciones en el desarrollo, en especial en el área de comunicación.

Posteriormente, se trabajó con las y los maestros de los colegios para que realizaran adecuaciones curriculares acorde con las áreas de oportunidad encontradas en cada niña y niño participante.

Finalmente, se ofrecieron talleres de corte socioemocional y de conducta adaptativa a las y los niños participantes con el objetivo de brindar estrategias sobre la expresión y regulación de emociones, la sana convivencia, así como en la promoción de su autonomía que se vería reflejada en su conducta adaptativa.

## **Discusión**

Como puede vislumbrarse, México efectivamente cuenta con criterios que estipulan que la educación debe de ser tanto igualitaria como inclusiva. Sin embargo, la Evaluación Diagnóstica propuesta por la SEP resulta ser un instrumento insuficiente para lograrlo. Muestra de ello son los resultados de esta investigación en los que se logró identificar una distribución de datos amplia que fueron desde categorías denominadas como “Muy Baja” y “Baja” consideradas como factores de riesgo y vulnerabilidad en su desarrollo integral, hasta

las establecidas como “Alta” y “Muy alta” entendidas como factores de protección. Lo que permitió apreciar que sin el apoyo del instrumento DP-3, las escuelas participantes no habrían identificado eficazmente a las y los niños que requerían de un acompañamiento más puntual y, al mismo tiempo, cubrir lo estipulado en la Nueva Escuela Mexicana en términos de garantizar su desarrollo integral.

Cabe señalar que esta propuesta no excluye o busca eliminar la Evaluación Diagnóstica de la SEP, sino más bien fue vista como un complemento que permite brindar estrategias enfocadas en la promoción del desarrollo integral de niñas y niños, más allá de los ámbitos cognitivos, de lenguaje o conductuales, que generalmente se evalúan. De hecho, a partir de la aplicación del DP-3, se obtuvieron resultados vinculados a aspectos sociales, emocionales y personales, lo que permitió el establecimiento de estrategias puntuales en tres ámbitos: en el familiar, en el escolar (particularmente con las y los maestros), así como con las y los otros niños de su edad, frenando así, algunas adversidades detectadas en el desarrollo integral de seres que, aunque actualmente representan al sector infantil, ellas y ellos serán los futuros hombres y mujeres que conformen la sociedad a partir de las herramientas adquiridas en etapas tempranas de la vida, tal y como lo señalan Durlak et al. (2011) y Heckman (2006), quienes señalaron que en estos espacios de desarrollo (escuelas) no sólo pasan mucho tiempo sino que también son espacios considerados como seguros que promueven el bienestar integral de las infancias.

## Referencias

Alpern, G. D. (2018). Perfil de Desarrollo 3 [DP-3]. Tea Ediciones.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011).

The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

Heckman, J. J., Stixrud, J., & Urzua, S. (2006). The effects of cognitive and noncognitive abilities on labor market outcomes and social behavior. *Journal of Labor economics*,

24(3), 411-482. <https://doi.org/10.1086/504455>

Gobierno de México. (2024). Diagnóstica Educación Básica (2024). Secretaría de Educación Pública.

<http://planea.sep.gob.mx/Diagnostica/>

Gobierno de México. (2024). Información sobre Evaluación Diagnóstica. Secretaría de Educación Pública. <http://planea.sep.gob.mx/Diagnostica/Informacion/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2024). Matrícula escolar por entidad federativa según nivel educativo, ciclos escolares seleccionados de 2000/2001 a 2023/2024. México: INEGI.

Martins, J., Ramallo, M. (2015). Child development: analysis of a new concept. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 23 (6): 1097-104. DOI: 10.1590/0104-1169.0462.2654.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/37zgmVWz6vbm9YbBGTb5mbB/>

Santi-León, F. (2019). Educación: La importancia del desarrollo infantil y la educación inicial en un país en el cual no son obligatorios. *Revista Ciencia UNEMI*. Vol. 12 No. 30.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7067116>

Subsecretaría de Educación Media Superior. (2019). La Nueva Escuela Mexicana: principios y orientaciones pedagógicas.

<https://dfa.edomex.gob.mx/sites/dfa.edomex.gob.mx/files/files/NEM%20principios%20y%20orientacio%C3%ADn%20pedago%C3%ADgica.pdf>



# **RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL DESARROLLO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

Abigail Muñoz Ayala, Mirsha Alicia Sotelo Castillo

Instituto Tecnológico de Sonora

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Abigail Muñoz Ayala**

## **Introducción**

La violencia de género se ha caracterizado como una problemática social, lo cual ha creado un marco dentro del sistema de relaciones, en donde históricamente ha sido el hombre quien constantemente crece en un ambiente en el cual los rasgos que han sido característicos sobre él ha sido una dominación sobre la mujer, lo cual, genera un daño físico, sexual o psicológico, a través de acciones que atenúen el sufrimiento, ocasionando distintos síntomas derivados del daño provocado (Velázquez, 2020). Hoy en día la violencia contra la mujer ha sido reconocida como una problemática de escala mundial, considerándose como un obstáculo que no permite un desarrollo adecuado en la sociedad; se deduce que la violencia de pareja es solo la punta del iceberg en cuanto a éste ámbito, tomando en cuenta la existencia de otros distintos tipos de violencia, así como el hecho de que comúnmente las mujeres realizan un esfuerzo constante procurando ocultar su historia de abuso dentro de la intimidad familiar, además de no permitir la intromisión de personas ajenas, haciéndolo principalmente por miedo y el desconocimiento sobre las consecuencias de contarlo (Salgado et al., 2012).

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son constituidos por un grupo de patologías psiquiátricas que están caracterizadas por alteraciones ciertamente notables en el comportamiento alimentario. Dichas condiciones están vinculadas a presentar perturbaciones en cuanto a la percepción de la imagen corporal, a su vez acompañado de un temor patológico o irracional relacionado con el aumento de peso, lo cual termina desencadenando conductas que producen graves afectaciones físicas y emocionales. Además de la sintomatología psicopatológica, se establece que, en los últimos años, pacientes con trastornos alimenticios también presentan alteraciones en el funcionamiento neurocognitivo (Tapajóz et al., 2016).

Según una investigación realizada por Behar et al. (2018) en las mujeres de mediana edad, los trastornos de la conducta alimentaria muestran similitudes con grupos más jóvenes, sugiriendo así una continuidad presente desde la adolescencia o un inicio tardío del desarrollo de estos trastornos. En ambos casos se presentan indicadores de riesgo similares, tanto biológicos como psicosociales; las particularidades de éstos incluyen una menor propensión al padecimiento de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en mujeres de una edad más avanzada, pero sí con una mayor prevalencia de trastorno por atracones y otros TCA no especificados. Por otra parte, se define que los trastornos alimenticios además de ser una enfermedad mental, también pueden ser considerado como un tipo de violencia hacia las mujeres, o bien, verse influenciados o incrementados a causa de ésta. Dentro de las causas que hacen que se presente una expansión e incremento de los desórdenes alimentarios vistos como un tipo de violencia de género se encuentra la socialización patriarcal, la cual ejerce cierto control en la sociedad hacia la percepción del cuerpo femenino y cómo debería ser el estándar de un físico atractivo, además del interés capitalista en la industria de la belleza que históricamente ha disfrazado los estereotipos de género que disimuladamente van en contra del cuerpo de las mujeres como un tipo de veneración hacia ellas mismas, la cual hoy en día presenta afectaciones en edades cada vez más tempranas que se encuentran con actitudes para “mejorar” el físico femenino (Barboza et al., 2019).

Considerando ambas variables se plantea como objetivo identificar la relación entre la violencia de género y los TCA en mujeres jóvenes adultas.

## **Método**

### **Tipo de estudio**

El estudio responde a un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental con alcance correlacional, ya que no hay manipulación de variables y solamente se identifica la relación entre dos variables.

### **Participantes**

Se obtuvo una muestra de 140 mujeres mexicanas, el criterio de inclusión que haya o estuvieran pasando por un episodio de violencia de género, las edades de dichas mujeres fluctuaron entre los 13 y los 49 años, donde la media de edad fue de 22 años, el 77.9% cursaban una carrera universitaria, en cuanto al estado civil el 84.3% son solteras y solo el 4.3% están casadas.

### **Instrumento**

Se utilizaron dos instrumentos, el primero fue el Cuestionario de Violencia de Género, que mide el nivel soportado de violencia dirigida a mujeres que consta de 21 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta, diseñado por García-Sedeño y García-Tejera (2014). El segundo fue el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) de Unikel-Santoncini et al. (2004), que evalúa las conductas alimentarias de riesgo a través de 10 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de Nunca (1) a Siempre (5). Ambos instrumentos mostraron indicadores de fiabilidad altamente confiable

### **Procedimiento**

Los instrumentos utilizados (Cuestionario de Violencia de Género y CBCAR) fueron convertidos a un formulario de google, el cual constó de 31 reactivos,

posteriormente se tomó tanto el link como el código QR de dicho formulario para que las mujeres encuestadas pudieran acceder a él. Se acudió a una institución que asisten mujeres violentadas para el levantamiento de los datos; asimismo, se contactó con mujeres miembros de colectivos feministas solicitando que compartieran el link del formulario para apoyar a la recolección de los datos.

## **Resultados**

En la variable de violencia de género se obtuvo una media de 2.03 ( $DE=1.12$ ), en una escala del 1 al 5 esto representa un nivel bajo en cuanto a las vivencias de violencia de género dentro de relaciones de pareja.

Las dimensiones de violencia de género experimentada se clasifican en celos, violencia psicológica, violencia social y violencia física, en donde los celos obtuvieron una media más alta ( $M=2.43$ ,  $DE=1.31$ ) (ver Tabla 1). Siendo los indicadores que obtuvieron una media más alta los siguientes: *“Tu pareja actual o las parejas que has tenido en el pasado tienden a ser celosas”* ( $M=2.78$ ), *“Tu pareja actual o las parejas que has tenido en el pasado quieren saber en todo momento dónde estás”* ( $M=2.50$ ), y *“Te suele preocupar cómo tu pareja actual o las parejas que has tenido en el pasado van a reaccionar a lo que dices o haces”* ( $M=2.44$ ).

En lo que respecta a la escala de conductas alimentarias se obtuvo una media general de 2.42, indicando poca presencia de indicadores de TCA. Las dimensiones de la escala son restricción, atracón-purga y medidas compensatorias, según los resultados de las medias, la dimensión que resultó con una mayor puntuación es la restricción (ver Tabla 3).

Los indicadores del instrumento que obtuvieron una media más alta fueron *“Me ha preocupado engordar”* ( $M=3.76$ ), *“He hecho ejercicio para bajar de peso”*

(M=3.09), y “*En ocasiones he comido demasiado (me he atascado de comida)*” (M=2.87).

Al relacionar el nivel de violencia de género y el nivel de desarrollo de trastornos alimenticios, se encontró una relación estadísticamente significativa ( $r = .472$ ,  $p < 0,00$ ), la intensidad entre las variables es moderada y la dirección es positiva. Lo anterior puede indicar que entre más indicadores de violencia de género se puedan presentar trastornos alimenticios o viceversa (ver tabla 2).

## **Discusión**

Por medio de la presente investigación, fue encontrado que aquellas mujeres que en algún momento de su vida fueron víctimas de violencia de género dentro de sus relaciones de pareja presentan una percepción de ella relativamente baja, con una concentración más alta en las mujeres adultas. En cuanto a Trastornos de la Conducta Alimentaria se refiere, se indagaron los niveles de conductas alimentarias de riesgo, las cuales indicaron un grado medio de incidencia en ellas, de igual manera con una centralización más alta en mujeres adultas mayores de 26 años.

Los resultados demuestran que las particularidades de las usuarias que han tenido relaciones abusivas no tienen un efecto de presencia inmediata, sino que cuando éstas existen por un periodo de tiempo prolongado se presentan síntomas como la baja autoestima y la ansiedad, así como el padecimiento de un TCA después de un tiempo prolongado cuando no es atendido el trauma (San-Segundo et al., 2019). Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se sitúan como una de las enfermedades crónicas más prevalentes en los adolescentes, los cuales giran en torno a una sintomatología que aborda la regulación de la alimentación y el peso, así como la relación consigo mismo Urzúa et al. (2011).

Poniendo en comparación lo encontrado para realizar el planteamiento del estudio con lo encontrado en la realización de la investigación, se obtuvo que fueron las mujeres adultas quienes toman mayor conciencia de la violencia recibida, se concluye que esto es debido a la normalización de acciones dañinas en la relación, además de lo común que es ignorar o dejar pasar las micro agresiones de la pareja mientras se es más joven por la falta de concientización al respecto o una idealización errónea del amor; asimismo fueron las mujeres adultas quienes presentaron una media mayor a las adolescentes y jóvenes en cuanto a la presencia de conductas de riesgo propias de un TCA, lo cual difiere con las conclusiones encontradas acerca de que eran las niñas y adolescentes las más propensas a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria y fortalece la hipótesis de que el haber pasado por algún tipo de violencia de género, o de sobrellevarla en una edad temprana sugiere que se desarrollen desórdenes alimenticios en una edad más avanzada debido al trauma provocado.

## Referencias

- Barboza, R., A. (2019). Trastornos alimenticios como violencia de género. Universidad de Costa Rica-Universidad Nacional Sistema de Estudios de Posgrado.
- Behar, R. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(3), 177-185.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=So717-92272018000300177&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=So717-92272018000300177&script=sci_arttext)
- García-Sedeño, M. y García-Tejera, M. (2014). Estimación de la validez de contenido en una escala de valoración de grado de violencia de género soportado en adolescentes. *Acción Psicológica*, 10(2), 3-20.  
<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11823>

- Salgado, L. A., & Moreno, K. H. (2012). La violencia hacia la mujer. Antecedentes y aspectos teóricos. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (2012-05).
- San-Segundo, R., & Codina-Canet, A. (2019). Enunciación de la Violencia de Género y Marco Educativo para su Prevención. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 8(1), 26-47.
- Tapajóz, F., Catoira, N., Soneira, S., Aulicino, A., Calandri, I., & Allegri, R. (2016). Estudio de las funciones cognitivas en pacientes con trastornos alimentarios. *Neuropsicología Latinoamericana*, 8(3).
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública*, 46(6).  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000600005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600005)
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(2), 128-135. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000200003&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000200003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Velásquez, J.C.R., Vélez, R.A.A. and Peñafiel, S.A.O. (2020) *Violencia de Género en Latinoamérica: Estrategias para su prevención Y Erradicación*, Dialnet.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7687039>

**Tabla 1**

*Descriptivos de las dimensiones de violencia de género*

| <i>Dimensiones</i>           | <i>Mín</i>  | <i>Max</i>  | <i>M</i>    | <i>DE</i>   |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Celos</i>                 | <i>1.00</i> | <i>5.00</i> | <i>2.43</i> | <i>1.31</i> |
| <i>Violencia Psicológica</i> | <i>1.00</i> | <i>5.00</i> | <i>2.03</i> | <i>1.19</i> |



|                         |      |      |      |      |
|-------------------------|------|------|------|------|
| <i>Violencia Social</i> | 1.00 | 5.00 | 1.87 | 1.16 |
| <i>Violencia Física</i> | 1.00 | 4.75 | 1.77 | 1.12 |

**Tabla 2**

*Matriz de correlación entre variables*

|                                 | <i>Celos VG</i> | <i>Violencia Psicológica VG</i> | <i>Violencia Social VG</i> | <i>Violencia Física VG</i> | <i>Restricción TCA</i> | <i>Atracón Purga TCA</i> |
|---------------------------------|-----------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|
| <i>Celos VG</i>                 | 1               |                                 |                            |                            |                        |                          |
| <i>Violencia Psicológica VG</i> | .808**          | 1                               |                            |                            |                        |                          |
| <i>Violencia Social VG</i>      | .798**          | .855**                          | 1                          |                            |                        |                          |
| <i>Violencia Física VG</i>      | .761**          | .872**                          | .842**                     | 1                          |                        |                          |
| <i>Restricción TCA</i>          | .330**          | .365**                          | .300**                     | .382**                     | 1                      |                          |
| <i>Atracón Purga TCA</i>        | .384**          | .435**                          | .423**                     | .441**                     | .624**                 | 1                        |

**Tabla 3**

*Descriptivos de las dimensiones de los TCA*

| <i>Dimensiones</i>            | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> |
|-------------------------------|------------|------------|----------|-----------|
| <i>Restricción</i>            | 1.00       | 5.00       | 3.19     | 1.15      |
| <i>Atracón Purga</i>          | 1.00       | 4.50       | 2.40     | .914      |
| <i>Medidas Compensatorias</i> | 1.00       | 5.00       | 1.68     | 1.00      |

## **FIBROMIALGIA: UN ENFOQUE NARRATIVO INTEGRAL**

Cristina Muñoz Ladrón de Guevara<sup>1</sup>, Sandra Rivas García<sup>2</sup>, Sandra Melero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cádiz

<sup>2</sup>Universidad de Valladolid

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Cristina Muñoz Ladrón de Guevara, Departamento de Psicología Universidad de Cádiz, España, [cristina.munoz@uca.es](mailto:cristina.munoz@uca.es)**.

## **Introducción**

La fibromialgia, también conocida como Síndrome de Fibromialgia (SFM), es un trastorno complejo de dolor crónico de tipo musculoesquelético, no inflamatorio, y generalizado, cuya causa y mecanismos aún se desconocen. Este trastorno se caracteriza principalmente por un dolor persistente que varía en intensidad y puede acompañarse de rigidez matutina, fatiga, problemas de sueño, alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, así como dificultades cognitivas (Claw, 2009; Muñoz Ladrón de Guevara et al., 2018; Muñoz Ladrón de Guevara et al., 2021; Wolfe et al., 2010). La prevalencia media global de la fibromialgia oscila alrededor del 2,4%, con afectación predominante del género femenino frente al masculino (9 mujeres por hombre). Adicionalmente y en línea con lo anterior, en más de 9 de cada 10 casos, los pacientes diagnosticados de fibromialgia son mujeres. Por añadidura a este respecto, en la mayoría de los casos, el diagnóstico se establece en individuos con edades comprendidas entre los veinte y los sesenta años (aunque esta condición clínica se suele diagnosticar más en la edad media de la vida, es decir, entre los cuarenta y cincuenta años de los pacientes). Después de los 60 años, la fibromialgia se diagnostica con menos frecuencia.

A pesar de que la fibromialgia ha sido estudiada durante siglos, su aceptación formal como enfermedad ha sido relativamente reciente: en 1976, el término fibromialgia fue introducido por el médico estadounidense Hensch, quien decidió abandonar el concepto previo de "fibrositis" debido a la falta de evidencia de un proceso inflamatorio concreto. Al año siguiente, en 1977, Smythe y Moldofsky realizaron un avance significativo en la comprensión de esta afección mediante su trabajo, en el que propusieron una descripción clínica detallada del síndrome. Estos autores plantearon que el diagnóstico de la fibromialgia debía basarse en una serie de síntomas clave, como el dolor crónico, las alteraciones del sueño, la rigidez matutina y

la fatiga. Sin embargo, uno de los principales problemas de estos criterios fue la ausencia de un método de evaluación estandarizado. Además de estos síntomas, sugirieron la importancia de contar con al menos 12 puntos sensibles al dolor en 14 áreas anatómicas específicas, lo que otorgaba especial relevancia a la palpación de estos puntos, relegando otros síntomas a un segundo plano.

Contrariamente, no sería hasta 1981 cuando, gracias a las investigaciones de Yunus y su equipo, el término "fibromialgia" comenzó a ganar reconocimiento en la comunidad médica. Estos investigadores propusieron un conjunto de criterios diagnósticos que unificaban los síntomas, permitiendo una mayor cohesión en el diagnóstico de la enfermedad. Al principio, distinguieron entre fibromialgia primaria y secundaria, aunque esta diferenciación fue abandonada con el tiempo. Posteriormente, estos autores enfatizaron la importancia de los síntomas en el diagnóstico, sugiriendo que debía basarse en las características propias de la fibromialgia y no en la exclusión de otras enfermedades.

Así pues, a finales de la década de los 80 del siglo pasado, la comunidad médica estadounidense otorgó a la fibromialgia el reconocimiento como una condición médica específica. Tres años después, en 1990, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) estableció una conceptualización unánime de la fibromialgia, que fue definida inicialmente como un síndrome. Con el tiempo, el término "fibromialgia" se consolidó, y hoy en día sigue siendo descrita como un síndrome debido a la amplia variedad de síntomas que presenta (Wolfe et al., 2010).

Instituciones internacionales de prestigio, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima edición -CIE-11- (quien introduce a la fibromialgia dentro del dolor crónico generalizado musculoesquelético con el código MG30.01) y la Asociación

Internacional para el Estudio del Dolor, han incorporado la fibromialgia en sus clasificaciones oficiales.

### Sintomatología asociada

La fibromialgia se caracteriza principalmente por un dolor musculoesquelético persistente, difuso y migratorio que varía en intensidad a lo largo del día (Claw, 2009; Smedslund et al., 2014). Específicamente, la intensidad del dolor es significativa, a menudo entre 6 y 10, con una proporción no despreciable de pacientes que pondrían su dolor en más de 10 en la escala del dolor, incluso aunque mantengan sus actividades diarias regulares (Friend & Bennet, 2011). La valoración media del dolor en la fibromialgia es mucho más importante que en la artritis reumatoide o el lupus, respectivamente, con 6,0–4,1 y 3,9 en un estudio comparativo (Angarita-Osorio et al., 2020). El dolor puede estar presente durante muchos meses, a menudo varios años o incluso décadas. Además, los pacientes suelen experimentar hiperalgesia (Vojnović et al., 2023), una respuesta exacerbada al dolor, y alodinia (Claw et al., 2011), que es la percepción de dolor ante estímulos normalmente no dolorosos. Estos síntomas provienen de un procesamiento anormal del dolor a nivel central, en lugar de estar relacionados con la región afectada (Claw, 2009; Montoro et al., 2015; Montoro et al., 2016). Este patrón permite diferenciar la fibromialgia de otros trastornos dolorosos de origen periférico, en los que el dolor es más localizado y constante.

La fibromialgia es inicialmente difícil de diagnosticar porque los signos asociados pueden simular muchas otras condiciones (Sarzi-Puttini et al., 2020). Además del dolor, la fibromialgia presenta otras manifestaciones comunes, como fatiga, que es más intensa por la mañana y suele asociarse a un sueño no reparador, junto con trastornos del sueño, rigidez matutina y problemas emocionales como ansiedad y depresión (Miró et al., 2011; Wu et al., 2017). Los problemas de sueño suelen asociarse a reflujo gastroesofágico, pérdida de orina y disnea (además de los

trastornos emocionales), y pueden estar relacionados con la hiperactividad simpática. Las dificultades cognitivas también son frecuentes, afectando funciones ejecutivas y la capacidad de procesamiento emocional (Muñoz Ladrón de Guevara et al., 2018, 2021; Verdejo-García et al., 2009). Otros síntomas incluyen problemas pélvicos, como dismenorrea o cistitis intersticial, que pueden afectar la vida sexual de los pacientes, así como alteraciones gastrointestinales, como el síndrome del intestino irritable y problemas de sensibilidad como la vulvodinia. Asimismo, pueden experimentar hipersensibilidad al frío, calor y estrés, dolores de cabeza y problemas de la articulación temporomandibular, vértigos, y parestesias y disestesias en manos y extremidades.

La gravedad de estos síntomas se ve afectada por diversos factores, como la actividad laboral, la presencia de comorbilidades, la alimentación y el nivel de estrés (Casale et al., 2019). Las comorbilidades psiquiátricas son particularmente comunes en la fibromialgia. En este sentido, la depresión es un trastorno comórbido clásico que se presenta en aproximadamente una paciente de cada cuatro, lo que representa una incidencia de 2 a 3 veces mayor en comparación con la población general. Es importante señalar que la depresión tiende a ser más pronunciada cuando el dolor es severo, y que los pacientes con fibromialgia que presentan depresión suelen ser más jóvenes, experimentan más dolor, sufren más trastornos del sueño, tienen menos satisfacción social, menor sensación de bienestar y requieren más asistencia sociosanitaria (Løge-Hagen et al., 2019). Otro estudio indica que alrededor del 45% de los pacientes con fibromialgia cumplen criterios para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Haüser et al., 2013). Además, la coexistencia con trastornos como el trastorno de pánico o el trastorno bipolar es más alta que en la población general (Alciati et al., 2020).

De otro lado, la fibromialgia suele coincidir con condiciones reumatológicas como la artritis reumatoide y el lupus sistémico eritematoso, así como con el síndrome de Sjögren y la espondiloartritis. También se asocia a manifestaciones como migrañas, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Heidari et al., 2017).

Finalmente, la fibromialgia comparte muchas características con el síndrome de fatiga crónica, considerándose ambos como Síndromes de Sensibilización Central. Un estudio español reveló que más de la mitad de los pacientes con fatiga crónica también padecen fibromialgia, lo que agrava sus síntomas y afecta negativamente su calidad de vida (Faro et al., 2014). La comorbilidad entre estas condiciones contribuye a una mayor severidad de la fatiga, el dolor y los problemas neurocognitivos.

### Criterios diagnósticos

Tal y como se ha venido advirtiendo anteriormente en texto, los primeros criterios diagnósticos son los proporcionados por la ACR en 1990 (Wolfe et al., 1990). Estos criterios iniciales establecían que, para diagnosticar fibromialgia, el paciente debía experimentar dolor generalizado durante al menos tres meses, afectando a los cuatro cuadrantes del cuerpo (lado derecho e izquierdo, por encima y por debajo de la cintura), así como en alguna parte del esqueleto axial, que incluye la columna vertebral y la pared torácica. Además, el diagnóstico requería la presencia de dolor en 11 de los 18 puntos sensibles, puntos gatillo o "tender points", distribuidos en áreas específicas del cuerpo, mediante la aplicación de al menos 4 kg de presión ejercida mecánicamente con un algómetro.

Sin embargo, este modelo de diagnóstico, basado principalmente en la identificación de puntos dolorosos, resultaba limitado y no reflejaba la complejidad del síndrome. En 2010, la ACR (Wolfe et al., 2010) revisó los criterios diagnósticos para mejorar la precisión y facilitar el diagnóstico clínico. Esta nueva versión se basó en el empleo de dos instrumentos de medida clave: por un lado un instrumento de

medida que permitiese la evaluación del dolor generalizado, conocido como Índice de Dolor Generalizado (WPI), el cual cubre 19 áreas del cuerpo relacionadas con el dolor, y, de otro lado, un instrumento de medida que permitiese la evaluación de la severidad de los síntomas, conocido como la Escala de Severidad de los Síntomas (SS), que evalúa factores clínicos como fatiga, sueño no reparador, y síntomas cognitivos, así como una lista de 41 síntomas que incluyen trastornos gastrointestinales, depresión, dolores de cabeza y otros. Para confirmar el diagnóstico, los síntomas debían estar presentes de forma continua durante al menos tres meses y no explicarse mejor por otra patología.

Una revisión adicional se llevó a cabo en 2016 (Wolfe et al., 2016), con el objetivo de mejorar la precisión diagnóstica. Se redujo el número de puntos sensibles de 19 a 15 y se incluyó el requisito de que el dolor afectara los cuatro cuadrantes del cuerpo o el esqueleto axial, excluyendo síndromes de dolor regional como el mandibular o abdominal. También se puso énfasis en la evaluación de síntomas asociados, como la fatiga, los trastornos del sueño y las alteraciones cognitivas. Esta revisión, aunque más refinada, reconocía la dificultad de diferenciar la fibromialgia de otras condiciones que también causan dolor generalizado.

Actualmente, los criterios de 1990 y 2010 son los únicos validados oficialmente por la ACR para el diagnóstico de la fibromialgia. Estos criterios no solo se utilizan en entornos clínicos, sino también en estudios de investigación, ya que ofrecen una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica, con tasas de entre el 80% y el 90%. Esto permite una evaluación más precisa y objetiva de los pacientes que sufren de esta afección compleja, facilitando una mejor atención y manejo de los síntomas.

### Impacto de la fibromialgia

La fibromialgia no solo afecta la calidad de vida de manera significativa (Peña-Muñante et al., 2024), tanto en términos físicos como mentales (Hernández-Petro &



Cardona-Arias, 2015), sino que también repercute profundamente en el ámbito laboral, familiar y económico (Cabo-Messenguer et al., 2017). Los pacientes quienes padecen esta condición clínica ven mermada dramáticamente su capacidad para realizar actividades cotidianas, lo que a menudo conduce a dificultades en el desempeño laboral. Este pobre desempeño laboral se encuentra ampliamente relacionado con el deterioro cognitivo a nivel de funcionamiento ejecutivo, aunque también se ve ampliamente influenciado por el detrimento en su capacidad atencional y de memoria (Muñoz Ladrón de Guevara et al., 2018; Muñoz Ladrón de Guevara et al., 2022; Verdejo-García et al., 2009). En este sentido, conviene recordar que los problemas cognitivos desarrollados por estos pacientes se encuentran clasificados por los pacientes como uno de los cinco síntomas centrales más incapacitantes de esta condición clínica (Wolfe et al., 2010). De otro lado, síntomas como la fatiga crónica, el dolor generalizado, los problemas emocionales y los trastornos del sueño van a interferir dramáticamente en su productividad. Todo ello, en conjunto, puede generar ausencias laborales e incluso llevar a la pérdida del empleo, y, ello, a su vez, generaría una presión económica adicional, ya que la incapacidad para trabajar reduce los ingresos familiares, agravando el estrés tanto del paciente como de su entorno.

De otro lado, el impacto económico no se derivaría únicamente de la incapacidad laboral, sino también de los costos asociados al tratamiento de la fibromialgia, que puede incluir medicamentos, terapias físicas y psicológicas, y consultas médicas constantes (Cabo-Messenguer et al., 2017).

En línea con lo anterior, y relacionado con los principales costos sanitarios asociados a la fibromialgia, decir que estos han sido tradicionalmente subestimados. Por ejemplo, una investigación realizada en Estados Unidos durante el año 2009 (Silverman et al., 2009), reveló que la fibromialgia al igual que la artritis reumatoide (enfermedad reumatológica con grave potencial de destrucción y deformación de las

articulaciones que la fibromialgia no genera) genera unos elevados costos sanitarios muy similares; si bien, la fibromialgia conlleva un número significativamente mayor de días de baja laboral, la policonsulta médica, la solicitud de múltiples pruebas médicas y la búsqueda constante de multitud de tratamientos médicos con escasa eficacia, las consecuencias derivadas de ambas patologías reumatoides generan un grado de invalidez equivalente. Sin embargo, es importante reseñar que la prevalencia de la fibromialgia es entre cinco y diez veces más frecuente que la artritis reumatoide.

El estrés, por otro lado, juega un papel crucial en la exacerbación de los síntomas de la fibromialgia. La incapacidad para cumplir con las responsabilidades laborales y familiares, junto con las dificultades económicas, crea un círculo vicioso que agrava el dolor, la fatiga, las alteraciones emocionales y las alteraciones del sueño. Este estrés crónico también repercute en la calidad de vida, ya que los pacientes experimentan una mayor sobrecarga emocional, lo que empeora su estado mental y físico.

Además, la enfermedad afecta profundamente la dinámica familiar, intensificando la carga emocional sobre los familiares, alterando las rutinas diarias y generando tensiones en las relaciones interpersonales entre los familiares. La demanda constante de cuidados y el estrés asociado con el manejo de esta condición clínica pueden causar conflictos y agotamiento, deteriorando significativamente el equilibrio familiar.

En conjunto, la fibromialgia afecta no solo a la salud del paciente, sino también a su entorno social y familiar, generando un ciclo de estrés, problemas laborales y financieros que deteriora aún más la calidad de vida.

## **Conclusión**

La fibromialgia es un trastorno de dolor crónico caracterizado por dolor generalizado, fatiga, síntomas cognitivos y otros síntomas que afectan dramáticamente la calidad de vida de las personas que la sufren. El presente trabajo tiene como objetivo sensibilizar y difundir en la sociedad, de manera accesible y comprensible, diversos contenidos y perspectivas actuales relacionados con el paradigma contextual de la fibromialgia. La intención es fomentar una mayor conciencia y comprensión sobre esta condición, acercando al público general los conocimientos más recientes y los enfoques contemporáneos que buscan mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. A través de esta iniciativa, se espera contribuir al diálogo social y promover una mayor empatía y apoyo hacia las personas afectadas por la fibromialgia.

## **Referencias**

- Alciati, A., Atzeni, F., Caldirola, D., Perna, G., & Sarzi-Puttini, P. (2020). The comorbidity between bipolar and panic disorder in fibromyalgia syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3619. <https://doi.org/10.3390/jcm9113619>
- Angarita-Osorio, N., Pérez-Aranda, A., Feliu-Soler, A., Andrés-Rodríguez, L., Borràs, X., Suso-Ribera, C., Slim, M., Herrera-Mercadal, P., Fernández-Vergel, R., Blanco, M.E., & Luciano, J.V. (2020). Patients with fibromyalgia reporting severe pain but low impact of the syndrome: Clinical and pain-related cognitive features. *Pain Practice*, 20(3), 255-261. <https://doi.org/10.1111/papr.12847>
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Fibromialgia:*

- prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149, 441–448.
- Casale, R., Sarzi-Puttini, P., Botto, R., Alciati, A., Batticciotto, A., Marotto, D., & Torta, R. (2019). Fibromyalgia and the concept of resilience. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37, 105–113.
- Clauw, D. J. (2009). Fibromyalgia: an overview. *The American Journal of Medicine*, 122, S3–S13.
- Clauw, D. J., Arnold, L. M., McCarberg, B. H., & FibroCollaborative. (2011). The science of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, 86(9), 907–911. <https://doi.org/10.4065/mcp.2011.0206>
- Faro, M., Sáez-Francàs, N., Castro-Marrero, J., Aliste, L., Collado, A., & Alegre, J. (2014). Impact of the fibromyalgia in the chronic fatigue syndrome. *Medicina Clínica*, 142, 519–525.
- Friend, R., & Bennett, R. M. (2011). Distinguishing fibromyalgia from rheumatoid arthritis and systemic lupus in clinical questionnaires: an analysis of the revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) and its variant, the Symptom Impact Questionnaire (SIQR), along with pain locations. *Arthritis Research & Therapy*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.1186/ar3311>
- Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., Petermann, F., Prothmann, U., Winkelmann, A., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*, 154, 1216–1223.
- Heidari, F., Afshari, M., & Moosazadeh, M. (2017). Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-

- analysis. *Rheumatology International*, 37(9), 1527–1539.  
<https://doi.org/10.1007/s00296-017-3725-2>
- Hench, P. K. (1976). Nonarticular rheumatism. *Arthritis & Rheumatism*, 19, 1081–1088
- Hernández-Petro, A. M., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Efecto de la fibromialgia sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, 2004–2014. *Revista Colombiana de Reumatología*, 22(2), 110–118.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.03.005>
- Løge-Hagen, J. S., Sæle, A., Juhl, C., Bech, P., Stenager, E., & Mellentin, A. I. (2019). Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1098–1105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.001>
- Miró, E., Lupiáñez, J., Hita, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., & Buéla-Casal, G. (2011). Attentional deficits in fibromyalgia and its relationships with pain, emotional distress and sleep dysfunction complaints. *Psychology & Health*, 26(6), 765–780. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.493611>
- Montoro, C. I., Duschek, S., de Guevara, C. M. L., & Reyes del Paso, G. A. (2016). Patterns of cerebral blood flow modulation during painful stimulation in fibromyalgia: A transcranial Doppler sonography study. *Pain Medicine*, 17(12), 2256–2267. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw082>
- Montoro, C. I., Duschek, S., Muñoz Ladrón de Guevara, C., Fernández-Serrano, M. J., & Reyes del Paso, G. A. (2015). Aberrant cerebral blood flow responses during cognition: Implications for the understanding of cognitive deficits in fibromyalgia. *Neuropsychology*, 29(2), 173–182.  
<https://doi.org/10.1037/neu0000138>

- Muñoz Ladrón de Guevara, C., Fernández-Serrano, M. J., Reyes Del Paso, G. A., & Duschek, S. (2018). Executive function impairments in fibromyalgia syndrome: Relevance of clinical variables and body mass index. *PloS One*, *13*(4), e0196329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196329>
- Muñoz Ladrón de Guevara, C., Reyes Del Paso, G. A., Fernández-Serrano, M. J., & Duschek, S. (2021). Facial emotion recognition and executive functions in fibromyalgia. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, *22*(7), 1619–1629. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab024>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades* (11.<sup>a</sup> revisión). <https://icd.who.int/>
- Peña-Muñante, G. S., Pozo-Muñoz, C., & Ramos-Rodríguez, C. (2024). Impacto de la fibromialgia en la calidad de vida: El rol mediador de la autocompasión sobre el bienestar subjetivo. *Revista de Psicología de La Salud*, *12*(1), 158–168. <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i1.113>
- Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., & Atzeni, F. (2020). Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews. Rheumatology*, *16*(11), 645–660. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00506-w>
- Silverman, S., Dukes, E. M., Johnston, S. S., Brandenburg, N. A., Sadosky, A., Huse, D. M., Silverman, S., Dukes, E. M., Johnston, S. S., Brandenburg, N. A., Sadosky, A., Huse, D. M., Silverman, S., Dukes, E. M., Johnston, S. S., Brandenburg, N. A., Sadosky, A., & Huse, D. M. (2009). The economic burden of fibromyalgia: comparative analysis with rheumatoid arthritis. Current medical research and opinion. *Current Medical Research and Opinion*, *25*(4), 829–840.

- Smedslund, G., Eide, H., Kristjansdottir, Ó. B., Nes, A. A. G., Sexton, H., & Fors, E. A. (2014). Do weather changes influence pain levels in women with fibromyalgia, and can psychosocial variables moderate these influences?. *International Journal of Biometeorology*, 58, 1451-1457. <https://doi.org/10.1007/s00484-013-0747-7>
- Smythe, H. A., & Moldofsky, H. (1977). Two contributions to understanding of the 'fibrositis' syndrome. *Bulletin on the Rheumatic Diseases*, 28, 928–931.
- Verdejo-García, A., López-Torrecillas, F., Calandre, E. P., Delgado-Rodríguez, A., & Bechara, A. (2009). Executive function and decision-making in women with fibromyalgia. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 24, 113–122.
- Vojnović, L., Popović, D., Vidić, J., Panić, D. S., Aleksandrić, T., & Knezevic, A. (2023). Generalized pain hypersensitivity in fibromyalgia patients. *Acta Medica Medianae*, 62(2)
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., & Clark, P. (1990). The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American

College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600–610.

<https://doi.org/10.1002/acr.20140>

Wu, Y. L., Chang, L. Y., Lee, H. C., Fang, S. C., & Tsai, P. S. (2017). Sleep disturbances in fibromyalgia: A meta-analysis of case-control studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 89–97.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.011>

Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A., & Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 11(1), 151–171.

[https://doi.org/10.1016/0049-0172\(81\)90096-2](https://doi.org/10.1016/0049-0172(81)90096-2)



# **MEJORA EN HABILIDADES MATEMÁTICAS TEMPRANAS A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE ROBÓTICA EDUCATIVA**

Canto López, María del Carmen<sup>1</sup>; Parrado Parra, Paula<sup>1</sup>; Reguera Lozano, Santiago<sup>1</sup>;  
Sánchez Sánchez, Adrián<sup>1</sup>; Mateo Ramos, Lydia<sup>1</sup> y Mera Cantillo, Carlos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cádiz

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **María del Carmen Canto López, Facultad de Ciencias de la Educación (Puerto Real, Cádiz), [mari.cantolopez@gm.uca.es](mailto:mari.cantolopez@gm.uca.es).**

## **Introducción**

Actualmente los avances de la tecnología están cada vez más desarrollados, y su inclusión en el sistema educativo se hace inevitable. Por ello, es necesario que el profesorado desarrolle estrategias que modernicen los procesos de aprendizaje dentro del aula, donde incluyan iniciativas en una sociedad paulatinamente más tecnificada. En esta misma línea, en algunos centros educativos existe una corriente que promueve la programación desde una edad escolar temprana, queriendo lograr una adquisición del rol activo y creativo en el uso de las tecnologías. Con el propósito de atender a las nuevas demandas educativas, se han aplicado metodologías basadas en teorías constructivistas, tal como ocurre con el aprendizaje significativo de Ausubel o aprendizaje social de Vygotsky, cuyo fin es mostrar nuevas perspectivas al modelo tradicional, derivando en procesos de innovación educativa (Cuervo y Reyes, 2021).

En relación a lo anterior, recientemente resulta esencial la inclusión de las metodologías STEAM, la cual responde a las cinco disciplinas académicas: ciencia, tecnología, ingeniería, arte y matemáticas. Esta metodología fomenta una enseñanza dinámica, sistemática, contextualizada e interdisciplinaria, integrando estas cinco áreas del saber y favoreciendo el conocimiento íntegro de los estudiantes, donde el sujeto construye un aprendizaje de manera activa (Sánchez, 2019). Según Sánchez (2019), esta metodología permite adquirir un conjunto de competencias y de dimensiones que fomentan un desarrollo íntegro desde la transformación de los procesos curriculares.

Desde la perspectiva constructivista (Piaget, 2014), las manipulaciones de objetos para el desarrollo de conceptos en alumnos/as en la Educación Infantil, es importante para la integración de la robótica, como una herramienta educativa y pedagógica en los centros educativos. Esta perspectiva concibe al aprendizaje activo y lúdico construyendo objetos y experimentando con conceptos abstractos de una forma

funcional o significativa. Por consiguiente, la robótica educativa (RE) podría ayudar a que el/la alumno/a fomente un aprendizaje basado en herramientas tecnológicas y pensamiento crítico y lógico (Vivas Fernández y Sáez López, 2019).

La RE se ha convertido en una de las enseñanzas interdisciplinarias que comprende diferentes áreas del currículo, permitiendo así un aprendizaje activo mediante aparatos electrónicos, mecánicos y tecnológicos. Tomando como referencia una definición de la robótica en los centros educativos, ésta se considera como el conjunto de actuaciones, desempeño, habilidades dirigidas al diseño, programación, construcción, configuración y aplicación de robots que realizan tareas automatizadas, reconocido como un instrumento pedagógico que logra un aprendizaje creativo para aquellos alumnos/as (Martínez et al., 2016).

En la actualidad existen numerosos recursos de RE que pueden ser utilizados para introducir la programación de forma temprana. En este estudio se utilizará el kit de robótica Bee-Bot, es un robot con forma de abeja y un instrumento apropiado para niños/as de entre 3 y 8 años, de fácil manipulación para los/as alumnos/as que pertenecen a la Educación Infantil e inicios de la Educación Primaria, ya que gracias a su fácil programación hace que el instrumento sea un apoyo a los objetivos del estudio.

Otra de las cosas que proporcionará la RE con relación al fomento de las habilidades matemáticas básicas en la creación de patrones, el programar secuencias repetitivas o patrones de movimientos, permitirá al alumnado identificar y crear patrones, así como la introducción a los estudiantes a la noción de algoritmos, es decir, conjuntos de instrucciones paso a paso, con ello reforzaría la capacidad de seguir secuencias lógicas (Alsina y Inchaustegui, 2018).

Las habilidades matemáticas básicas se consideran previas a la entrada del sujeto a la educación formal, es decir, son las precursoras a las habilidades matemáticas más complejas (Inglis y Gilmore, 2014). Entre estas se pueden encontrar

las habilidades innatas como son: la estimación de la cantidad y la subitización o reconocimiento de cantidades pequeñas, mientras que otras se adquieren a través de la experimentación del sujeto con su entorno, como sucede con: la secuencia de conteo convencional, uso de palabras número y números arábigos (LeFvre et al., 2006; Raughubar y Barnes, 2017, citado en Formoso, et al., 2017). Estas habilidades permiten acceder a representaciones de cantidad y conjunto de números a través de la secuencia convencional de conteo y operaciones matemáticas como sumas y restas. También se considera habilidad matemática básica a la manipulación de cantidades, aunque suponga resolverlo a través de la codificación de la información que se presenta, recuperación de procedimientos adecuados desde la memoria a largo plazo, la cual ayudará a llevar a cabo el cálculo y seguidamente a ello, llegar a la respuesta determinada (De Stefano y LeFevre, 2004).

Para obtener un buen conocimiento del número es necesario desarrollar ciertas habilidades como: nociones básicas (esquema corporal, comparación, espacio temporal, conjunto y cantidad), nociones de orden subjetivo y nociones de orden lógico-matemático (correspondencia, clasificación, seriación, conservación de cantidad). Estas habilidades se necesitan antes del desarrollo de la habilidad cognitiva que dará el paso a lo más importante, el concepto del número, sin tener claro las habilidades matemáticas básicas no será posible el real entendimiento y comprensión en el área matemática.

El uso de actividades lúdicas con enfoque matemático resulta en una manera efectiva para que los/as alumnos/as refuercen sus fundamentos matemáticos, comprendiendo que el aprendizaje de estas nociones pre numéricas se desarrolla de manera progresiva y crucial para comprender la noción del número. Al incluir estas actividades, los docentes pueden mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje para todos sus estudiantes (Pintado Castillo, 2021). En este sentido, se plantea como

hipótesis de trabajo un programa de robótica fundamentado en las bases de la cognición matemática, propiciando el enriquecimiento de la práctica educativa y poder analizar las posibles mejoras en la adquisición de las habilidades y competencias matemáticas básicas.

## **Método**

### **Diseño**

Los dos estudios se desarrollaron mediante un diseño de tipo cuasi-experimental, con medidas pretest y posttest, en dos grupos: un grupo experimental y un grupo control. El grupo experimental llevó a cabo un programa de intervención basado en actividades de robótica, mientras que el grupo control no participó en ninguna actividad asociada al estudio. La asignación de los grupos no pudo ser aleatoria, sino que se realizó según criterio del centro escolar, independiente al estudio (según clases escolares intactas).

### **Participantes**

La muestra total de ambos estudios fue de 83 niños y niñas con una media de edad de 68.22 meses. Concretamente, la muestra del estudio 1 se compone de 43 participantes (17 niños y 26 niñas), de edades comprendidas entre 5 años y 3 meses, y 6 años y 6 meses. La media de edad de la muestra era de  $\bar{X} = 67.98$  meses. La muestra del estudio 2 está compuesta por 40 estudiantes (19 niñas y 21 niños), con una media de edad de  $\bar{X} = 67$  meses. Todos los participantes pertenecían al tercer curso del segundo ciclo de educación infantil de dos centros educativos de la provincia de Cádiz.

## **Materiales e instrumentos de evaluación**

Para ambos estudios se utilizó, en el programa de intervención, el kit de robótica Blue-Bot® (figura 2), un robot en forma de abeja recomendado para el trabajo con niños de entre 3 y 8 años, pues presenta unas dimensiones adecuadas para su manipulación, y resulta muy llamativo para ellos por sus colores, sonidos y movimientos. El robot cuenta con diferentes comandos de movimiento: (1) avanzar, (2) retroceder, (3) girar hacia la izquierda y (4) hacia la derecha, (5) iniciar la ruta, (6) pausar el movimiento y (7) borrar los comandos anteriores. Para el estudio se utilizó un tapete diseñado para la investigación, en función de los objetivos de las actividades que se plantean en las diferentes sesiones.

**Figura 1.**

Robot Bee-Bot.



En cuanto a los instrumentos de evaluación, para el estudio 1 se utilizó la adaptación española del Test de Evaluación Matemática Temprana (TEMT) (van Luit et al., 2011), la cual evalúa la competencia matemática temprana en niños de entre 4 y 7 años. La prueba se compone de 40 ítems agrupados en 8 componentes del pensamiento matemático: 4 de ellos relativos a habilidades relacionales (comparación, clasificación, correspondencia y seriación) y 4 relacionados con habilidades numéricas (conteo verbal, conteo estructurado, conteo resultante y conocimiento general de los números). En cuanto a la fiabilidad, el test cuenta con un alfa de Cronbach=0.95.

Por otro lado, para el estudio 2 se utilizó el Test para el Diagnóstico de las Competencias Básicas en Matemáticas (TEDI-MATH) (van Nieuwenhoven, et al., 2005), prueba estandarizada destinada a evaluar las destrezas matemáticas básicas en estudiantes desde 2º de Educación Infantil hasta 3º de Educación Primaria (entre los 4 y los 8 años). El test cuenta con 25 pruebas agrupadas en seis grandes ámbitos del conocimiento numérico: contar, numerar, comprensión del sistema numérico, operaciones lógicas, operaciones aritméticas y estimación del tamaño (Grégoire, et al., 2005). En cuanto a la fiabilidad del instrumento, cuenta con un alfa de Cronbach=0.93.

### **Procedimiento**

El procedimiento fue similar en los dos estudios. En primer lugar, se contactó con los centros escolares y se obtuvieron los consentimientos informados de los padres/tutores de los participantes, así como el del centro escolar. En todo momento del estudio se siguieron los protocolos legales de garantías éticas, tanto en lo relativo a las autorizaciones como a la protección de datos.

Una vez iniciado el estudio, se siguió una secuencia compuesta por: (fase 1) evaluación pretest, (fase 2) intervención al grupo experimental, y (fase 3) evaluación posttest. La evaluación pretest (1) contó con 12 sesiones, durante las cuales se administraron los instrumentos de evaluación de manera individual. Posteriormente, dio comienzo la fase de intervención (2), aplicando el programa de robótica. En el estudio 1 el programa se alargó durante 8 sesiones, mientras que en el estudio 2 contó con 10 sesiones en total. La duración de cada sesión fue de 30-40 min aproximadamente, y los participantes se agrupaban en dichas sesiones en grupos de 5-6. Las sesiones de intervención se centran en trabajar diferentes aspectos relacionados con la robótica educativa: secuenciación, acción-instrucción y

depuración. Por último, en la fase de evaluación posttest (3), se volvían a administrar las pruebas iniciales, siguiendo el mismo procedimiento descrito en la fase 1. Una vez recogidos los datos, se redactaron los documentos informativos para los centros escolares y se procedió al análisis de los resultados.

## **Resultados**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en los dos estudios, con el objetivo de comprobar la hipótesis de trabajo planteada.

### **Resultados Estudio 1**

En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos en los tests de habilidades de matemática temprana (TEMTU, 2011) del pretest entre los dos grupos participantes para verificar su equivalencia (Tabla 1). Los datos obtenidos muestran que los grupos no son completamente equivalentes, existiendo diferencias significativas en las variables del subtest de matemática relacional y, consecuentemente, en el total del TEMTU ( $p < .05$ ). Por lo anterior, se optó por aplicar el programa en el grupo que mostró medias inferiores, para comprobar si la implementación del programa mejoraría las habilidades matemáticas.

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos de las dimensiones analizadas en el grupo experimental (Ge) y control (Gc) en el pretest y posttest. Los datos muestran que las medias obtenidas en los subtest numérico y relacional y en la puntuación total del test han sido superiores en el posttest en el grupo experimental, mostrando una mejora en las puntuaciones (Tabla 1).



**Tabla 1.***Estadísticos descriptivos grupos de estudio (control y experimental)*

| Grupo |                             | N  | Mínimo | Máximo | Media | SD   |
|-------|-----------------------------|----|--------|--------|-------|------|
| Gc    | pretest subtest relacional  | 19 | 14.00  | 19.00  | 16.37 | 1.49 |
|       | pretest subtest numérico    | 19 | 4.00   | 18.00  | 11.63 | 4.00 |
|       | pretest total TEMTU         | 19 | 20.00  | 36.00  | 28.00 | 4.60 |
|       | posttest subtest relacional | 18 | 12.00  | 19.00  | 16.55 | 2.03 |
|       | posttest subtest numérico   | 18 | 6.00   | 20.00  | 11.72 | 3.94 |
|       | posttest total TEMTU        | 18 | 18.00  | 39.00  | 27.66 | 5.28 |
| Ge    | pretest subtest relacional  | 24 | 8.00   | 19.00  | 14.29 | 2.72 |
|       | pretest subtest numérico    | 24 | 2.00   | 20.00  | 10.25 | 4.18 |
|       | pretest total TEMTU         | 24 | 15.00  | 39.00  | 24.54 | 6.41 |
|       | posttest subtest relacional | 24 | 11.00  | 19.00  | 15.58 | 2.56 |
|       | posttest subtest numérico   | 24 | 4.00   | 18.00  | 11.70 | 3.05 |
|       | posttest total TEMTU        | 24 | 17.00  | 37.00  | 27.33 | 4.71 |

Asimismo, para analizar si las diferencias de medias son significativas entre grupo control (Gc) y experimental (Ge) en todas las dimensiones analizadas se aplicó un análisis de medias a través de la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. Los resultados muestran que el Gc no presenta diferencias significativas entre pretest y posttest ( $p > .05$ ), mientras que el Ge muestra diferencias significativas en las tres medidas analizadas: subtest relacional, subtest numérico y puntuación total de la prueba de competencia matemática temprana ( $p < .05$ ) (tabla 2).

**Tabla 2.**

*Medias de las muestras relacionadas entre los Gc y Ge en pretest y posttest.*

|                    |   |                | Grupo Gc |    |      |      | Grupo Ge |    |      |      |
|--------------------|---|----------------|----------|----|------|------|----------|----|------|------|
|                    |   |                | T        | gl | Sig. | D    | t        | gl | Sig. | d    |
| pretest            | - | posttest       | -.412    | 17 | .686 | 0.05 | -3.254   | 23 | .003 | 0.49 |
| subtest relacional |   |                |          |    |      |      |          |    |      |      |
| pretest            | - | posttest       | -.152    | 17 | .881 | 0.02 | -2.896   | 23 | .008 | 0.40 |
| subtest numérico   |   |                |          |    |      |      |          |    |      |      |
| pretest            | - | posttest total | .293     | 17 | .773 | 0.07 | -4.037   | 23 | .001 | 0.50 |
| TEMU               |   |                |          |    |      |      |          |    |      |      |

## Resultados Estudio 2

En primer lugar, se incluyen los resultados de los datos descriptivos (mínimos, máximos, medias y desviaciones típicas) tanto del grupo control (Gc) como del grupo experimental (Ge) extraídos tras la administración del test de competencias básicas en matemática (TEDIMATH, 2005) (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Estadísticos descriptivos (Grupo control y experimental)*

|    |                   | N  | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica |
|----|-------------------|----|--------|--------|-------|-------------------|
| Gc | Pretest TEDIMATH  | 19 | 71     | 144    | 99    | 18.16             |
|    | Posttest TEDIMATH | 19 | 74     | 125    | 101   | 17.15             |
| Ge | Pretest TEDIMATH  | 21 | 55     | 135    | 97    | 20.66             |
|    | Posttest TEDIMATH | 21 | 70     | 140    | 104   | 18.97             |

Para comprobar las posibles diferencias entre los grupos de estudio se llevó a cabo un análisis de medias a través de la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. Los resultados indicaron que entre los grupos de estudio (Gc y Ge) no existían diferencias significativas en el pretest ( $p > .05$ ). Por tanto, ambas clases

poseían el mismo nivel de rendimiento matemático antes de efectuar la aplicación del programa de robótica en el Ge.

Para comprobar la hipótesis planteada respecto a la influencia del programa de robótica educativa en las habilidades matemáticas y determinar si existen diferencias significativas entre las medias de los dos grupos, así como para analizar el efecto de una intervención en una muestra emparejada, se llevó a cabo un estudio de pruebas T para muestras relacionadas. En la tabla 4 se presenta el análisis de las diferencias de medias entre el pre y posttest del Gc, se observa que el grupo control obtiene un valor de  $p$  igual a .405, por lo que entre las pruebas pre y posttest de habilidades matemáticas básicas no se han detectado ninguna diferencia significativa. Se entiende con esto que sin la aplicación del programa de robótica no ha habido cambios entre el pre y posttest. Sin embargo, al analizar las diferencias de medias entre el pre y posttest del Ge, se concluye que sí existen diferencias significativas tras la aplicación del programa de robótica, por lo que sí ha habido mejoras en las habilidades matemáticas básicas en este grupo de estudio ( $p < .05$ ).

**Tabla 4**

*Pruebas de muestras relacionadas Grupo control (Gc) y Grupo experimental (Ge)*

|                               | Grupo | Diferencias relacionadas |                      |                 | t     | Sig. |
|-------------------------------|-------|--------------------------|----------------------|-----------------|-------|------|
|                               |       | Media                    | Desviación<br>típica | Error<br>típico |       |      |
| Pretest -Posttest<br>TEDIMATH | Gc    | -2.05                    | 10.5                 | 2.41            | -.853 | .405 |
| Pretest -Posttest<br>TEDIMATH | Ge    | -7.24                    | 11.78                | 2.57            | -2.81 | .011 |

$p \leq 0.05$

## **Discusión**

Tras los datos obtenidos, se extrae la hipótesis de que la robótica educativa podría ser una de las claves para que el alumnado desarrolle un aprendizaje basado en herramientas tecnológicas y pensamiento crítico y lógico (Fernández y Sáez López, 2019). El robot funciona como recurso didáctico para aprender de una manera más llamativa los contenidos matemáticos (Bruni y Nisdeo, 2017; Serholt, 2018), de tal forma que, con los datos que se han obtenido, se podría confirmar que el aprendizaje por experimentación e indagación ha ayudado al aprendizaje y mejora de las habilidades matemáticas básicas. Como resultado de las sesiones de intervención se observó una ganancia moderada en el grupo experimental en seriación y habilidades de conteo, así como en la puntuación global del test. Aceptando que el componente de seriación es un requisito básico para el aprendizaje del conteo, se puede deducir que el entrenamiento para el grupo experimental contribuyó, a una mejora significativa y perfeccionamiento de dicha habilidad que proporcionó el sustento para el aprendizaje de habilidades numéricas y más cercanas al pensamiento matemático formal (Fuson y Hall, 1992; Gelman y Gallistel, 1978) tales como el conteo estructurado y resultante. Utilizar un robot educativo (Bee-Bot, Blue-Bot) en un aula de Educación Infantil, no sólo introduce a los estudiantes a STEAM (Chaldi y Mantzanidou, 2021) sino que, además, mejora el aprendizaje matemático. Los robots educativos, utilizados con la adecuada intervención y aprovechando la naturaleza exploratoria del alumnado de Educación Infantil, parecen contribuir a la mejora del aprendizaje matemático (Diago et al., 2018; González et al., 2019; Ferrada et al., 2019).

En el siglo XXI se observan grandes cambios relacionados con la tecnología y la ciencia, como pueden ser: la inteligencia artificial, la robótica, la automatización, la hiperconectividad, entre otras (Zamorano et al., 2018; Sánchez, 2019; Ojeda y Agüero, 2019). Estas transformaciones están creando un estilo de vida más acelerado que

presentan nuevos desafíos y retos, lo que requiere adaptar las estrategias educativas. Por tanto, la sociedad demanda cada vez más un sistema educativo que fomente la enseñanza de conocimientos contextualizados y alineados con las competencias requeridas en la actualidad, como bien hizo saber Malbernat (2008).

Tal y como menciona Pintado Castillo (2021), la necesidad de generar una solución alternativa para enseñar conceptos pre numéricos a través de actividades lúdicas mediante un programa matemático basado en juegos, hace visible nuevamente la relevancia de los datos significativos de este trabajo. Es decir, gracias a la aplicación del programa haciendo uso del robot Bee-Bot, se ha conseguido mejorar la adquisición de las habilidades matemáticas básicas en una edad temprana, sobreentendiendo que, el diseño de actividades lúdicas como ésta hace posible lo que se quiere conseguir en la actualidad sobre el conocimiento pre numérico en los estudiantes. Sin duda, la influencia de la robótica educativa en el aprendizaje matemático en edades tempranas, es un ámbito aún por explorar, precisando de un mayor número de estudios que avalen los resultados encontrados en la presente investigación. De aquí se deriva la relevancia del estudio y la innovación que se presenta al incluir el uso de robots para la mejora del aprendizaje matemático, a partir de la indagación y experimentación del alumnado, tomando como base del aprendizaje el análisis de errores y la comprensión de las situaciones problemas que se deben resolver.

## **Referencias**

Alsina, Á., y Inchaustegui, Y. A. (2018). Iniciación al álgebra en Educación Infantil a través del pensamiento computacional: una experiencia sobre patrones con robots educativos programables. *Unión-Revista Iberoamericana De Educación Matemática*, 14(52).

- Bruni, F., & Nisdeo, M. (2017). Educational robots and children's imagery: A preliminary investigation in the first year of primary school. *Research on Education and Media*, 9(1), 37-44. DOI: 10.1515/rem-2017-0007
- Cuervo, D. A. C., y Reyes, R. A. G. (2021). Aporte de la metodología Steam en los procesos curriculares. *Revista Boletín Redipe*, 10(8), 279-302. <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1405/1320>
- Chaldi, D., & Mantzanidou, G. (2021). Educational robotics and STEAM in early childhood education. *Advances in Mobile Learning Educational Research*, 1(2): 72-81. doi: [10.25082/AMLER.2021.02.003](https://doi.org/10.25082/AMLER.2021.02.003)
- De Stefano, D. and J.A. LeFevre (2004). The role of working memory in mental arithmetic. *European Journal of Cognitive Psychology*, 16(3): p. 353-386.
- Diago, P. D., Arnau, D., & González-Calero, J. A. (2018). La resolución de problemas matemáticos en primeras edades escolares con Bee-bot. *Matemáticas, educación y sociedad*, 1(2), 36-50.
- Formoso, J., Barreyro, J. P., Injoque-Ricle, I., y Jacobovich, S. (2017). Evaluación de habilidades matemáticas básicas en niños de 4 años de edad. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(2), 42-58. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102017000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102017000200002&script=sci_arttext)
- Fuson, K. y Hall, J. (1992). The acquisition of early number word meanings: A conceptual analysis and review. En H. Ginsburg (Ed.), *The development of mathematical thinking* (pp. 49-107). New York: Academic Press. *The Child's Understanding of Number*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Ferrada, C., Díaz-Levicoy, D., Salgado-Orellana, N. y Parraguez, R. (2019). Propuesta de actividades STEM con Beebot en matemática [Proposition of STEM activities with Beebot in mathematics]. *Edma o-6: Educación Matemática en la Infancia [Mathematics during childhood]*, 8(1), 33-43.
- Gelman, R., & Gallister, C. R. (1978). The child's understanding of numbers. Harvard University Press.
- González, J., Morales, I., Muñoz, L., Nielsen, M. & Villarreal, V. (2019). Improving the teaching of mathematics through robotics. III Congreso Internacional en Inteligencia Ambiental, Ingeniería de Software y Salud Electrónica y Móvil. Pereira, Colombia.
- Inglis, M., y Gilmore, C. (2014). Indexing the approximate number system. *Acta Psychologica*, 145, 147-155. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2013.11.009>
- Malbernát, L. (2008). Cambios institucionales para una nueva enseñanza en educación superior. Profesorado. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 12(2), 1-18.
- Martínez, N. M. M., Olivencia, J. L. y Meneses, E. L. (2016). Robótica, modelado 3D y realidad aumentada en educación para el desarrollo de las inteligencias múltiples. *Aula de Encuentro*, 18(2). Recuperado de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ADE/article/view/3191/2625>
- Ojeda, R. y Agüero, F. (2019). Globalización, Agenda 2030 e imperativo de la educación superior: reflexiones. *Conrado*, 15(67), 125-134. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442019000200125&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000200125&lng=es&tlng=es).

- Pintado Castillo, J. Y. (2021). Programa ludo matemático para potenciar las nociones pre numéricas en niños de cinco años. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. <https://orcid.org/0000-0003-1679-5461>
- Sánchez, E. (2019). La educación STEAM y la cultura Maker. *Padres y maestros*, 379, 45-51. Doi: 10.14422/pym.i379.y2019.008
- Serholt, S. (2018). Breakdowns in children's interactions with a robotic tutor: A longitudinal study. *Computers in Human Behavior*, 81, 250-264. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.12.030>
- Piaget, J. (2014). *Seis estudios de psicología*. Labor.
- Van Luit, J. E. H., van de Rijt, B. A. M., Navarro, J. I., Aguilar, M., Alcalde, C., Marchena, E., Ruiz, G., Menacho, I., & García-Sedeño, M. (2011). *Test de evaluación matemática temprana (TEMT)*. Editorial EOS.
- Van Nieuwenhoven, C., Grégoire, C.J. y Noël, M.P. (2005). Test para el diagnóstico de las competencias en Matemáticas. (TEDI-MATH). Adaptación española. TEA. Versión original: Van Nieuwenhoven, C., Grégoire, C.J. y Noël, M.P. (2001). Le TEDIMATH. Test diagnostique des compétences de base en mathématiques. ECPA.
- Vivas Fernández, L., y Sáez López, J. M. (2019). Integración de la robótica educativa en Educación Primaria. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa. RELATEC*, 18(1), 107-128.
- Zamorano, T., García, Y. y Reyes, D. (2018). Educación para el sujeto del siglo XXI: principales características del enfoque STEAM desde la mirada educacional. *Contextos: Estudios de Humanidades y Ciencias Sociales*, (41). Recuperado de: <http://revistas.umce.cl/index.php/contextos/article/view/1395>



## CONDUCTAS ALIMENTARIAS E IMC EN ADULTOS MAYORES

Laura Fernanda Barrera Hernández<sup>1</sup>, Adriana Alejandra Márquez Ibarra<sup>1</sup>,  
Edith Valbuena Gregorio<sup>1</sup>, Mirsha Alicia Sotelo Castillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sonora

<sup>2</sup>Instituto Tecnológico de Sonora

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Laura Fernanda Barrera Hernández, Blvd. Bordo Nuevo S/N, Ejido Providencia, 85199 Cd Obregón, Sonora, México, [laura.barrera@unison.mx](mailto:laura.barrera@unison.mx)**

## **Introducción**

El envejecimiento de la población es una tendencia global irreversible con consecuencias de largo alcance y las elecciones alimentarias desempeñan un papel clave en la vida serena durante el período de la tercera edad (Caso y Vecchio, 2022). El crecimiento exponencial en los últimos tiempos de la población adulta mayor hace necesario el profundizar en la alimentación y las conductas alimentarias que presentan estas personas, como una forma de mejorar su calidad de vida y salud (Troncoso, 2017).

La ingesta de alimentos suele ser deficiente en la población de edad avanzada y muchos corren riesgo nutricional, la alimentación es un proceso compleja, ya que existen múltiples determinantes individuales, sociales y ambientales que pueden interactuar y cambiar con el tiempo, en esta etapa de la vida, el aislamiento social se ha reconocido desde hace mucho tiempo como un factor clave que predice el riesgo nutricional en esta población, no obstante, los mecanismos por los cuales las relaciones sociales influyen en la dieta entre los adultos mayores siguen siendo poco conocidos (Vesnaver y Keller, 2011). Se puede considerar que la alimentación de las personas mayores no es apropiada para el respectivo grupo etario (Troncoso, 2017).

Las elecciones alimentarias de los adultos mayores se encuentran condicionadas por una multitud de factores y subfactores que pueden servir para promover o limitar el deseo y la capacidad de consumir alimentos saludables, Caso y Vecchio (2022) realizaron un estudio de revisión donde identificaron factores relacionados al consumo de alimentos saludables entre ellos están: factores situacionales (tener hábitos saludables, vivir solo o con alguien más, apoyo emocional automonitoreo en relación a la salud y conciencia de la edad, uso de ingredientes naturales), sociodemográficos o socioculturales tales como un alto nivel educativo, un alto ingreso, habilidades para cocinar, país en el que vive, y psicológicos (estar

motivado y ser positivo, los recuerdos de la infancia, interés en salud y nutrición), así como factores biológicos como ser mujer, de edad avanzada, tener buena función y actividad física, como factores centrales de la literatura.

Los hábitos alimentarios inadecuados, son riesgo importante de morbilidad e incluso de mortalidad si se realizan de forma habitual y prolongada, pues impactan directamente en el estado nutricional y contribuyen a mayor predisposición para enfermedades infecciosas y crónicas; lo que asociado con el envejecimiento y la coexistencia de sus patologías prevalentes, puede determinar y acentuar cambios en la ingesta dietética de los ancianos, incrementando el riesgo de alteraciones nutricionales que disminuyen la calidad de vida (Cervantes et al., 2009).

En un estudio realizado en Bogotá, se afirma que se cuenta con escasos estudios sobre la conducta alimentaria en adultos mayores, es significativo para poder predecir posibles conductas alimentarias e implementar intervenciones efectivas, pues una dieta saludable es esencial para un envejecimiento saludable (Valladares et al., 2020).

Pool-Lopez et al. (2024) en su estudio se encontró una relación significativa entre las conductas alimentarias de los adultos mayores y el sobrepeso/obesidad. En un estudio donde se valoraron a 176 adultos mayores, se encontró que respecto a su estado nutricional el 52.27% presentó riesgo de desnutrición, 43.75% estaba bien nutrido y el 3.98% en desnutrición (Córdova et al., 2022). En un estudio realizado en Ecuador se determinó, según la encuesta del MNA que el 67% de los adultos mayores presentaban riesgo de malnutrición mientras que el 18% ya presentaban malnutrición; se determinó que la ingesta calórica habitual se encuentra relacionada con el estado nutricional, al tener una ingesta calórica insuficiente (<1600kcal) los adultos mayores presentan bajo peso (López, 2017). En Colombia, Molina (2019) en su estudio con adultos mayores mostró una propensión de participantes hacia indicadores de masa corporal asociados al sobrepeso (60.8%). A su vez, Bauce (2020) encontró en su

estudio con adultos mayores de Venezuela una predominancia de sobrepeso según el IMC de 69.1% en hombres y de 62.9% en mujeres, mientras que de obesidad el porcentaje fue de 30.8% en hombres y de 37.1% en mujeres.

En Estados Unidos, En una investigación realizada con adultos mayores con una edad promedio de 75 años, se encontró que la obesidad se asoció con restricción cognitiva ( $\rho = 0.49$ ,  $p < 0.0001$ ), alimentación descontrolada ( $\rho = 0.22$ ;  $p < 0.01$ ) y alimentación emocional ( $\rho = 0.32$ ,  $p < 0.001$ ) (Porter y Johnson, 2011). En adultos mayores de Francia, los resultados mostraron diferencias significativas en la ingesta emocional y la ingesta restringida, en función de la edad, también en cuanto al sexo, donde las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más altas en ingesta emocional y ingesta restringida que los hombres, asimismo se observó que las personas mayores con sobrepeso obtuvieron puntuaciones más altas en ingesta emocional que los participantes con peso normal (Bailly et al., 2012). La ingesta emocional entre los adultos mayores es un fenómeno poco estudiado (Samuel y Cohen, 2018).

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre conductas alimentarias e IMC en adultos mayores, y comparar los resultados en función del sexo y del IMC de los adultos mayores.

## **Método**

El diseño de la investigación realizada fue de tipo no experimental transeccional, correlacional.

Participantes. Participaron 50 adultos mayores (33 mujeres y 17 hombres), con edades que oscilaron entre los 61 y 87 años ( $M=72.10$ ,  $DE = 6.32$ ), 11 de ellos indicaron vivir solos y 39 no viven solos. Respecto al nivel máximo de estudios, 12 reportó contar con estudios de primaria, 18 secundaria, 14 bachillerato y 6 estudios profesionales. Respecto al estado civil, el 78% indicó ser casado, 18% ser soltero y 4% ser viudo. El

96% de los adultos mayores participantes en el estudio indicó no trabajar, mientras que 4% si trabaja.

### Instrumento

Para la medición de la conducta alimentaria, se empleó la versión corta del Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (DEBQ) validado para población de adultos mayores por Bailly et al. (2012). El cual se encuentra conformado por 16 ítems en escala tipo likert distribuidos en tres factores que evalúan: alimentación emocional (6 ítems), alimentación restringida (5 ítems), y alimentación externa (5 ítems). La escala cuenta con cinco opciones de respuesta que van desde 0=nunca hasta 4=muy a menudo o siempre.

Para la obtención del índice de masa corporal (IMC), se evaluó el peso con balanzas electrónicas marca Tanita modelo HD-313 con capacidad máxima 150 kg y graduación de 0.1 kg. La medición de la talla se llevó a cabo con estadiómetros portátiles marca SECA 213 con un rango de medición de 20 - 205 cm. A partir del peso y la talla se determinó el índice de masa corporal (IMC). Los puntos de corte utilizados para categorizar son los descritos para la evaluación del estado nutricional en el adulto mayor (Camina-Martín et al., 2016).

Procedimiento. El instrumento se aplicó en una institución en la cual asistían los adultos mayores, donde se solicitó la autorización del coordinador y la colaboración de los adultos mayores, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación, se les indicó que la participación era voluntaria y el uso de los datos recabados para fines de investigación. Una vez recolectados los datos se procedió a realizar la captura de los datos para su análisis estadístico en el programa estadístico SPSS versión 23, donde se obtuvieron los estadísticos descriptivos de conducta alimentaria y sus dimensiones, para la comparación de grupos en función del sexo, se utilizó el estadístico t de Student para muestras independientes, la correlación se obtuvo mediante la r de Pearson.

## Resultados

De manera general, los adultos mayores obtuvieron una media de 1.03 ( $DE=.855$ ) en Conductas alimentarias de riesgo lo que indica que los participantes poseen un bajo nivel de conductas alimentarias de riesgo, respecto a los puntajes por factor, la media más alta se presentó en *alimentación restringida* ( $M=1.36$ ,  $DE=.997$ ), seguido de *alimentación externa* ( $M=1.17$ ,  $DE=1.02$ ), y finalmente *alimentación emocional* ( $M=.65$ ,  $DE=.967$ ).

**Tabla 1**

| <i>Estadísticos descriptivos de conductas alimentarias y sus dimensiones</i> |    |       |       |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-------|-------|-------|
|                                                                              | N  | Min   | Max   | M     | DE    |
| Conductas Alimentarias                                                       | 50 | .00   | 4.00  | 1.03  | .855  |
| Alimentación Emocional                                                       | 50 | .00   | 4.00  | .65   | .967  |
| Alimentación Restringida                                                     | 50 | .00   | 4.00  | 1.36  | .997  |
| Alimentación Externa                                                         | 50 | .00   | 4.00  | 1.17  | 1.024 |
| Índice de Masa corporal (IMC)                                                | 50 | 18.67 | 51.12 | 29.38 | 6.155 |

Los ítems de conductas alimentarias, donde los participantes presentaron medias más altas, refirieron a cuidar lo que comen y desear comer al ver u oler la comida; mientras que, los ítems con puntaje más bajo consistieron en consumir alimentos adelgazantes y tener deseos de comer cuando las cosas van mal o están deprimidos o desanimados (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

| <i>Estadísticos descriptivos de conductas alimentarias por ítem</i> |     |     |      |       |
|---------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|-------|
|                                                                     | Min | Max | M    | DE    |
| <i>Alimentación Emocional</i>                                       |     |     |      |       |
| 1. Deseo de comer cuando estoy molesto.                             | 0   | 4   | .58  | 1.213 |
| 8. Deseo comer cuando algo desagradable está por suceder.           | 0   | 4   | .72  | 1.278 |
| 9. Tengo deseos de comer cuando me siento solo.                     | 0   | 4   | .90  | 1.388 |
| 11. Tengo deseo de comer cuando estoy deprimido o desanimado.       | 0   | 4   | .48  | .973  |
| 12. Tengo deseo de comer cuando las cosas van mal.                  | 0   | 4   | .58  | 1.162 |
| 16. Deseo de comer cuando estoy emocionalmente alterado.            | 0   | 4   | .66  | 1.239 |
| <i>Alimentación Restringida</i>                                     |     |     |      |       |
| 4. Como menos después de comer demasiado.                           | 0   | 4   | 1.40 | 1.653 |
| 5. Como menos de lo que me gustaría.                                | 0   | 4   | 1.38 | 1.537 |
| 7. Como menos para evitar aumentar de peso.                         | 0   | 4   | 1.22 | 1.529 |
| 10. Cuido lo que como.                                              | 0   | 4   | 2.36 | 1.723 |
| 14. Consumo alimentos adelgazantes.                                 | 0   | 4   | .48  | .973  |
| <i>Alimentación Externa</i>                                         |     |     |      |       |
| 2. Como más cuando veo comer a otros.                               | 0   | 4   | .80  | 1.261 |
| 3. Deseo comer cuando veo comer a otros.                            | 0   | 4   | .88  | 1.287 |
| 6. Deseo comer cuando paso por la panadería.                        | 0   | 4   | 1.14 | 1.385 |
| 13. Deseo de comer al ver u oler la comida.                         | 0   | 4   | 1.64 | 1.495 |
| 15. Como más si la comida está rica o sabe bien.                    | 0   | 4   | 1.40 | 1.498 |

En cuanto al IMC de los adultos mayores, la media fue de 29.38 DE=6.15, el 34% mostró obesidad y el 8% bajo peso en función el IMC según el protocolo de valoración nutricional geriátrica (Camina-Martín et al., 2016).

**Tabla 3**  
*Frecuencia y porcentaje de categorías de IMC*

|                     | Sexo              |                   | Total     |
|---------------------|-------------------|-------------------|-----------|
|                     | Mujeres<br>Fr (%) | Hombres<br>Fr (%) | Fr (%)    |
| Bajo peso <22       | 3 (6%)            | 1 (2%)            | 4 (8%)    |
| Peso Normal 22-26.9 | 8 (16%)           | 4 (8%)            | 12 (24%)  |
| Sobrepeso 7-29.9    | 10 (20%)          | 7 (14%)           | 17 (34%)  |
| Obesidad 30         | 12 (24%)          | 5 (10%)           | 17 (34%)  |
| Total               | 33 (66%)          | 17 (34%)          | 50 (100%) |

En la comparación de los puntajes de conductas alimentarias de riesgo, sus factores y el IMC, respecto al sexo de los participantes, sólo se observaron diferencias significativas en el factor de alimentación emocional ( $t = 1.98$ ,  $p = .05$ ), donde las mujeres obtuvieron puntajes más alto que los hombres (ver tabla 2).

**Tabla 4**  
*Diferencias entre hombres y mujeres en conductas alimentarias*

| Escala                        |   | Mujeres  |           | Hombres |       | <i>gl</i> |       |     |      |
|-------------------------------|---|----------|-----------|---------|-------|-----------|-------|-----|------|
|                               |   | <i>M</i> | <i>DE</i> |         |       |           |       |     |      |
| Conductas Alimentarias        | 3 | 1.17     | .953      | 7       | .77   | 559       | 48    | .58 | .12  |
| Alimentación Emocional        | 3 | .81      | 1.08      | 7       | .34   | 581       | 47.88 | .98 | .05  |
| Alimentación Restringida      | 3 | 1.48     | 1.07      | 7       | 1.14  | 814       | 48    | .15 | .253 |
| Alimentación Externa          | 3 | 1.29     | 1.10      | 7       | .92   | 821       | 48    | .20 | .233 |
| Índice de Masa corporal (IMC) | 3 | 29.85    | 7.10      | 7       | 28.46 | .68       | 48    | .75 | .45  |

Asimismo se compararon las conductas alimentarias de riesgo y sus factores, en función de los grupos de IMC de los adultos mayores, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.



**Tabla 5***Diferencias entre categorías de IMC en adultos mayores*

| la                   | Esca | Bajo peso |     |   | Peso normal |      |   | Sobrepe so |     |   | Obesidad |      |  | l       |
|----------------------|------|-----------|-----|---|-------------|------|---|------------|-----|---|----------|------|--|---------|
|                      |      | <i>E</i>  |     |   | <i>E</i>    |      |   | <i>E</i>   |     |   | <i>E</i> |      |  |         |
| uctas                | Cond |           |     |   |             |      |   |            |     |   |          |      |  |         |
| Alimentarias         | Alim | 84        | 687 | 2 | 79          | .060 | 7 | .15        | 805 | 7 | .13      | 807  |  | 557 646 |
| entación Emocional   | Alim | 20        | 250 | 2 | 52          | .182 | 7 | .92        | 935 | 7 | .57      | 935  |  | 809 495 |
| entación Restringida | Alim | .50       | .16 | 2 | .01         | .05  | 7 | .36        | 881 | 7 | .58      | .052 |  | 786 508 |
| entación Externa     | Alim | 95        | 754 | 2 | 90          | .145 | 7 | .23        | 903 | 7 | .35      | .132 |  | 527 666 |

En los resultados del análisis de correlación obtenidos, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre conductas alimentarias, sus factores y el IMC de los adultos mayores.

**Tabla 6***Matriz de correlaciones entre conductas alimentarias e IMC*

|                          | CA    | A<br>EMO | ARE<br>S | A<br>EXT | IM<br>C |
|--------------------------|-------|----------|----------|----------|---------|
| Conductas Alimentarias   | 1     |          |          |          |         |
| Alimentación Emocional   | .855* | 1        |          |          |         |
| Alimentación Restringida | .855* | .569*    | 1        |          |         |
| Alimentación Externa     | .870* | .597*    | .666*    | 1        |         |
| Índice de masa corporal  | .102  | .039     | .109     | .12      | 1       |

\*\*. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

## Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre conductas alimentarias e IMC en adultos mayores, y comparar los resultados en función del sexo y del IMC de los adultos mayores.

Entre los hallazgos del estudio destacaron puntajes bajos de conductas alimentarias, donde el mayor puntaje se presentó en la dimensión de alimentación, seguido de alimentación externa y con menor puntaje alimentación emocional. Respecto al IMC el 34% mostró obesidad, 34% sobrepeso, 24% peso normal y 8% bajo peso., estos resultados son semejantes a lo reportado en estudios previos con adultos mayores (Bauce, 2020; Molina, 2019).

Respecto a las comparaciones de grupos, sólo se encontró diferencia significativa en el factor de alimentación emocional, donde las mujeres obtuvieron un puntaje mayor que los hombres, los resultados de nuestra investigación difieren de lo señalado por Bailly et al. (2012) respecto a las diferencias en la comparación en función de los grupos de IMC, donde se observaron diferencias entre las personas mayores con sobre peso y peso normal, y coinciden con estos mismos autores respecto a la diferencia en función del sexo en ingesta emocional, donde las mujeres obtuvieron puntajes promedios más altos que los hombres.

En cuanto al resultado del análisis correlacional, en la presente investigación, no se encontraron relaciones significativas entre las conductas alimentarias y sus factores con el IMC de los adultos mayores, esta ausencia de relación es distinto a lo informado en el estudio de Porter y Johnson (2011) en Estados Unidos.

Los resultados de esta investigación permiten conocer el estatus alimenticio de un sector poblacional vulnerable debido a la etapa de vida en la que se encuentran, restudios futuros podrían indagar más en las conductas alimenticias y estado nutricional de los adultos mayores.

## Referencias

- Alvarado-García, A., Lamprea-Reyes, L., & Murcia-Tabares, K. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 14(3), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.003>
- Bailly, N., Maitre, I., Amanda, M., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2012). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite*, 59(3), 853-858. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.029>
- Bauce, G. (2020). Evaluación antropométrica de un grupo de pacientes adultos mayores. Revista Digital De Postgrado, 9(2), e225. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_dp/article/view/18931](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/18931)**
- Bukman, A. J., Ronteltap, A., & Lebrun, M. (2020). Interpersonal determinants of eating behaviours in Dutch older adults living independently: a qualitative study. *BMC nutrition*, 6, 1-12. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40795-020-00383-2>
- Camina-Martín, M. A., de Mateo-Silleras, B., Malafarina, V., Lopez-Mongil, R., Nino-Martín, V., López-Trigo, J. A., y Redondo, M. P. (2016). Valoración del estado nutricional en Geriatria: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(1), 52-57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.007>
- Caso, G., & Vecchio, R. (2022). Factors influencing independent older adults (un) healthy food choices: A systematic review and research agenda. *Food Research International*, 158, 111476. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2022.111476>
- Cervantes, C. O., Rosas, M. N., Gómez, N. L., Illescas, I. N. (2009). Dieta cotidiana en adultos mayores beneficiarios de programas sociales del medio rural

- veracruzano. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 9(S1), 35-41.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2009/muvs091g.pdf>
- Córdova Gutiérrez, I. R., & Benites Márquez, M. S. (2022). *Relación entre estado nutricional, ingesta alimentaria y deterioro cognitivo de los adultos mayores del programa CIAM Piura Junio-Agosto 2020*.  
<https://hdl.handle.net/20.500.14095/1325>
- López Campos, A. E. (2017). *Conductas y hábitos alimentarios relacionados al estado nutricional de los adultos mayores del Hogar Santa Catalina Laboure, septiembre 2016*. <https://repositorio.puce.edu.ec/items/8161dfde-75a3-48f5-b199-2b89edaf9527>
- Molina González, M. (2019). Análisis del índice de masa corporal (IMC) y el nivel de actividad física en adultos mayores de la ciudad de barranquilla: un estudio correlacional. *Biociencias*, 14(2), 81-94. <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.6023>
- Pool-López, B. A., González-Herrera, L. J., & Ortega-Jiménez, M. (2024). Conductas alimentarias de adultos mayores relacionadas con el sobrepeso y obesidad. *Revista Salud y Bienestar Social*, 8(2)76-84.  
<https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/157>
- Porter, K. N., & Johnson, M. A. (2011). Obesity is more strongly associated with inappropriate eating behaviors than with mental health in older adults receiving congregate meals. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 30(4), 403-415. <https://doi.org/10.1080/21551197.2011.623960>
- Samuel, L., & Cohen, M. (2018). Expressive suppression and emotional eating in older and younger adults: An exploratory study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.012>

- Troncoso Pantoja, C. (2017). Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(3), 58-64.  
<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.10>
- Valladares, M., Obregón, A. M., & Pino, C. (2020). Asociación entre el sistema de recompensa del cerebro y elección de comida en adultos mayores y de mediana edad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(4), 617-624.  
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.74346>
- Vesnaver, E., & Keller, H. H. (2011). Social influences and eating behavior in later life: a review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 30(1), 2-23.  
<https://doi.org/10.1080/01639366.2011.545038>
- Walker-Clarke, A., Walasek, L., & Meyer, C. (2022). Psychosocial factors influencing the eating behaviours of older adults: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 77, 101597.  
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101597>
- Yannakoulia, M., Mamalaki, E., Anastasiou, C. A., Mourtzi, N., Lambrinoudaki, I., & Scarmeas, N. (2018). Eating habits and behaviors of older people: Where are we now and where should we go?. *Maturitas*, 114, 14-21.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512218302081>

## **APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SENTIDO EN LA VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LIMA METROPOLITANA**

Sergio Jesús Huapaya Gálvez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro del Adulto Mayor “Pablo Bermúdez”

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a: **Sergio Jesús Huapaya Gálvez, Av. Húsares de Junín 578, Jesús María, Lima, Perú, Código Postal: 15072, email: sjhg13@gmail.com**

## Introducción

Al transcurrir los años y tener una edad avanzada, muchas veces las personas recordamos nuestras vivencias pasadas y las compartimos con personas de nuestro entorno inmediato, con quienes, dependiendo del tipo de soporte social disponible, podemos complacernos por aquellas y proyectarnos a un futuro con sentido otorgado durante el transcurso de la vida (Yalom, 1984).

*Apoyo Social Percibido y Sentido en la Vida*, dos importantes tópicos humanos que examinamos en el presente estudio, eligiendo como campo de análisis a un grupo de personas de edad avanzada, procedentes de un centro del adulto mayor de la ciudad de Lima, Perú; considerando trascendental y oportuno examinar la realidad psicológica y social de aquellas personas que se encuentran en la última etapa del ciclo vital.

El *Sentido en la Vida*, considerado de suma importancia dentro de las más profundas filosofías, en donde desde un enfoque antropológico resaltamos la dimensión espiritual plasmándolo en la vida humana, en la trascendencia, señalando que la vida permanece con sentido de manera absoluta e incondicional, el cual está representado por valores tales como el trabajo, el amor y el sufrimiento, de los cuales el amor es el único sentido capaz de dar vida abundantemente (Frankl, 2000).

Distinguimos al *Apoyo Social Percibido* como la valoración que hace una persona acerca de su red social y sus recursos con cierto grado de satisfacción de una provisión social disponible (Gracia, 1997), otorgándole tranquilidad emocional y la oportunidad de ejercer adecuadamente sus propios recursos individuales y en conjunto, aumentando la sensación de su propia valía, autoestima, y de su contexto, lo cual, según su modo de expresión, puede influir de modo positivo o negativo en la salud del ser humano (Méndez & Barra, 2008).

Este estudio nos permite conocer la relación entre el apoyo social percibido y el sentido en la vida, dándonos la oportunidad de mejorar nuestras relaciones afectivas y proseguir adelante a pesar de las dificultades y adversidades, brindando al adulto mayor un soporte de mayor calidez, viviendo a plenitud cada día de su existencia, en constante búsqueda y transformación del significado hasta llegar al final del camino (Mahoney, 1988).

## **Método**

*Método hipotético deductivo*, enunciación de una hipótesis general y tres hipótesis específicas, *diseño transversal; no experimental; y bivariado*, instaurándose la correlación de dos variables: *Apoyo Social Percibido y Sentido en la Vida* (Hernández et al., 2014).

## **Hipótesis General**

El *Apoyo Social Percibido* está asociado con el *Sentido en la Vida* en adultos mayores de Lima.

## **Hipótesis Específicas**

H1 La *dimensión Familia del Apoyo Social Percibido* está asociada con el *Sentido en la Vida* en adultos mayores de Lima.

H2 La *dimensión Amigos del Apoyo Social Percibido* está asociada con el *Sentido en la Vida* en adultos mayores de Lima.

H3 La *dimensión Otros Significativos del Apoyo Social Percibido* está asociada con el *Sentido en la Vida* en adultos mayores de Lima.



## ***Población***

Compuesta por 2,109 adultos mayores de ambos sexos (1,687 mujeres, equivalente al 80%) y (422 varones, equivalente al 20%) entre 60 a 98 años (media = 75.78), socios del Centro del Adulto Mayor “Pablo Bermúdez” del distrito de Jesús María, en Lima, Perú.

*Fuente:* Registro de socios inscritos en el Centro del Adulto Mayor “Pablo Bermúdez”.

## ***Muestra***

Muestreo probabilístico, elección aleatoria empleando la fórmula para población finita de Cochran, se establecen un nivel de ocurrencia de 50 %, margen de error de 5 % y nivel de confianza bilateral 95% ( $Z = 1.96$ ) (Hernández et al., 2014). Se selecciona una muestra de 325 adultos mayores: 260 de sexo femenino (80%) y 65 de sexo masculino (20 %) (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Características Sociodemográficas de la muestra de Adultos Mayores*

| Sexo  | Adultos Mayores |            |
|-------|-----------------|------------|
|       | n = 325         |            |
|       | Frecuencia      | Porcentaje |
| Varón | 65              | 20 %       |
| Mujer | 260             | 80 %       |

*Nota:* Confección propia.

## ***Ética de la Investigación***

El estudio se realizó con la autorización del director del Centro del Adulto Mayor “Pablo Bermúdez” de Lima, con el consentimiento informado de los adultos

mayores socios del referido centro, comunicándoles claramente los aspectos éticos que respaldan este estudio, contemplando los modelos nacionales e internacionales de salvaguardia del bienestar, derechos, y privacidad de los adultos mayores, resguardando los datos obtenidos con total y rigurosa confidencialidad, de acuerdo a los preceptos instituidos a nivel nacional en la Ley General de Salud 26842 del Ministerio de Salud del Ministerio de Salud (MINSA, 2017) y en el Reglamento de Ensayos Clínicos del Ministerio del Instituto Nacional de Salud del Perú (INS, 2006); a nivel internacional en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017), los Lineamientos Éticos Organismos Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos - CIOMSOMS, Ginebra 2002 (OMS, 2017).

### **Período de Recopilación de Datos**

El estudio se realizó durante primer bimestre del año 2020.

### **Instrumentos de Medición**

***Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet et al., 1988).***

Construida por Zimet et al. (1988), incluye doce afirmaciones que evalúan el apoyo social percibido en tres dimensiones: *Familia* (ítems 3, 4, 8 y 11), *Amigos* (ítems 6, 7, 9 y 12), y *Otros Significativos* (ítems 1, 2, 5 y 10); ordenados en una escala de Likert en siete progresiones: *1 = Muy fuertemente en desacuerdo; 2 = Fuertemente en desacuerdo; 3 = Ligero desacuerdo; 4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5 = Ligeramente de acuerdo; 6=Fuertemente de acuerdo; 7= Muy fuertemente de acuerdo*. A mayor puntaje obtenido, se estima mayor apoyo social percibido (Zimet et al., 1988).

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| 1 - 12  | Muy débil apoyo social         |
| 13 - 24 | Débil apoyo social             |
| 25 - 36 | De ligero a débil apoyo social |
| 37 - 48 | Indeciso                       |

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 49 - 60 | De ligero a fuerte apoyo social |
| 61 - 72 | Fuerte apoyo social             |
| 73 - 84 | Muy fuerte apoyo social         |

**Validez y Confiabilidad.** Buena confiabilidad interna a través de test - retest; validez por factores (Zimet et al., 1988; Cecil, Stanley, Carrión, & Swann, 1995). Existe una versión tailandesa con buena confiabilidad y validez: Alfa = 0.92 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012).

En Portugal ha sido validada en 454 estudiantes de institutos superiores. En 261 estudiantes de instituciones particulares y estatales de Centroamérica y del norte de Portugal, asimismo en 100 pacientes de atención hospitalaria ambulatoria diagnosticados de depresión mayor en Portugal, encontrándose confiabilidad satisfactoria de 0.87 a 0.90 y excelente consistencia interna entre 0.85 a 0.95 en los tres grupos (Carvalho, 2011).

Se encuentra elevada confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.91 en Lima, Perú (Espinoza, 2016).

Se realizó la validación de análisis de contenido del concepto teórico del apoyo social percibido por apreciación de seis jueces expertos, como una forma adicional de evidencia a la validación mediante la operacionalización alcanzando un V de Aiken de 0.95 (Gravetter & Forzano, 2015; Streiner, Norman & Cairney, 2015) (Figura 1).

### Figura 1

#### *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido*

Por favor, conteste las siguientes frases, marcando con una “X” la respuesta que considere más apropiada según los siguientes valores:

1. = Muy fuertemente en desacuerdo
2. = Fuertemente en desacuerdo
3. = Ligero desacuerdo
4. = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5. = Ligeramente de acuerdo
6. = Fuertemente de acuerdo
7. = Muy fuertemente de acuerdo

|                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hay una persona especial que está cerca cuando tengo necesidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|

|                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y dolores.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Mi familia realmente me trata de ayudar.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Yo recibo el apoyo y ayuda emocional que necesito de mi familia.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Puedo contar en mis amigos cuando las cosas van mal.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y dolores.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Hay una persona especial en mi vida que le importa mis sentimientos.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

*Nota:* Zimet et al., 1988.

### Test de Sentido en la Vida (Crumbaugh & Maholick, 1969).

Prueba para calcular el sentido de la vida en comparación con el vacío existencial y detectar la presencia de la neurosis noógena, la cual surge en algunas personas debido a la falta de sentido en la vida (Frankl, 1979), desde la orientación de la logoterapia (Crumbaugh & Henrion 1968; Crumbaugh & Maholick, 1964).

El sentido en la vida es la orientación que una persona le da a su vida, la cual expresarse hacia una meta u objetivo que se toma como un valor o principio fundamental en torno al cual el sujeto organiza sus acciones (Ramírez & Saavedra, 1981, p. 20).

Constituida por veinte ítems de elección en opiniones en oposición en escala gradual tipo Likert para elegir calificaciones entre 1 al 7, con la finalidad de conocer la intensidad del sentido en la vida de una persona. La puntuación total oscila entre 20 y 140 (Crumbaugh & Maholick, 1969).

|            |                                                    |
|------------|----------------------------------------------------|
| 106 a más  | Presencia de Sentido en la Vida                    |
| 90 - 105   | Zona intermedia o Indefinida de Sentido en la Vida |
| 89 a menos | Ausencia de Sentido en la Vida                     |

Tiene cuatro dimensiones: Percepción del Sentido: Mide los argumentos para vivir (ítems 4, 6, 9, 10, 11, 12, 16, 17 y 20). El puntaje oscila entre 9 y 56; Experiencia de Sentido: Evalúa el modo en que cada persona percibe su propia existencia (ítems 1, 2, 5, 9, 17, 19 y 20). El puntaje oscila entre 7 y 49; Metas y Tareas: Calcula las metas y responsabilidades que la persona tiene en acciones definidas (ítems 3, 7, 8, 13, 17, 19 y 20). El puntaje oscila entre 7 y 49; y Dialéctica Destino/Libertad: Estima los aspectos asociados a la muerte como un evento ineludible (ítems 14, 15 y 18). El puntaje oscila entre 3 y 21 (Crumbaugh & Maholick, 1969).

Validez y Confiabilidad. La validez de esta prueba y los criterios para su aplicación las hizo Noblejas en España en 1994 administrándola a 871 sujetos con una muestra clínica de 30 sujetos, se obtuvieron dos baremos separados por edades (<29 años / >30 años) evidenciándose diferencias propias en los puntajes tanto en la versión original como en las versiones para otros países (Noblejas, 2011).

Crumbaugh y Maholick determinan su confiabilidad en 1964 mediante el método de “dos mitades” encontrando una correlación Pearson 0.81 y de 0.90 corregido con el método Spearman-Brown. Crumbaugh (1968), encontró nuevamente esta correlación: Pearson 0.85 y 0.92 corregido (Valdivia, 2007).

Gottfried (2016), adapta este instrumento para Argentina, afirmando que la versión del año 2014 cuenta con validez y confiabilidad adecuadas para medir el sentido en la vida.

Bartschi (1999) adapta esta prueba para Lima encontrando resultados similares respecto a validez y confiabilidad, siendo aceptable su utilización.

Esta escala fue expuesta a un procedimiento de validación de análisis de contenido por criterio de seis jueces expertos, obteniéndose un V de Aiken de 0.91 (Gravetter & Forzano, 2015; Streiner, Norman & Cairney, 2015) (Figura 2).

**Figura 2**

**TEST DE SENTIDO EN LA VIDA**  
**Purpose in Life Test: J. C. Crumbaugh & L. T. Maholick (1969)**

**INSTRUCCIONES:**

En cada una de las siguientes afirmaciones, rodee con un círculo el número que refleje mejor la verdad sobre usted mismo. Por favor, señale su propia posición sin considerar las fluctuaciones pequeñas y momentáneas. Responda espontáneamente uno de los siete puntos. Dese cuenta que los números representan desde un sentimiento extremo hasta su contrario. Si contesta “neutro” significa que no puede inclinarse hacia ninguno de los extremos; intente utilizarlo lo menos posible. No existen respuestas correctas ni incorrectas. No deje ninguna afirmación sin contestar.

|    |                                                                                            |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------------------------------------------|
| 1  | Generalmente estoy                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | completamente aburrido                                                                     |   |   |   |   |   |   | totalmente entusiasmado                                               |
| 2  | La vida me parece                                                                          | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | siempre emocionante                                                                        |   |   |   |   |   |   | completamente rutinaria                                               |
| 3  | Para mi vida                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | no tengo ninguna meta fija                                                                 |   |   |   |   |   |   | tengo metas bien definidas                                            |
| 4  | Mi existencia, mi vida personal                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | no tiene ningún significado                                                                |   |   |   |   |   |   | tiene mucho significado                                               |
| 5  | Cada día es                                                                                | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | constantemente nuevo                                                                       |   |   |   |   |   |   | exactamente idéntico                                                  |
| 6  | Si pudiera elegir, preferiría                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | no haber nacido                                                                            |   |   |   |   |   |   | vivir mil veces más una vida idéntica a la mía                        |
| 7  | Después de jubilarme o retirarme, me gustaría                                              | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | hacer algunas de las cosas que siempre me han interesado                                   |   |   |   |   |   |   | vagar el resto de mi vida                                             |
| 8  | En alcanzar las metas de la vida                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | no he progresado nada                                                                      |   |   |   |   |   |   | he progresado mucho como para estar completamente satisfecho          |
| 9  | Mi vida está                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | vacía, llena de desesperación                                                              |   |   |   |   |   |   | llena de cosas buenas y valiosas                                      |
| 10 | Si muriera hoy, sentiría que mi vida                                                       | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | valió mucho la pena                                                                        |   |   |   |   |   |   | no valió la pena para nada                                            |
| 11 | Al pensar en mi vida                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | me pregunto a menudo por qué existo                                                        |   |   |   |   |   |   | siempre veo una razón por la que estoy aquí.                          |
| 12 | Considero que el mundo en el que vivo                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | me confunde completamente                                                                  |   |   |   |   |   |   | tiene significado para mi                                             |
| 13 | Yo soy                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | muy irresponsable                                                                          |   |   |   |   |   |   | muy responsable                                                       |
| 14 | Creo que el hombre para tomar sus propias decisiones es                                    | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | totalmente libre para elegir                                                               |   |   |   |   |   |   | completamente limitado por su herencia y ambiente                     |
| 15 | Con respecto a la muerte                                                                   | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | estoy preparado y no tengo miedo                                                           |   |   |   |   |   |   | no estoy preparado tengo miedo                                        |
| 16 | Con respecto al suicidio                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | he pensado seriamente que es una salida                                                    |   |   |   |   |   |   | nunca he pensado en ello                                              |
| 17 | Considero que mi capacidad para encontrar un sentido, un propósito o una misión en mi vida | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | es muy grande                                                                              |   |   |   |   |   |   | es prácticamente nula                                                 |
| 18 | Mi vida está                                                                               | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | en mis manos y bajo mi control                                                             |   |   |   |   |   |   | fuera de mis manos y controlada por factores externos                 |
| 19 | Enfrentarme a mis tareas diarias es                                                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1                                                                     |
|    | una fuente de placer y satisfacción                                                        |   |   |   |   |   |   | una experiencia aburrida y penosa                                     |
| 20 | Yo he descubierto que                                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                                                                     |
|    | no tengo ningún sentido, ni propósito, ni misión en mi vida                                |   |   |   |   |   |   | tengo metas claras, delimitadas y un sentido de vida que me satisface |

Nota: Zimet et al., 1988.

## Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos fueron procesados mediante el programa *Jamovi Stats Open Now* versión 2.3.16 y el *International Business Machines Corporation Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) for Windows* versión 26.0.

## Resultados

### Análisis Inferencial

Tomando en cuenta el número de sujetos utilizamos las comprobaciones de normalidad Kolmogórov-Smirnov y de según el grado de significación obtenido es inferior al nivel 0.05 determinamos el coeficiente de correlación no paramétrico *Rho* de Spearman para comprobar la hipótesis general y las hipótesis específicas (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Prueba de normalidad en la Hipótesis General e Hipótesis Específicas para verificar la correlación entre la puntuación total de la Prueba de Sentido en la Vida con la puntuación total y las puntuaciones dimensionales de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores.*

|                           |                   | Puntuación<br>Total<br>Sentido en la<br>Vida | Puntuación<br>Total<br>Apoyo Social<br>Percibido | Puntuación<br>Dimensión<br>Familia<br>ASP | Puntuación<br>Dimensión<br>Amigos<br>ASP | Puntuación<br>Dimensión<br>Otros<br>Significativos<br>ASP |
|---------------------------|-------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| N                         |                   | 325                                          | 325                                              | 325                                       | 325                                      | 325                                                       |
| Parámetros                | Media             | 112,94                                       | 55,06                                            | 20,60                                     | 17,68                                    | 16,91                                                     |
| normales <sup>a,b</sup>   | Desviación típica | 15,857                                       | 15,349                                           | 6,321                                     | 6,458                                    | 8,307                                                     |
| Diferencias               | Absoluta          | ,086                                         | ,078                                             | ,163                                      | ,132                                     | ,135                                                      |
| más extremas              | Positiva          | ,052                                         | ,046                                             | ,121                                      | ,075                                     | ,112                                                      |
|                           | Negativa          | -,086                                        | -,078                                            | -,163                                     | -,132                                    | -,135                                                     |
| Z de Kolmogórov-Smirnov   |                   | 1,544                                        | 1,414                                            | 2,939                                     | 2,381                                    | 2,434                                                     |
| Sig. asintót. (bilateral) |                   | <b>,017</b>                                  | <b>,037</b>                                      | <b>,000</b>                               | <b>,000</b>                              | <b>,000</b>                                               |

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Fuente: Empleo de la Prueba de Sentido en la Vida y de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

*Nota:* Confección propia.



## Comprobación de Hipótesis

**Tabla 3**

*Correlación entre la puntuación total de la Prueba de Sentido en la Vida con la puntuación total y dimensionales de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Adolescentes.*

|                             | Puntuación<br>Total del<br>Sentido en la<br>Vida | Puntuación<br>Total del<br>Apoyo Social<br>Percibido | Puntuación<br>Dimensión<br>Familia<br>ASP | Puntuación<br>Dimensión<br>Amigos<br>ASP | Puntuación<br>Dimensión<br>Otros<br>Significativos<br>ASP |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Correlación Rho de Spearman | 1,000                                            | <b>0,267*</b>                                        | <b>0,319*</b>                             | <b>0,165*</b>                            | <b>0,182*</b>                                             |
| Sig. (bilateral)            | .                                                | <b>0,000</b>                                         | <b>0,000</b>                              | <b>0,003</b>                             | <b>0,001</b>                                              |
| N                           | 325                                              | 325                                                  | 325                                       | 325                                      | 325                                                       |

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

Fuente: Empleo de la Prueba de Sentido en la Vida y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

*Nota:* Confección propia.

El valor de correlación Rho de Spearman 0,267 nos indica la presencia de correlación positiva baja, y comparado con el baremo de significancia bilateral de 0,000 siendo este menor de  $p < 0.05$ . Admitimos la hipótesis general alterna:

H.G. El *Apoyo Social Percibido* está asociado con el *Sentido en la Vida* en adultos mayores de Lima.

El valor de correlación Rho de Spearman de 0,319 nos indica una correlación positiva baja, y comparado con el baremo de significancia bilateral de 0.000 siendo este menor de  $p < 0.05$ . Admitimos la hipótesis específica alterna 1:

H.1. La *dimensión Familia del Apoyo Social Percibido* está asociada con el *Sentido en la Vida* en adultos mayores de Lima.

El valor de correlación Rho de Spearman de 0,165 nos indica la presencia de correlación positiva baja, y comparado con el baremo de significancia bilateral de 0,003 siendo este menor de  $p < 0.05$ . Admitimos la hipótesis específica alterna 2:

H.2. La *dimensión Amigos del Apoyo Social Percibido* está asociada con el *Sentido en la Vida* en adultos mayores de Lima.

El valor de correlación Rho de Spearman de 0,182 nos indica la presencia de correlación positiva baja, y comparado con el baremo la significancia bilateral de 0,001 siendo este menor de  $p < 0.05$ . Admitimos la hipótesis específica alterna 3:

H3 La *dimensión Otros Significativos del Apoyo Social Percibido* está asociada con el *Sentido en la Vida* en adultos mayores de Lima.

## Discusión

Se calcula que para el año 2050 la cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará, siendo importante un cambio social radical tanto para los adultos mayores como para todas las personas en general, debiendo estar preparados los sistemas de salud y de protección social, promoviendo vivir funcional y saludablemente en ambientes que permitan el pleno desarrollo de todo su potencial, considerando los retos que implica este cambio demográfico (OMS, 2015). Estudios realizados por Villas –Boas, Oliveira, Ramos y Montero (2016) señalan el riesgo que implica contar con edad avanzada asociada además a otras variables.

Comprobamos que el apoyo social percibido y el sentido en la vida se encuentran asociados positivamente en adultos mayores de un centro del adulto mayor de Lima, es decir, a mayor apoyo social percibido, mayor sentido en la vida. Al respecto, Peplińska, Wojdylo, Kosakowska-Berezecka y Połomski (2015), hallan relación significativa entre estas variables. Polizzi y Arias (2014) remarcan la importancia de la familia, los amigos y la pareja para establecer vínculos satisfactorios en la ancianidad. Bueno, Buz, Navarro y López-Martín (2017) encuentran relación positiva entre el apoyo social percibido y satisfacción vital en adultos mayores españoles. La satisfacción vital está vinculada al sentido en la vida en cuanto a la experiencia de sentido, considerando el modo en que se percibe la existencia personal y lo cotidiano (Noblejas, 1994).

Hallamos relación positiva entre la *dimensión Familia del Apoyo Social Percibido* y el *Sentido en la Vida*; al respecto Shaffer (2000) reconoce la importancia del apoyo social cuanto a la disponibilidad que una familia otorga en la búsqueda de soluciones ante situaciones críticas. Por tanto, es muy probable encontrar un sentido a la vida a pesar de situaciones adversas si se cuenta con el soporte emocional que

puedan proporcionarse mutuamente, desplegándose un desarrollo saludable a nivel emocional, cognitivo y social tanto dentro como fuera de la familia.

Encontramos relación positiva entre la *dimensión Amigos del Apoyo Social Percibido* y el *Sentido en la Vida*; al respecto Flecha (2018) señala la presencia de experiencias y actitudes que dan razones a su vida en adultos mayores, predominando los vínculos sociales saludables dirigidos hacia el bien personal y de los demás, entre otras. Santos (2010) afirma que cada quien elige selectiva y voluntariamente a los amigos, haciendo que la relación se pueda mantener y perdurar.

Observamos la existencia de una relación positiva entre la *dimensión Otros Significativos del Apoyo Social Percibido* y el *Sentido en la Vida*. Barbieri (2006), sostiene que el adulto mayor tiene la capacidad de salir al encuentro del otro, de trascender, dándole un nuevo sentido a su vida y permitiéndole tomar conciencia de su responsabilidad con la siguiente generación. En esta línea, Musitu y Cava (2002) aluden como *otros significativos* a un nuevo tipo de vínculo en el cual hay un aumento significativo en la percepción conforme la persona avanza en su desarrollo.

## **Conclusiones**

Existe relación directamente proporcional entre el apoyo social percibido en general y entre cada una de sus dimensiones con el sentido en la vida en adultos mayores de Lima Metropolitana.

Este estudio proporciona un aporte sólido a los ya realizados por diversos autores en cuanto a la vinculación entre el apoyo social percibido y el sentido en la vida, además de otras variables, reforzando y precisando otros hallazgos similares.

Las deducciones obtenidas no son determinantes por las particularidades de la muestra, proponiendo la formulación de investigaciones posteriores que las acrecienten.

## Referencias

- Asociación Médica Mundial (2017). Declaración de Helsinki (revisada). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en:  
<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barbieri, A. (2006). *CELAE; Instituto de Enseñanza y Cultura*. Obtenido de:  
<http://www.logoterapia.com.uy>:
- Bartschi, C. (1999). *Evaluación del propósito en la vida y la búsqueda de metas noéticas desde el punto de vista de la Logoterapia en estudiantes universitarios*. Tesis para obtener la licenciatura en Psicología. Lima: Universidad de Lima.
- Bueno, B., Buz, J., Navarro, A. y López-Martín, L. (2017). Equidad en el apoyo social recíproco y satisfacción vital en personas mayores. *Revista Universitas Psychologica*, 16(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.easr>
- Carvalho, S. (2011). Características psicométricas de la versión portuguesa de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet. Coimbra: Universidad de Coimbra.
- Cecil, H., Stanley M.A., Carrión, P.G. y Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*. Sep;51(5):593-602. doi: 10.1002/1097-4679(199509)51:5<593: aid-jclp2270510503>3.0.co;2-w. PMID: 8801234.
- Crumbaugh, J. y Maholick, L. (1964). The case for Frankl's will to meaning, *Journal of Existential Psychiatry* 4, p. 43.
- Crumbaugh, J. y Maholick, L. (1969). Manual of instructions for the purpose in life test. Saratoga: Viktor Frankl Institute.

- Crumbaugh, J. C. y Henrion, R. (1968). The PIL Test: Administration, interpretation, uses theory and critique. *International Forum for Logotherapy*, 11 (2), 76-88.
- Espinoza, N. (2016) *Uso de Facebook, soporte social y satisfacción con la vida en universitarios limeños*. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Flecha, A. (2018). Autoaceptación y sentido/propósito vital en personas mayores institucionalizadas. SIPS – Pedagogía social. *Revista interuniversitaria*; 33, págs. 137-148.
- ISSN: 1989-9742 © SIPS. DOI: 10.7179/PSRI\_2019.33.10
- <http://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/>
- Versión en español:
- <https://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/article/view/69297/42696>
- Frankl, V. (2000). En el principio era el sentido. Barcelona: Paidós.
- Frankl, V. (1994). Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida? México: Fondo de Cultura Económica.
- Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós.
- Gravetter F. J. y Forzano L. B. (2015). *Research Methods for the Behavioural Sciences*. Wadsworth Cengage Learning.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M, et al. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. México. Mc Graw Hill Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Salud (2006). Reglamento de Ensayos Clínicos. El Peruano. Julio 29 p.325485. Disponible en <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/Reglamento%20ensayos%20clinicos.pdf>
- Mahoney, M. (1988). Psicoterapia y procesos de cambio humano. En M. Mahoney y J. Freedman (Eds.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Méndez, P. y Barra, E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Psyche*, 17 (1), 59-64.
- MINSA (2017). Ley General de Salud 26842. Perú. Disponible en [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias\\_sanitarias/1\\_Ley\\_26842-1997-Ley-General-de-Salud-Concordada.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/1_Ley_26842-1997-Ley-General-de-Salud-Concordada.pdf)
- Musitu, G. y Cava, M. (2002). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Noblejas, M. (2011). El sentido de la vida, dimensión evolutiva. Hallazgos empíricos en la baremación del test PIL (Purpose In Life) en España. *Journal of Transpersonal Research*, 3 (1), p. 30-38.
- Noblejas, M. (1994). Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del “logro interior de sentido”. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Recuperado el 13 de mayo de 2007, de <http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/S/5/S5005701.pdf>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2017). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra 2002. Disponible en: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2015). [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es)
- Peplińska, A.; Wojdylo, K.; Kosakowska-Berezecka, N. y Połomski, P. (2015). El papel del propósito en la vida y el apoyo social para reducir el riesgo de adicción al trabajo entre las mujeres de Polonia. *Health Psychology Report*. Polonia. Vol. 3 Issue 4, p326-335. 10p. ISSN: 2353-4184. DOI: 10.5114/hpr.2015.50902.

- Polizzi, L. y Arias, C. Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Revista Pensando Psicología*. Ene-Dic 2014. Vol 10. Issue 17, pp.61-70. 10 págs. Recuperado el 12 de diciembre de 2019 de: <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=35&sid=47f0fccb-2407-4382-bd3d-37801e7ce32d%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2loZT1laG9zdC1saXZl#AN=117748326&db=a9h>
- Ramírez, C. y Saavedra C. (1981). El sentido de la vida. Tesis de maestría en educación: orientación y consejería. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Santos, M. (2010). Análisis de redes sociales y rendimiento académico: lecciones a partir del caso de los Estados Unidos. *Debates en Sociología* (35), 7-44.
- Shaffer, D. (2000). Psicología del desarrollo: *Infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Thomson.
- Streiner, D., Norman, G. y Cairney, J. (2015). Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. Fifth edition. Oxford University Press. ISBN 978-0-19-968521-9. 448 págs.
- Villas –Boas, S., Oliveira, A., Ramos, N. y Montero, I. (2016). Apoyo social y diversidad generacional: El potencial de la LSNS-6. *Revista interuniversitaria-Tercera época*; 31, págs. 183-196.  
ISSN: 1989-9742 © SIPS. DOI: 10.7179/PSRI\_2018.31.14  
<http://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/>
- Wongpakaran, N. y Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*. (15), 1503-1509.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Editorial Herder. Barcelona.

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet S. y Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, (52),30-41.



**INFLUENCIA Y DIFERENCIA EN LOS NIVELES DE  
DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN MUESTRAS DE  
ADULTOS QUE TIENEN Y NO ENFERMEDADES  
MUSCULOESQUELÉTICAS**

Virginia Lérica-Ayala<sup>1</sup>, Rocío Collado-Soler<sup>1</sup>, Alina de las Mercedes Campos-

Puente<sup>2</sup>, Marina Alférez-Pastor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Almería (España)

<sup>2</sup>Universidad Privada San Juan Bautista (Perú)

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Virginia Lérica-Ayala**, [virginialeridaayala@gmail.com](mailto:virginialeridaayala@gmail.com)

## **Introducción**

Vivimos inmersos en un mundo en el que, nuestro propio ritmo de vida provoca, en muchas personas, el desarrollo de diferentes patologías mentales. Habitualmente, hemos de hacer frente a las tareas domésticas y el cuidado de la familia, a lo que se le suma el trabajo fuera de casa. Todo ello, puede generar problemas de estrés y ansiedad que, en algunos casos pueden resultar incapacitantes para nuestra vida diaria requiriendo incluso un tratamiento especializado. A este tipo de patologías se suma la depresión. Dicho concepto es definido por Rojas, (2006) como “un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se le asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia del 10 al 20 % en la población general. Estos trastornos cobraron aún mayor importancia cuando se decretó el estado de alarma por la COVID-19. La incertidumbre y el miedo ante un virus completamente desconocido y que causaba la muerte de tantas personas en el mundo de manera diaria, hicieron crecer, de manera exponencial, los síntomas de estrés y ansiedad, así como la sintomatología depresiva en la población general. Este dato queda corroborado por la OMS, que alerta de que la prevalencia mundial de ansiedad y depresión aumentó en un 25% en el primer año de pandemia. Son muchos los estudios que en los últimos dos años se están realizando y que pretenden mostrar la posible correlación entre la pandemia y el desarrollo de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés. Pero, según una revisión sistemática realizada por Brito et al. (2022), la mayoría de estos estudios van dirigidos a grupos de riesgo del campo de la enfermería, medicina, etc. Son menos numerosos, sin embargo, los que van dirigidos a la población general. Entre ellos, encontramos los resultados hallados por Wu et al. (2021), en los que la prevalencia global combinada de depresión,

ansiedad, angustia e insomnio fue del 31,4 %, 31,9 %, 41,1 % y 37,9 %, respectivamente. Es importante la obtención de este tipo de datos, que nos alertan de una tendencia al alza de estas patologías. Todo ello, a fin de poder hacer frente a las mismas con los instrumentos más adecuados y, asegurando que los tratamientos puedan llegar a todas las personas que los precisen. Hemos de tener en cuenta que, esta prevalencia podría ser aún mayor en población que presenta algún tipo de patología física previa como es el caso que nos ocupa, personas con enfermedades musculoesqueléticas. Éstas comprenden, según la OMS, más de 150 trastornos que afectan el sistema locomotor. Abarcan desde trastornos repentinos y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, a enfermedades crónicas que causan limitaciones de las capacidades funcionales e incapacidad permanentes (artrosis, osteoporosis, sarcopenia, dolor de espalda y cuello y enfermedades inflamatorias entre otras). Según Carmona et al., (2001) en representación del Grupo de Estudio EPISER, en España los estudios epidemiológicos sobre enfermedades reumáticas son escasos. Aun así, podemos hacer mención a algunos como el de Garrido-Cumbrera, M., et al (2021), cuyo objetivo principal fue evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (RMD). Los resultados fueron contundentes a la par que preocupantes, el 75,6% informó dolor elevado. La mitad de los pacientes (49,0%) informaron de un bienestar deficiente (OMS-5) y 46. 6% que su salud había empeorado durante el confinamiento. Según la HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria), el 57,3% tenía riesgo de ansiedad y el 45,9% de depresión. Cabe señalar, además, la diferencia de resultados dependiendo de los países, tal y como apunta un estudio de REUMAVID realizado por Harrison, S. R., et al. (2021), derivado del anteriormente mencionado. En este caso el objetivo era comparar el impacto de la primera ola de la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y las medidas de confinamiento en pacientes con enfermedades reumáticas y

musculoesqueléticas (RMD) en el Reino Unido y otros países europeos (OEC). Pacientes con RMD del Reino Unido obtuvieron mejores resultados en los dominios de salud física y mental evaluados que otros países europeos, posiblemente debido a un bloqueo menos restrictivo y un mejor acceso a la atención médica.

Finalmente, hemos de tener en cuenta la consideración del género en cuanto a la presentación, la carga y la respuesta al tratamiento de la enfermedad musculoesquelética, puesto que esto también puede influir en la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés que nos ocupa. Estas diferencias aparecen reflejadas en estudios como el de Lobo, J. M., et al. (2015) para los que el papel de las hormonas, la anatomía diferencial, la estabilidad articular y la calidad ósea deben tenerse en cuenta, así como las diferencias en la recuperación después de una lesión y una cirugía. Por tanto, el género debe ser considerado como un factor en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades comunes.

## **Objetivo**

La presente investigación tuvo como objetivo principal analizar, en el contexto de confinamiento por COVID-19 la influencia de la depresión, ansiedad y estrés en las enfermedades musculoesqueléticas. El otro objetivo fue establecer si existe diferencia en los niveles de depresión, ansiedad y estrés entre adultos que padecen o no enfermedades musculoesqueléticas. Las hipótesis formuladas fueron: (1) la depresión, ansiedad y estrés predeciría positivamente la presencia de enfermedades musculoesqueléticas, (2) los niveles de depresión, ansiedad y estrés serán mayores en adultos con enfermedades musculoesqueléticas, y (3) los niveles de depresión, ansiedad y estrés serán menores en adultos sin enfermedades musculoesqueléticas.

## **Método**

### **Participantes**

En el presente estudio se empleó una muestra por conveniencia compuesta por 657 participantes. De los cuales 327 padecían enfermedades musculoesqueléticas durante el confinamiento por COVID-19. El 73.2% eran mujeres y 26.6%, hombres; con edades comprendidas entre 18 y 80 años ( $M = 48$ ;  $SD = 14$ ). Del total de participantes, el 58.8% eran empleados/as, el 10.7% jubilados, el 10.4% estudiantes, el 10.2% amas de casa, y el 9.9% desempleados.

### **Instrumentos**

En primer lugar, los datos para identificar a los participantes que padecían enfermedades musculoesqueléticas fueron recolectados a través del cuestionario de datos sociodemográficos y del confinamiento COVID-19 (Ad hoc). Imprescindible, informar si padecían alguna enfermedad crónica que requiriese tratamiento médico, y la tipología de la enfermedad. Posteriormente se generó otra variable dicotómica que clasificó a los pacientes que manifestaron padecer alguna enfermedad musculoesquelética. Por otra parte, depresión, ansiedad y estrés fueron medidos mediante las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995). Una de las principales ventajas de esta escala es que se trata de un instrumento de autorreporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes universitarios (Bados, Solanas, & Andrés, 2005). La escala evalúa la presencia e intensidad de estas tres dimensiones de malestar emocional en individuos. Está compuesta por 21 ítems, siendo una versión abreviada de la escala original de 42 ítems. Se divide en 3 subescalas: depresión (7 ítems), ansiedad (7 ítems) y estrés (7 ítems). La primera, evalúa síntomas relacionados con la tristeza, disforia, falta de sentido, autodepreciación, anhedonia, la falta de interés,

la baja autoestima y la desesperanza. La ansiedad se mide a través de síntomas subjetivos y somáticos de miedo, la preocupación excesiva, activación autonómica, la tensión física, ansiedad situacional, la experiencia subjetiva de afecto ansioso de miedo y las respuestas de pánico. Finalmente, el estrés mide la activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad, impaciencia y la tensión continua. Se trata de una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Las opciones de respuesta para cada ítem son: 0- No me ha sucedido nada de esto; 1- Me ha sucedido un poco o algunas veces; 2- Me ha sucedido bastante o buena parte del tiempo, 3- Me ha sucedido mucho o la mayor parte del tiempo.

El puntaje se calcula mediante la suma de las respuestas en cada subescala. Dicho resultado se multiplica por dos, a fin de que los resultados sean comparables con la versión original. Los valores finales se clasifican en rangos como normal, leve, moderado, severo o extremadamente severo, a fin de identificar el nivel de gravedad del malestar emocional del sujeto. El instrumento demostró ser confiable en la muestra aplicada de acuerdo con el alfa de Cronbach: Ansiedad ( $\alpha = 0.87$ ); Depresión ( $\alpha = 0.90$ ) y Estrés ( $\alpha = 0.90$ ); y de manera general DASS-21 ( $\alpha = 0.90$ ).

### **Procedimiento.**

Se trata de un estudio transversal a través de encuesta siendo aplicado el procedimiento de muestreo según conveniencia. Antes del comienzo de la investigación se estableció contacto vía telemática con sujetos de diferentes países. Éstos fueron informados del tema y objetivo del estudio, referido a la experiencia vivida durante el confinamiento. Del mismo modo, se les informó del anonimato y la voluntariedad de su participación, así como la posibilidad de abandonar el proyecto en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de consecuencias. Recibieron información precisa de los aspectos éticos de la investigación, así como todo lo

referente a la custodia de los datos y el uso de resultados, utilizados exclusivamente para la docencia, investigación y/o publicación. La entrega de documentación como la batería de pruebas y el acta de consentimiento informado fue realizada a través de una aplicación concreta. Esa misma vía fue utilizada para recibir las respuestas a los diferentes cuestionarios aplicados en español, inglés, francés e italiano. Se facilitó la dirección de un correo electrónico, gestionado por un miembro del grupo de investigación, para aclarar dudas, en caso necesario. Finalmente, destacar que el estudio ha cumplido con todos los procedimientos éticos establecidos por la American Psychology Association y fueron tomados en consideración los principios éticos enunciados en la Declaración de Helsinki. Se obtuvo la aprobación por parte del comité de bioética de investigación de la Universidad de Almería (Ref. UALBIO 2020/014).

### **Análisis de datos.**

La estrategia de análisis de datos fue: primero, mediante estadística descriptiva se identificaron los niveles de depresión, ansiedad y estrés en dos grupos, adultos que tenían enfermedades musculoesqueléticas, y adultos que no. Posteriormente, se evaluó un modelo propuesto para explicar la influencia de la depresión, ansiedad y estrés en las enfermedades musculoesqueléticas a través del método de estimación de máxima verosimilitud y conforme a índices de bondad de ajuste (Tabla 1). Por último, a través del análisis de diferencias entre grupos, se comparó si los niveles de los estados emocionales diferían significativamente entre los adultos que tenían enfermedades musculoesqueléticas y los que no. Los datos analizados mostraron un comportamiento no normal, por lo tanto, se utilizaron pruebas no paramétricas y la técnica de bootstrapping (1,000 remuestreos). Los programas estadísticos usados para realizar los análisis fueron SPSS v26 y AMOS v24 (IBM, Armonk, NY, EE.UU.).

**Tabla 1***Índices de Bondad de Ajuste*

| <i>Índices</i>                          |                    | <i>Criterio</i> |
|-----------------------------------------|--------------------|-----------------|
| Chi-cuadrada entre grados de libertad   | $\chi^2/\text{gl}$ | $\leq 5$        |
| Raíz cuadrada estandarizada del residuo | SRMR               | $\leq 0.06$     |
| Índice de Tucker-Lewis                  | TLI                | $\geq .90$      |
| Índice de Ajuste Comparativo            | CFI                | $\geq .90$      |
| Índice de ajuste incremental            | IFI                | $\geq .90$      |
| Error cuadrático medio de aproximación  | RMSEA              | $\leq 0.06$     |

*Nota.* Adaptado de Marsh y Hocevar (1985) y Brown (2015).

**Resultados***Análisis descriptivo*

Los resultados del análisis descriptivo revelan, en promedio, que tanto las personas que padecen de enfermedades musculoesqueléticas como las que no tuvieron niveles de depresión, ansiedad y estrés leves, a excepción del estrés que presentó un nivel menor a leve en las personas que no padecían enfermedades musculoesqueléticas. Además, se vislumbra que la depresión, ansiedad y estrés es mayor en los participantes que tienen este tipo de enfermedades.

**Tabla 2***Análisis descriptivo*

| Factores  | Padece E. M  |           | No padece E. M. |           |
|-----------|--------------|-----------|-----------------|-----------|
|           | <i>Media</i> | <i>SD</i> | <i>Media</i>    | <i>SD</i> |
| Depresión | 5.56         | 4.91      | 4.88            | 4.841     |
| Ansiedad  | 4.49         | 4.43      | 3.66            | 4.39      |
| Estrés    | 8.60         | 5.15      | 7.00            | 4.96      |

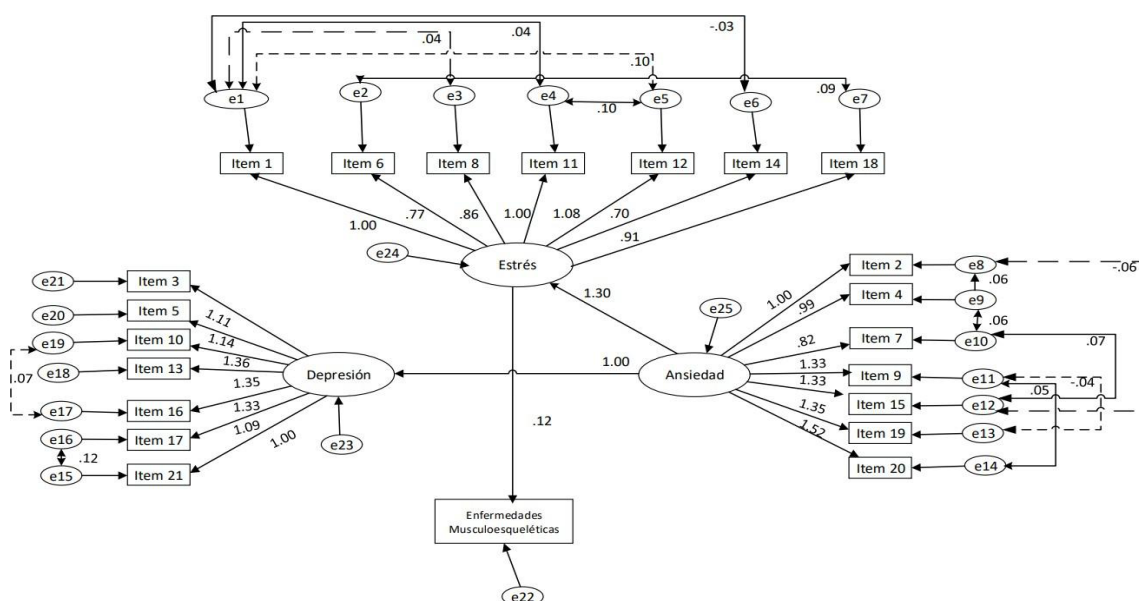
Modelo de ecuaciones estructurales



La Figura 1 muestra el modelo resultante que explica la influencia de los estados emocionales, depresión, ansiedad y estrés en las enfermedades musculoesqueléticas. Los pesos estandarizados y las relaciones entre las variables evidenciaron que, sólo el estrés tiene un poder predictivo positivo en las enfermedades musculoesqueléticas. Por otro lado, se identifica que la ansiedad tuvo poder predictivo directo en la depresión y en la ansiedad.

**Figura 1**

*Modelo de Ecuaciones Estructurales*



*Nota.* Todos los parámetros están estandarizados y fueron significativos.

La Tabla 4 muestra los resultados de la evaluación del modelo propuesto. De acuerdo con los criterios descritos, el modelo se ajustó a los parámetros establecidos, por lo tanto, demostró ser un modelo adecuado.

**Tabla 4***Resultados de los Índice de Bondad de Ajuste*

| Índices                   |          |                    | Criterio    | Valor obtenido |
|---------------------------|----------|--------------------|-------------|----------------|
| Chi-cuadrada              | entre    | $\chi^2/\text{gl}$ | $\leq 5$    | 3.35           |
| grados de libertad        |          |                    |             |                |
| Raíz                      | cuadrada | SRMR               | $\leq 0.06$ | .037           |
| estandarizada del residuo |          |                    |             |                |
| Índice de Tucker-Lewis    |          | TLI                | $\geq .90$  | .94            |
| Índice de Ajuste          |          | CFI                | $\geq .90$  | .95            |
| Comparativo               |          |                    |             |                |
| Índice de ajuste          |          | IFI                | $\geq .90$  | .95            |
| incremental               |          |                    |             |                |
| Error cuadrático medio    |          | RMSEA              | $\leq 0.06$ | .06            |
| de aproximación           |          |                    |             |                |

#### Diferencias significativas

La Tabla 5 muestra el análisis de diferencias significativas de los niveles de depresión, ansiedad y estrés, entre el grupo que presentó enfermedades musculoesqueléticas y el grupo que no. Concorde a los resultados obtenidos se identificó que el nivel de depresión, ansiedad y estrés difirió significativamente, siendo mayor en el grupo de personas que manifestaron tener enfermedades musculoesqueléticas.

**Tabla 5***Diferencias entre grupos que padecen o no enfermedades musculoesqueléticas*

| Variables | Padece E.M | No padece E.M | P      |
|-----------|------------|---------------|--------|
| Depresión | 5.56       | 4.88          | 0.044* |
| Ansiedad  | 4.49       | 3.66          | 0.000* |
| Estrés    | 8.60       | 7.00          | 0.000* |

*Fuente:* elaboración propia

\* Diferencia significativa al 95 % de confianza en prueba estadística no paramétrica  
Adaptado de Marsh y Hocevar (1985) y Brown (2015).

## **Discusión**

El ser humano es un ser complejo que ha evolucionado exponencialmente a lo largo de los años. Al principio de los tiempos, la preocupación primordial era la supervivencia física, pero, poco a poco y, sobre todo con la llegada de la sociedad moderna, problemas que antaño ni se planteaban, ahora se han convertido en problemas que pueden llegar a ser tan importantes o más como la propia supervivencia física. Estos pueden derivar en diversos trastornos mentales como la depresión, estrés o ansiedad que, si bien pueden ser difíciles de superar para la población en general, pueden complicarse aún más si van acompañados de situaciones nuevas y complicadas, como la llegada de la COVID-19 y, agravarse en mayor medida en personas que presentan algún tipo de patología previa como, en este caso, enfermedades musculoesqueléticas. Con el presente trabajo, hemos pretendido comprobar si la presencia de la COVID-19 ha podido influir en el desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en personas que padecen enfermedades musculoesqueléticas y

comprobar si existen diferencias en la aparición de esta sintomatología entre la población general y población con este tipo de enfermedades.

Los resultados obtenidos tras las mediciones confirman las hipótesis formuladas. En primer lugar, la depresión, ansiedad y estrés predijeron positivamente la presencia de enfermedades musculoesqueléticas. Resultado similar al recogido en el estudio de Foti, R., et al (2022) en el que encontraron que las enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide y artritis psoriásica se sabe que tienen una alta asociación con afecciones psiquiátricas como la depresión y la ansiedad, y el brote de COVID-19 genera un mayor estrés con el consiguiente empeoramiento de los trastornos de salud mental preexistentes o la aparición de otros nuevos. Como apunta la segunda hipótesis, nuestros resultados corroboraron que los niveles de depresión, ansiedad y estrés fueron mayores en adultos con enfermedades musculoesqueléticas. Datos similares recogieron estudios como el de Bahía et al. citado en Foti, R. et al. (2022) en el que sugieren que los pacientes con artritis en general y reumatoide en particular pueden tener un riesgo adicional de empeoramiento de la salud mental durante la pandemia. También se ve avalada esta hipótesis por los resultados obtenidos en el estudio de Wu, T. et al. (2021) en el que los pacientes con enfermedades crónicas no infecciosas, las personas en cuarentena y los pacientes con COVID-19 tenían un mayor riesgo de depresión ( $Q=26,73$ ,  $p<0,01$ ) y ansiedad ( $Q=21,86$ ,  $p<0,01$ ) que otras poblaciones. La población general y el personal no médico presentaban menor riesgo de angustia que otras poblaciones ( $Q=461,21$ ,  $p<0,01$ ). Según la tercera hipótesis los niveles de depresión, ansiedad y estrés serían menores en adultos sin enfermedades musculoesqueléticas, quedando patente una diferencia significativa entre las personas con este tipo de enfermedad y las que no la presentaban, tal y como recogen nuestros resultados. Este mismo resultado, queda corroborado en la revisión sistemática realizada por Salari, N., et al. (2020). En ella, tras analizar los resultados

finales de 17 artículos pudieron concluir que las prevalencias de estrés, ansiedad y depresión, como consecuencia de la pandemia en la población general, son del 29,6, 31,9 y 33,7% respectivamente. Estos datos, comparados con los aportados por Garrido-Cumbrera, M. (2021) que señalaba que en pacientes con enfermedades musculoesqueléticas un 57,3% tenía riesgo de ansiedad y el 45,9% de depresión, puede confirmarnos que, en población general, sin enfermedades musculoesqueléticas, los niveles de las mencionadas patologías mentales son menores que en pacientes con enfermedades musculoesqueléticas de cualquier tipología.

Hasta donde sabemos, no hay estudios que realicen una comparación directa entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión de población general y personas que padezcan algún tipo de enfermedad musculoesquelética. He ahí, la importancia del presente estudio ya que analiza y compara los resultados de ambos grupos, abriendo nuevas líneas de investigación que den cuenta del problema que sufren las personas con este tipo de enfermedades. Todo ello, de cara a facilitarles el tipo de tratamiento más adecuado tanto para su enfermedad física como para la mental que pudiera derivarse de la primera y verse agravada por la pandemia.

## Referencias

- Bados, A. Solanas, A. Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17, pp. 679-683
- Borisova, A.B., Lisitsyna, T.A., Veltishchev, D.Y., Nasonov, E.L. (2021). Anxiety, depression and stress tension screening in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases at the onset of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya* 59 (6), págs. 676-683.

- Brito, H., Andrade, D., Rojas, G., Martinez, A. y Alfaro, J. (2022), Modelo explicativo de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en la población general: Estudio transversal durante la crisis del COVID -19 pandemia. *Int J Mental Health Nurs*, 31: 1492-1502. <https://doi.org/10.1111/inm.13053>
- Carmona L, Ballina J & Gabriel R. (2001), en representación del Grupo de Estudio EPISER. La carga de enfermedades musculoesqueléticas en la población general de España: resultados de una encuesta nacional. *Anales de las Enfermedades Reumáticas*, 60: 1040-1045. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Foti, R., Amato, G., Dal Bosco, Y., Longo, A., Gagliano, C., Falsaperla, R., Foti, R., Esperanza, S., De Lucía, F. & Visalli, E. (2022). Telemedicina en el manejo de pacientes con enfermedad reumática durante la pandemia de COVID-19: incidencia de trastornos psiquiátricos y fibromialgia en pacientes con artritis reumatoide y artritis psoriásica. En: T. J. Medio Ambiente. *Res. Salud pública*, 19, 3161. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063161>
- Garrido-Cumbrera, M., Marzo-Ortega, H., Christen, L., Plazuelo-Ramos, P., Webb, D., Jacklin, C., Irwin, S., Grange, L., Makri, S., Frazão Mateus, E., Mingolla, S., Antonopoulou, K., Sanz-Gómez, S., Correa-Fernández, J., Carmona, L., & Navarro- Compán, V. (2021). Assessment of impact of the COVID-19 pandemic from the perspective of patients with rheumatic and musculoskeletal diseases in Europe: results from the REUMAVID study (phase 1). *RMD open*, 7(1), e001546. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2020-001546>
- Garrido-Cumbrera M., Marzo-Ortega H. & Correa-Fernández J. (2021). Assessment of the covid-19 pandemic from the perspective of people with rheumatic musculoskeletal diseases in Europe. Results from the REUMAVID study (phase

- 1). *Anales de las Enfermedades Reumáticas*, 80: 868-869.  
<http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-eular.956>
- Harrison, S. R., Garrido-Cumbrera, M., Navarro-Compán, V., Correa-Fernández, J., Webb, D., Christen, L., & Marzo-Ortega, H. (2021). Impact of COVID-19 containment measures on patients with rheumatic and musculoskeletal disease in the UK and Europe: the REUMAVID study (phase1). *Rheumatology advances in practice*, 5(3), rkab098. <https://doi.org/10.1093/rap/rkab098>
- Lobo, J. M., Canadá, L., Van Heest, A. E., O'Connor, M. I. & Ladd, A. L. (2015). Diferencias masculinas y femeninas en la enfermedad musculoesquelética. *Diario de la Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos*, 23 - Número 6 - p 339- 347 <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00020>
- Rojas, E. (2006). *Cómo superar la depresión. Qué hacer contra el mal de la tristeza*. Ediciones Martínez Roca.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulopoor, S., Mohammadi, M., Rasoulopoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

# **EL IMPACTO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LA RESILIENCIA EN LA REINCORPORACIÓN LABORAL DE SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA**

Rocío Guil Bozal<sup>1</sup>, Paloma Gil-Olarte Márquez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Paz Baena-Guil<sup>1</sup>, Leidy Tatiana Ordóñez-Mora<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cádiz, España

<sup>2</sup>Universidad Santiago de Cali, Colombia.

\*Proyecto PID2021-125056OB-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por “FEDER Una manera de hacer Europa”



La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Paloma Gil-Olarte Márquez, Departamento Psicología. Universidad de Cádiz. Campus Universitario Río San Pedro (11519-Puerto Real, Cádiz, España), [paloma.gilolarte@uca.es](mailto:paloma.gilolarte@uca.es)**



## **Introducción**

La incidencia del cáncer está aumentando en todo el mundo con un número estimado de casos en 2050 de más de 35 millones de nuevos diagnósticos, representando un aumento del 77% desde 2022 (International Agency for Research on Cancer, 2024). Además, el cáncer de mama es el segundo tumor más frecuente entre las mujeres en el mundo, con 2,3 millones de casos en 2022. Sin embargo, a pesar de su alta incidencia, el riesgo de mortalidad se ha reducido en un 38% en las últimas décadas, principalmente debido a los avances en los tratamientos y los programas de detección temprana (Siegel et al., 2020). Ante este panorama, las investigaciones en el campo biomédico se han fijado como objetivo principal prolongar el tiempo libre de enfermedad, mejorar la supervivencia del paciente y mantener su calidad de vida (Miller et al., 2019).

La participación en la sociedad después del cáncer de mama, generalmente se ve afectada de forma negativa. Así, muchas mujeres no pueden incorporarse a sus trabajos tras las bajas laborales, ni volver a trabajar (Mujahid et al., 2010). De hecho, las pacientes con cáncer de mama tienen 1,5 veces más probabilidades de estar desempleadas que las personas sanas (de Boer et al., 2015). Las comorbilidades físicas y psicológicas derivadas de la enfermedad avanzada y la quimioterapia son los principales factores que influyen en el tiempo de baja por enfermedad durante el cáncer de mama, y las que dificultan el regreso al trabajo (Islam et al., 2014; Vicente-Pardo y López-Guillen García, 2017). Además, las bajas tasas de reincorporación laboral entre las supervivientes de cáncer de mama constituyen una carga económica significativa para la sociedad, ya que casi el 70% de los diagnósticos de cáncer de mama se producen en mujeres en edad laboral (Dumas et al., 2020; GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators, 2016). Concretamente, en España, el 76% de las bajas iniciales por cáncer de mama alcanzan o sobrepasan el año, y de estas bajas de tan larga

duración el 18% pasarán a incapacidad permanente (López-Guillén García y Vicente-Pardo, 2020).

Por otro lado, las pacientes a menudo consideran el regreso al trabajo como un aspecto fundamental para una recuperación completa y el retorno a la vida rutinaria. Ello mejora su bienestar general y su calidad de vida (Høyer et al., 2011), les proporciona seguridad financiera y les ofrece una sensación de control en tiempos vulnerables (Maunsell et al., 2004). Asimismo, la incapacidad para volver a trabajar tras el tratamiento, el ausentismo frecuente o prolongado y/o los problemas de rendimiento laboral también tienen, con frecuencia, un impacto económico sustancial en las supervivientes y sus familias (Drolet et al., 2005).

Existe una fuerte evidencia de que el retorno al trabajo de las pacientes con cáncer de mama dependerá, en gran medida, de la preservación de su capacidad laboral, definida como "el potencial de una persona, hombre o mujer, para realizar una tarea específica en cualquier momento dado" (Ilmarinen, 2009). La capacidad laboral, así entendida, dependería de un adecuado equilibrio entre los recursos del individuo y las demandas requeridas para un determinado trabajo. Los recursos personales incluyen capacidades funcionales y estado de salud, que cambian con la edad, así como por las comorbilidades asociadas con el impacto de la enfermedad y los tratamientos administrados. Por lo tanto, es esencial explorar los factores personales de las supervivientes de cáncer de mama que preservan su capacidad laboral y mejoran las tasas de reincorporación al trabajo (Spelten et al., 2002).

Desde el grupo de investigación del Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación HUM-843 "Inteligencia Emocional" estamos comprometidos con la mejora de la calidad de vida de estas supervivientes, promoviendo su capacidad laboral a través del desarrollo de la inteligencia emocional percibida (IEP). En este sentido, son varios los proyectos de investigación llevados a la práctica desde los que

intentamos evidenciar, de forma empírica, (actualmente bajo el amparo del proyecto PID2021-125056OB-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por “FEDER Una manera de hacer Europa”) la posible influencia de la IEP como factor de protección *versus* de riesgo respecto a una futura reincorporación al trabajo, así como el proceso a través del cual se daría tal influencia.

A su vez, nuestro equipo de investigación también ha estudiado el papel de otras variables, enmarcadas dentro del área de la psicología positiva, que pueden actuar como factores protectores, preservando y/o aumentando la capacidad laboral y, por lo tanto, las tasas de retorno al trabajo entre las supervivientes de cáncer de mama. Una de estas variables es la resiliencia.

Los primeros resultados obtenidos a este respecto han sido difundidos en forma de artículos, entre los que destacarían los siguientes que pasamos a comentar con posterioridad:

1. "Boosting return to work after breast cancer: the mediator role of Perceived Emotional Intelligence"(Gómez-Molinero y Guil, 2020)
2. "Resilience and workability among breast cancer survivors" (Gómez-Molinero et al., 2019).
3. "Breast cancer and resilience: the controversial role of perceived emotional intelligence" (Guil et al., 2020).

En los siguientes apartados realizaremos una pequeña descripción de las características fundamentales de estos estudios a fin de poder realizar una discusión y conclusión conjunta y comprensiva de los mismos.

## **Método**

- **"Boosting return to work after breast cancer: the mediator role of Perceived Emotional Intelligence,"(Gómez-Molinero y Guil, 2020)**

En este artículo se exploró la capacidad laboral en las supervivientes de cáncer de mama y se examinó los mecanismos por los cuales las dimensiones de la Inteligencia Emocional Percibida (IEP) (Atención Emocional, Claridad Emocional y Reparación Emocional) actúan como un factor de covitalidad que preserva la capacidad laboral y promueve el retorno al trabajo en esta población clínica.

Más concretamente, en este trabajo se evaluaron 622 mujeres en España, divididas en dos grupos: supervivientes de cáncer de mama (6,75%) y controles sanos (93,25%). Las participantes completaron Work Ability Index (WAI, Tuomi et al., 1997) y Trait Meta Mood Scale (TMMS-24, Salovey et al., 1995, adaptación española de Fernández-Berrocal et al., 2004).

- **“Resilience and workability among breast cancer survivors” (Gómez-Molinero et al., 2019)**

En este trabajo se exploraron los niveles de resiliencia en supervivientes de cáncer de mama y su posible relación con la capacidad de trabajo.

La muestra estuvo compuesta por 44 supervivientes de cáncer de mama en España, que completaron Resilience Scale (Wagnild y Young, 1993, adaptación española de Novella, 2002) y Work Ability Index, (WAI, Tuomi et al., 1997).

- **“Breast cancer and resilience: the controversial role of perceived emotional intelligence” (Guil et al., 2020)**

En este estudio se exploraron los procesos específicos a través de los cuales las dimensiones de la Inteligencia Emocional Percibida (IEP) (Atención Emocional, Claridad Emocional y Reparación Emocional) pueden actuar como factor de riesgo o protector en el desarrollo de la resiliencia.

La muestra total fue de 167 mujeres españolas (Edad:  $M = 43,26$ ;  $DE = 12,43$ ), el 46,7% eran supervivientes de cáncer de mama y el 53,3% eran controles sanos.

La muestra completó medidas de resiliencia e IEP, a través de Resilience Scale (Wagnild and Young, 1993, adaptación española de Novella, 2002) y Trait Meta Mood Sclae (TMMS-24, Salovey et al., 1995 adaptación española de Fernández-Berrocal et al., 2004).

## **Resultados**

En relación a la posible influencia del diagnóstico y los tratamientos administrados en supervivientes de cáncer de mama, los análisis descriptivos preliminares indicaron que las supervivientes de cáncer de mama mostraron niveles más bajos de capacidad laboral que las controles sanas (Gómez-Molinero et al., 2019; Gómez-Molinero y Guil, 2020).

En relación a los niveles de resiliencia los resultados indicaron que las supervivientes de cáncer de mama mostraron altos niveles de resiliencia global, así como en todas las dimensiones de resiliencia evaluadas (ecuanimidad, perseverancia, autosuficiencia, vida intencional y soledad existencial). Además, mostraron una asociación positiva significativa entre capacidad laboral y resiliencia global, así como

con sus dimensiones autoconfianza y satisfacción personal. La edad no se correlacionó con la resiliencia ni con la capacidad laboral (Tabla 1) (Gómez Molinero et al., 2019).

**Tabla 1**

*Correlaciones Bivariadas de Pearson*

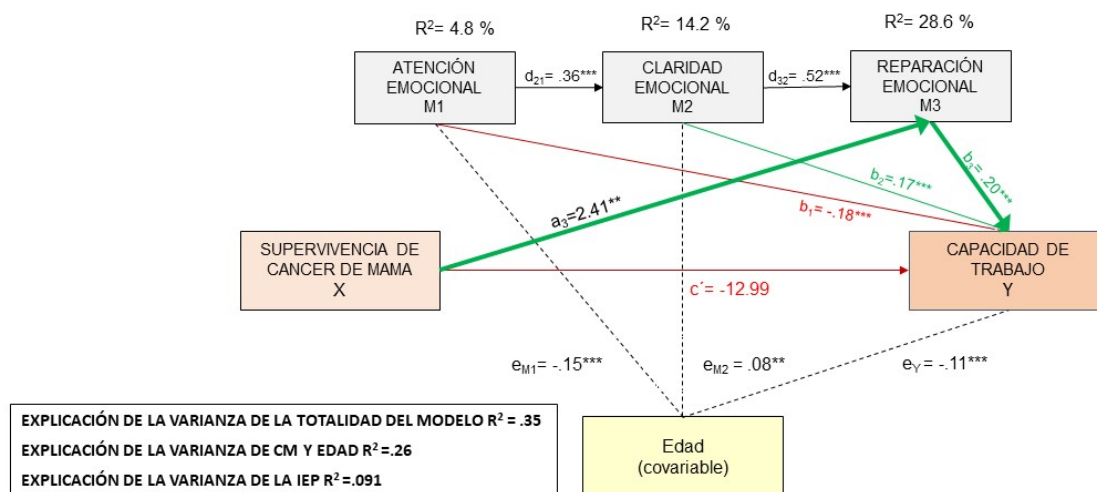
|                        | 1   | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7    | 8 |
|------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|------|---|
| 1. Edad                | 1   |       |       |       |       |       |      |   |
| 2. Ecuanimidad         | ,23 | 1     |       |       |       |       |      |   |
| 3. Perseverancia       | ,04 | ,10   | 1     |       |       |       |      |   |
| 4. Autosuficiencia     | ,19 | ,20   | ,52** | 1     |       |       |      |   |
| 5. Vida intencional    | ,14 | ,04   | ,57** | ,65** | 1     |       |      |   |
| 6. Soledad existencial | ,23 | ,12   | ,49** | ,65** | ,57** | 1     |      |   |
| 7. Resiliencia global  | ,22 | ,41** | ,76** | ,88** | ,77** | ,74** | 1    |   |
| 8. Capacidad laboral   | ,04 | ,17   | ,14   | ,33*  | ,37*  | ,11   | ,33* | 1 |

*Note.* \*\*  $p < 0,001$  \* $p < 0,05$  (bilateral).

Respecto a los niveles de IEP, los resultados indican que las supervivientes de cáncer de mama que recibieron quimioterapia (neo) adyuvante mostraron bajos niveles de atención emocional, niveles adecuados de claridad y reparación emocional y pobre capacidad laboral (Gómez-Molinero y Guil, 2020). Asimismo, con el objetivo de explorar si la IEP podría influir de forma directa o mediada en una posible preservación de la capacidad laboral, así como el mecanismo por el cual se podría realizar esta influencia, se realizó un análisis de mediación en serie, incluyendo la atención, claridad y reparación emocional como variables mediadoras, el cáncer de mama como la variable independiente y la capacidad laboral como la variable dependiente (Figura 1) (Gómez-Molinero y Guil, 2020).

**Figura 1**

*Modelo de mediación múltiple en serie: efectos directos e indirectos entre la supervivientes de cáncer de mama, la capacidad de trabajo y la IEP.*



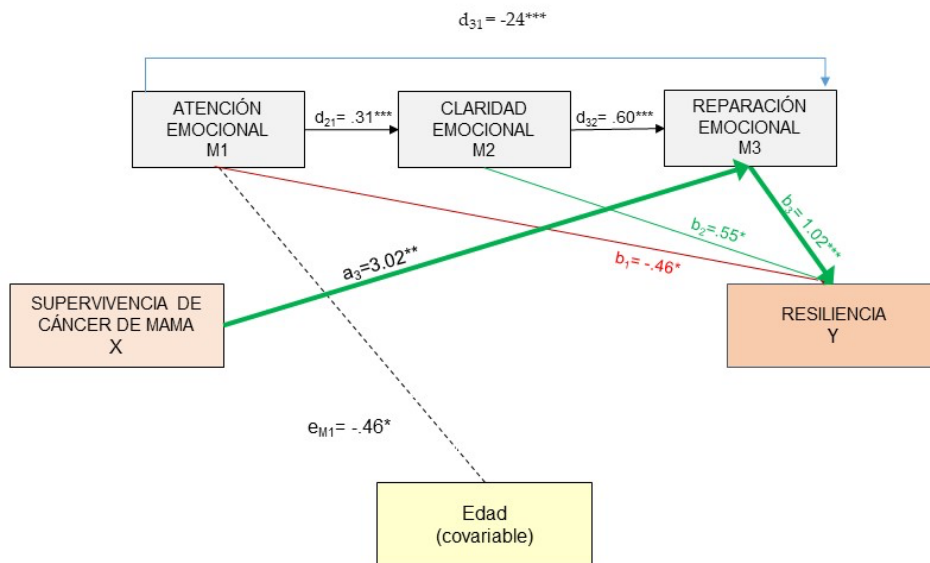
*Note.* Gómez-Molinero y Guil (2020).

Concretamente, el modelo de mediación global explicó el 35.4% de la varianza total. El cáncer de mama y la edad explicaron el 26% de la varianza en la capacidad laboral, mientras que el 9.1% se atribuyó a los efectos de las tres dimensiones de la inteligencia emocional percibida. El cáncer de mama, la edad y la atención emocional se relacionaron negativamente con la capacidad laboral, sugiriendo que estas variables la reducen. En el sentido de tener cáncer de mama, una mayor edad y prestar más atención a las emociones predice menores niveles de capacidad laboral. Sin embargo, la claridad y reparación emocional se asociaron positivamente con la capacidad laboral tanto en supervivientes de cáncer como en controles sanas. Finalmente, se encontró un efecto indirecto significativo que indicaba que el padecer un cáncer de mama aumentó la reparación emocional, lo que a su vez mejoró la capacidad laboral.

Por otro lado, Guil et al. (2020) confirmaron que la supervivencia del cáncer de mama y la IEP predijeron el 28% de la varianza de la resiliencia (Figura 2).

**Figura 2**

*Modelo de mediación múltiple en serie: efectos directos e indirectos entre la supervivencia de cáncer de mama, la resiliencia y la IEP.*



*Note.* Guil et al. (2020)

En cuanto a los efectos directos, se identificaron asociaciones predictivas positivas entre la supervivencia al cáncer de mama y la reparación emocional; así como entre la claridad emocional y la resiliencia; la atención emocional y la claridad emocional; y entre esta última y la reparación del estado de ánimo. Además, se observaron otros efectos directos estadísticamente significativos, como una asociación negativa entre la edad y la atención emocional, y entre la atención emocional y una disminución en la reparación emocional y la resiliencia.

Ello es indicativo de que mientras más atención se presta a las emociones, es probable que se reduzca nuestra percepción de poder repararlas y, a su vez, de incrementar nuestra resiliencia.



## Discusión

Atendiendo a los análisis descriptivos preliminares de los trabajos presentados, los resultados encontrados indicaron que las supervivientes de cáncer de mama mostraron niveles más bajos de capacidad laboral que las controles sanas (Gómez-Molinero et al., 2019; Gómez-Molinero y Guil, 2020). Estos bajos niveles de capacidad laboral, son indicativos de un bajo potencial para realizar una determinada tarea en un momento determinado, y están en la línea de investigaciones previas que revelaron estas diferencias (Hansen et al., 2008, Lindbohm et al., 2012). Además, y como sugiere la literatura, estos bajos niveles de capacidad laboral pueden deberse a mayores niveles de depresión, dificultad financiera, fatiga física y un peor estado de salud global, lo cual se asocia negativamente con la capacidad de trabajar (Ho et al., 2018).

Por otro lado, los resultados presentados muestran que las supervivientes de cáncer de mama presentaban altos niveles de resiliencia (Gómez Molinero et al., 2019; Guil et al., 2020) confirmando estudios previos en los que se evidencia que las mujeres que sufren o han sufrido cáncer de mama destacan en diferentes tipos de indicadores de fortalecimiento, como la resiliencia, con respecto a las mujeres que no lo han experimentado (García-Maroto Fernández et al., 2015; Stanton y Bower, 2015), así como que las supervivientes del cáncer de mama son capaces de encontrar significado en la experiencia traumática y mostrar un ajuste psicológico mucho más adecuado (Dooley et al., 2017; Scrignaro et al., 2011) y un mayor bienestar y calidad de vida (Deshields et al., 2016; Gallagher et al., 2019; Sadoughi et al., 2017).

En relación a la asociación entre IEP y capacidad laboral, sobre la base de los análisis realizados (Gómez-Molinero y Guil, 2020) y dado que el estado funcional y de salud de las personas es determinante para mantener una capacidad laboral adecuada, nuestros resultados parecen indicar que los altos niveles de claridad y reparación emocional pueden aumentar las tasas de reincorporación laboral en poblaciones

clínicas y no clínicas. Sin embargo, prestar una atención excesiva a los estados emocionales propios, puede conducir a síntomas psiquiátricos negativos como la ansiedad, lo que, a su vez, puede disminuir la capacidad laboral (Brandão et al., 2017; Hermosilla et al., 2015).

Finalmente, los análisis de mediación en serie mostrados, también revelaron que la capacidad laboral podría aumentarse en las supervivientes de cáncer de mama por el efecto indirecto de la reparación emocional (Gómez-Molinero y Guil, 2020), confirmando que ésta puede actuar, directa e indirectamente, como un factor de covitalidad que favorece el ajuste psicológico (Salguero et al., 2012; Guil et al., 2016).

Respecto a los resultados que revelan la asociación entre IEP y resiliencia (Guil et al., 2020), se confirma que la capacidad de discriminar los estados emocionales y reparar los estados afectivos negativos se asocia positivamente con el crecimiento personal después de experimentar situaciones adversas (Burga y Sánchez, 2016). Asimismo, el modelo de mediación propuesto sugiere que los efectos directos muestran que un aumento en los niveles de claridad y reparación emocional predicen una mayor resiliencia, lo que confirma la investigación que demuestra que las mujeres que perciben sus emociones claramente y confían en sus habilidades para reparar sus estados emocionales son más fortalecidas y resistentes (Cejudo et al., 2016). Además, a través de un efecto indirecto, la capacidad de reparar los estados emocionales también puede favorecer la capacidad de aceptar las adversidades, encontrándoles un significado positivo (Markovitz et al., 2015; Deshields et al., 2016; Marroquín et al., 2016).

Por otro lado, una vez más, una alta atención emocional vuelve a manifestarse como un factor de riesgo que disminuye la capacidad de reparar las emociones y dificulta la percepción de los beneficios ante eventos adversos (Guil et al., 2020). No obstante, si la atención emocional va acompañada de una adecuada capacidad para

comprender y discriminar las emociones, la reparación emocional no se vería comprometida y, por tanto, no se impedirá el crecimiento personal tras experimentar estas situaciones.

Globalmente considerados, los resultados mostrados en los distintos artículos comentados, apoyan teorías que apuntan a un posible lado oscuro del IEP. Así, un gran nivel de atención emocional oscurece el efecto positivo de la reparación del estado de ánimo y el crecimiento personal si no lo complementa una percepción clara de las emociones.

Por último, aunque actualmente han aumentado las investigaciones sobre cómo el cáncer afecta distintos aspectos de la capacidad laboral, es necesario profundizar en cómo el diagnóstico, los tratamientos e intervenciones realizadas afectan a la capacidad de trabajo y la calidad de vida, así como identificar los factores que ayudan a mantenerlas o recuperarlas.

Asimismo, futuras intervenciones psicológicas deberían promover el desarrollo complementario de las dimensiones de la IEP para conseguir una mayor resiliencia y capacidad laboral. Sugerimos que la práctica clínica con este tipo de pacientes evalúe los niveles de atención emocional. Si se detecta el desajuste, se debería mejorar a través de una intervención psicoemocional completa. Sin embargo, en mujeres con niveles de atención adecuados, solo tendríamos que intervenir en la claridad y la reparación emocional. En última instancia, esto implicaría un diseño de intervención más personalizado para las necesidades y más rentable en las prácticas terapéuticas.

## Referencias

- Burga, I. & Sánchez, T. (2016). *Inteligencia Emocional y Resiliencia en Pacientes Con Cáncer de Mama en el HNGAI-EsSalud de Lima, 2016*. [Doctoral Dissertation. Universidad Peruana Unión, Lima].
- Brandão, T., Schulz, M.S., & Matos, P.M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psychooncology*, 26(7), 917-926. <https://doi.org/10.1002/pon.4230>
- Cejudo, J., López-Delgado, M. L., & Rubio, M. J. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia: su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*. 46, 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2016.07.001>
- de Boer, A.G., Taskila, T.K., Tamminga, S.J., Feuerstein, M., FringsDresen, M.H., & Verbeek, J.H. (2015). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 9: CD007569. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007569>
- Deshields, T.L., Heiland, M.F., Kracen, A.C., & Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psychooncology*, 25, 11-18. <https://doi.org/10.1002/pon.3800>
- Dooley, L.N., Slavich, G.M., Moreno, P.I., & Bower, J.E. (2017). Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 33(5), 549-557. <https://doi.org/10.1002/smi.2739>
- Drolet, M., Maunsell, E., Mondor, M., Brisson, C., Brisson, J., Mâsse, B., & Deschênes L. (2005). Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 173(7), 765-771. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050178>

- Dumas, A., Vaz Luis, I., Bovagnet, T., El Mouhebb, M., Di Meglio, A., Pinto, S., Charles, C., Dauchy, S., Delaloge, S., Arveux, P., Coutant, C., Cottu, P., Lesur, A., Lerebours, F., Tredan, O., Vanlemmens, L., Levy, C., Lemonnier, J., Mesleard, C., Andre, F., & Menvielle, G. (2020). Impact of breast cancer treatment on employment: results of a multicenter prospective cohort study (CANTO). *Journal of Clinical Oncology*, 38(7), 734-743. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.01726>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera-Pacheco, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755.
- Gallagher, M. W., Long, L. J., Richardson, A., & D'souza, J. M. (2019). Resilience and coping in cancer survivors: The unique effects of optimism and mastery. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 32-44. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9975-9>
- García-Maroto Fernández, S., López Delgado, M. L., & Latorre Postigo, J. M. (2015). Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad Estrés* 21(2-3), 115–125.
- GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1603-1658.
- Gómez-Molinero, R. & Guil, R. (2020). Boosting return to work after breast cancer: The mediator role of perceived emotional intelligence. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1936-1942. <https://doi.org/10.1002/pon.5527>

- Gómez-Molinero, R., Ruiz-González, P., Zayas, A., & Guil, R. (2019). Resilience and workability among breast cancer survivors. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 37-44.
- Guil, R., Ruiz-González, P., Merchán-Clavellino, A., Morales-Sánchez, L., Zayas, A., & Gómez-Molinero, R. (2020). Breast Cancer and Resilience: The Controversial Role of Perceived Emotional Intelligence. *Frontiers in Psychology*, 15(11): 595713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.595713>
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S., & Mestre, J.M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1): 127-138. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2016.v13.n1.52492](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52492)
- Hansen, J. A., Feuerstein, M., Calvio, L. C., & Olsen, C. H. (2008). Breast cancer survivors at work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 777-784. <https://doi.org/10.1097/JOM.obo13e318165159e>
- Hermosilla, A. A. & Sanhueza, O. A. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 11-21. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000100002>
- Ho, P. J., Hartman, M., Gernaat, S. A., Cook, A. R., Lee, S. C., Hupkens, L., & Verkooijen, H. M. (2018). Associations between workability and patient-reported physical, psychological and social outcomes in breast cancer survivors: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2815-2824. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4132-2>
- Høyer, M., Johansson, B., Nordin, K., Bergkvist, L., Ahlgren, J., Lidin-Lindqvist, A., Lambe, M., & Lampic, C. (2011) Health-related quality of life among women

- with breast cancer - a population-based study. *Acta Oncológica*, 50(7), 1015-1026. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2011.577446>
- International Agency for Research on Cancer (2024, February). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. World Health Organization. [https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2024/02/pr345\\_E.pdf](https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2024/02/pr345_E.pdf)
- Ilmarinen J. (2009). Work ability--a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 1-5. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1304>
- Islam T., Dahlui M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Mohd Taib, N. A., Su, T. T., & MyBCC study group. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(Suppl. 3): S8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-S3-S8>
- Lindbohm, M. L., Taskila, T., Kuosma, E., Hietanen, P., Carlsen, K., Gudbergsson, S., & Gunnarsdottir, H. (2012). Work ability of survivors of breast, prostate, and testicular cancer in Nordic countries: a NOCWO study. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(1), 72-81. <https://doi.org/10.1007/s11764-011-0200-z>
- López-Guillén García, A. & Vicente-Pardo, J. M. (2020). Dificultades del retorno al trabajo tras cáncer de mama. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 66(258), 47-62. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2020000100005>
- Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*, 24(12), 1639-1645. <https://doi.org/10.1002/pon.3834>
- Marroquín, B., Czamanski-Cohen, J., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer

- survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 832-844.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9751-9>
- Maunsell, E., Drolet, M., Brisson, J., Brisson, C., Mâsse, B., & Deschênes, L. (2004). Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(24):1813-1822.  
<https://doi.org/10.1093/jnci/djh335>
- Miller, K. D., Nogueira, L., Mariotto, A.B., Rowland, J. H., Yabroff, K. R., Alfano, C. M., Jemal, A., Kramer, J. L., & Siegel R. L. (2019). Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 69(5), 363-385. <https://doi.org/10.3322/caac.21565>
- Mujahid, M. S., Janz, N. K., Hawley, S. T., Griggs, J. J., Hamilton, A. S., & Katz, S. J. (2010). The impact of sociodemographic, treatment, and work support on missed work after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 119, 213-220 (2010). <https://doi.org/10.1007/s10549-009-0389-y>
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Sadoughi, M., Mehrzad, V., & Mohammad Salehi, Z. (2017). The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 16(5), 395-408.
- Salguero, J. M., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2012). Emotional intelligence and depression: The moderator role of gender. *Personality and Individual Differences*, 53, 29-32. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.02.006>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the trait



- meta-mood scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health* (pp. 125-154). APA PsycBooks.
- Scrignaro, M., Barni, S., & Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psychooncology*, 20(8), 823-831. <https://doi.org/10.1002/pon.1782>
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A., & Verbeek, J. H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*, 11(2), 124-131. <https://doi.org/10.1002/pon.585>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2020). Cancer statistics, 2020. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 70(1), 7-30. <https://doi.org/10.3322/caac.21590>
- Stanton, A. L. & Bower, J. E. (2015). Psychological adjustment in breast cancer survivors. In P.A. Ganz (Ed.), *Improving Outcomes for Breast Cancer Survivors. Advances in Experimental Medicine and Biology* (vol. 862) (pp. 231-242). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-16366-6\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-16366-6_15)
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R., Aalto, L., & Klockars, M. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(Suppl 1), 58-65.
- Vicente Pardo, J.M., & López-Guillén García, A. (2017). Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(248), 245-259.
- Wagnild, G. & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

**COMPETENCIAS EMOCIONALES Y AUTOESTIMA, SU  
RELACION CON PROBLEMAS INTERNALIZANTES Y  
EXTERNALIZANTES EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES**

Elizabeth Alvarez Ramírez, Alvaro Velazquez Rodríguez, Paola Herrejón Ramírez y

Natalia Mejía Saucedo

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a Elizabeth Alvarez  
Ramírez, email: [elizabeth.alvarez@zaragoza.unam.mx](mailto:elizabeth.alvarez@zaragoza.unam.mx)

## **Introducción**

En 2020 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) publicó que el 6.9% de adolescentes refirió tener pensamientos suicidas, de los cuales el 6% dijo haberlo intentado, de la misma manera el 8.8% de mujeres de esta población resalto mayor recurrencia de estos pensamientos frente al 5.1% de los hombres. En este mismo sentido el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) registro 8351 suicidios, de los cuales el 2.1% de cada 100000 habitantes corresponde a la población de niños y adolescentes de 10 a 14 años.

En este panorama, se ha descrito que la adolescencia es una etapa de muchos cambios, en la que los chicos experimentan una gran reorganización a nivel cerebral, misma que tiene un impacto importante en las interacciones sociales y emocionales, es en esta etapa que la deseabilidad social y el sentido de pertenencia hacen que los adolescentes este siempre pendientes de la opinión de sus pares y suelen mostrar conductas impulsadas por una mayor intensidad emocional (Bailen et al., 2019; Burnett et al., 2011).

De ahí la importancia de que los jóvenes desarrollen adecuadas habilidades de manejo y regulación emocional, para desenvolverse apropiadamente en los diferentes contextos de su desarrollo, potenciando su adaptación y crecimiento personal. Al respecto Mayer y Salovey (1997) propusieron el modelo de competencias emocionales, que se refieren a la capacidad del individuo para percibir y expresar emociones, facilitar el pensamiento emocional, y comprender y regular las emociones con el fin de resolver problemas y guiar la conducta.

Este enfoque integral destaca la necesidad de una formación emocional que facilite una mejor adaptación a diversas situaciones de la vida. Así pues, les proporcionan recursos protectores, como la capacidad de identificar y tomar

conciencia de sus sentimientos, así como regular sus reacciones emocionales en sí mismos y en los demás (Mayer, Caruso y Salovey, 2016).

Esto favorece a los adolescentes ante la exposición a entornos sociales con menor influencia parental, pues les permite afinar y aplicar estas habilidades, preparándose para enfrentar contextos sociales más complejos en el futuro. Además, se ha escrito que estas competencias incrementan la autoestima de los adolescentes, útil al enfrentar dificultades, mejorando su desarrollo psicológico y las aptitudes relacionales que promueven un adecuado ajuste social (Anto y Jayan, 2016; Cheung et al., 2015; Cobos, Fluja y Gómez, 2017; Schoeps, Tamarit, González y Montoya-Castilla, 2019).

En este entorno, se señala la importancia de que un adecuado funcionamiento familiar juega un papel crucial en el desarrollo de la autoestima de los adolescentes, ya que influye en la formación del autoconcepto y mitiga las crisis presentes y futuras en estos (Urdiales y Segura, 2019). Estas relaciones familiares sólidas proporcionan un entorno de apoyo que refuerza la autoestima, permitiendo a los adolescentes manejar mejor los desafíos de su entorno (Quiroz et al., 2022). De la misma manera facilita el desarrollo de individuos equilibrados, saludables y equipados con las herramientas necesarias para enfrentar los cambios característicos de esta etapa evolutiva (Díaz, Fuentes y Senra, 2018).

No obstante, Rodríguez Naranjo y Caño González (2012) señalaron que la autoestima tiende a disminuir durante la adolescencia debido a los numerosos cambios propios de esta etapa. También destacaron que una baja autoestima es un factor de riesgo que puede llevar a problemas psicológicos y sociales como la depresión, el consumo de drogas, trastornos alimenticios y el aislamiento social en los adolescentes. Estas consecuencias subrayan la importancia de fomentar una autoestima saludable para prevenir problemas que pueden afectar el bienestar y el

desarrollo de los jóvenes (Moreno y Ortiz, 2009; Ros Morente, Filella Guiu, Ribes Castells y Pérez Escoda, 2017; Schoepz, Tamarit, Postigo-Zegarra y Montoya-Castilla, 2021).

Diversos estudios, como los de Cohen et al. (2010), han demostrado que existe una fuerte relación entre las habilidades sociales y el desarrollo, tanto en la infancia como en el posterior desempeño de lo social, académico y psicológico. Específicamente, un pobre desarrollo de estas habilidades se asocia con comportamientos disfuncionales en el ámbito familiar y escolar, especialmente durante la preadolescencia y adolescencia. Sobre todo, en aspectos como la consolidación de la identidad y la aparición de problemas emocionales o conductuales (Lacunza y Contini, 2011).

Al respecto, Burnett et al., (2011) confirmaron que los problemas emocionales y conductuales que pueden aparecer en estas etapas se vinculan de manera importante con el entorno social, cultural e histórico en que se desarrolla el adolescente, dichos problemas se han definido en dos categorías los problemas de conducta externalizantes, que incluyen comportamientos perturbadores dirigidos hacia el exterior, como la agresión, el robo y el rompimiento de reglas, y los problemas emocionales o de conducta internalizante, que reflejan un estrés interno, como la ansiedad y la depresión. Algunos autores (Schoepz, Tamarit, Postigo-Zegarra y Montoya-Castilla, 2021) refieren que los adolescentes con competencias emocionales deficientes y baja autoestima son más propensos a experimentar síntomas tanto internalizantes como externalizantes.

Por su parte, Andrade, Betancourt y Vallejo (2010) identificaron siete dimensiones principales de los problemas emocionales y conductuales en adolescentes, que incluyen la depresión, autolesiones, conducta agresiva, rompimiento de reglas, consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco, así como

problemas somáticos y de pensamiento. Estos problemas, en conjunto, pueden generar una serie de dificultades en la adaptación y el bienestar emocional de los adolescentes, afectando tanto la relación consigo mismos como con su entorno social.

Asimismo, el consumo de alcohol y tabaco es un problema significativo en esta etapa, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH, 2022) una proporción considerable de jóvenes ha experimentado con el alcohol. Aproximadamente el 19.7% de los jóvenes de 14 a 15 años reportaron haber consumido al menos una bebida en su vida, y alrededor de 5.8 millones de jóvenes de entre 12 y 20 años indicaron haber bebido alcohol en el último mes. El consumo excesivo de alcohol y tabaco presenta riesgos significativos para la salud física y mental de los adolescentes debido a la dependencia que se genera ante estas sustancias.

Por su parte, Pascual y Cerecedo (2015) resaltan la relevancia de los problemas somáticos en la adolescencia, estos se refieren a la presencia de quejas sobre malestares físicos sin una causa orgánica justificable. A menudo resultan en demandas continuas de estudios y derivaciones médicas, a pesar de que los resultados sean negativos. Entre los síntomas se incluyen dolores, náuseas, mareos, y malestares digestivos, que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los adolescentes.

Según Giusti (2014) otro de los problemas más representativos en esta etapa son las conductas agresivas caracterizadas por comportamientos como destruir objetos, ser desobediente, discutir, y participar en peleas y bullying. Estas conductas reflejan una dimensión de conducta agresiva que incluye involucramiento en discusiones, inquietud y peleas, romper reglas, terquedad, desobediencia e impulsividad (Andrade, Betancourt y Vallejo, 2010).

Diversos autores (Dahlbeck y Lightsey, 2008; Moksnes y Espnes, 2013; Orgilés, Samper, Fernández-Martínez, y Espada, 2017) destacaron la relación negativa entre la

autoestima, los problemas emocionales y conductuales durante la adolescencia. Un ajuste psicológico inapropiado en esta etapa incrementa la probabilidad de presentar problemas emocionales, como miedos y preocupaciones, y quejas somáticas, como dolores de cabeza y de estómago (Ordóñez, Maganto y González, 2015). En este contexto, las habilidades emocionales predicen la autoestima (Cheung et al., 2015; Reina y Oliva, 2015) y ambos constructos influyen significativamente en el desarrollo de problemas emocionales y conductuales (Barry, Loflin, y Doucette, 2015).

Investigaciones previas han demostrado una relación negativa entre la autoestima y los problemas emocionales y conductuales durante la adolescencia. Además, las habilidades emocionales juegan un papel crucial en la predicción de la autoestima y en el desarrollo de estos problemas. Sin embargo, estos estudios se han centrado en contextos internacionales, lo que subraya la necesidad de explorar estas dinámicas en adolescentes mexicanos, considerando sus características socioeconómicas, culturales e históricas únicas. Por ello, el objetivo del estudio fue: Analizar el tipo de relación existente entre las competencias emocionales, la autoestima y los problemas emocionales y conductuales en una muestra de adolescentes.

## **Método**

### **Tipo de estudio**

Se trató de un estudio con enfoque Cuantitativo, no experimental, Correlacional (Kerlinger & Lee, 2002).

## Participantes

Los participantes fueron 300 adolescentes voluntarios, 165 mujeres (55%) y 135 hombres (45%), con una edad de entre 11 y 17 años de edad, distribuidos en los 3 niveles educativos de secundaria.

## Instrumentos

*Escala de Autoestima para adolescentes de Pope, Mchale y Craighead (1988).* Validado en México por Caso y Hernández-Guzmán (2001). Posee 21 ítems y evalúa las siguientes dimensiones: 1. Cogniciones de sí mismo, 2. Cogniciones de competencias, 3. Relación familiar, 4. Enojo. Las respuestas posibles son: colocar el valor de las respuestas 1-Nunca, 2-Rara vez, 3-usualmente, 4-algunas veces, 5-usualmente y 6-siempre. Cuenta con un alpha de cronbach de 0.88.

*Cuestionario de competencias emocionales ESCQ-21*, (Gallegos, Delgado, Maiquez y Guillén, 2011) Cuenta con un total de 21 ítems que miden tres dimensiones: 1) Percibir y comprender, 2) Expresar y etiquetar 3) Manejar y regular. Posee 5 tipos de respuesta: que van de 1 a 5, Nunca, Raramente, Pocas veces, Algunas veces, Frecuentemente y Siempre. Presenta un alpha de cronbach de 0.94.

*Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales de Andrade Betancourt y Vallejo (2010).* Posee 38 ítems con cuatro posibles respuestas: nunca, pocas veces, muchas veces. siempre. Se compone de siete dimensiones: depresión, rompimiento de reglas, conducta agresiva, consumo de alcohol y tabaco, problemas somáticos, problemas de pensamiento y lesiones autoinflingidas.

## Procedimiento

Posterior a elegir los instrumentos adecuados y sensibles a la muestra de investigación, se contactó a una institución educativa ubicada al oriente de la Ciudad de México, se solicitó consentimiento por parte de los padres y a los adolescentes se



les do a firmar un asentimiento, garantizando su anonimato y privacidad de sus datos y respuestas, se les explico la importancia del estudio se repartieron los cuestionarios, posteriormente se realizó el vaciado de datos a una base diseñada en el programa estadístico SPSS 24, posterior a obtener datos descriptivos se realizó un análisis de correlación producto momento entre las variables de estudio.

## Resultados

### Datos descriptivos

La muestra se distribuyó en un rango de edad fue de 11-17 años, con una  $M=13.48$  y una  $D.E.=0.945$  en la tabla 1, se puede observar la distribución de la muestra por sexo y por niveles de educación secundaria.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos sexo y grado escolar.

| <b>Sexo</b> | <b>Primero</b> | <b>Segundo</b> | <b>Tercero</b> | <b>Total</b> |
|-------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Hombre      | 28             | 56             | 51             | 135          |
| Mujer       | 37             | 78             | 50             | 165          |
| Total       | 65             | 134            | 101            | 300          |

Se realizaron tres análisis de correlación de Pearson, en donde se observaron relaciones de bajas a moderas positivas y negativas, en la tabla 2 la interacción entre las dimensiones de la autoestima y las habilidades y competencias emocionales.

Tabla 2.

Correlación de Autoestima y habilidades y competencias

|                           | Percibir y entender | Expresar | Manejar y regular |
|---------------------------|---------------------|----------|-------------------|
| Cognición de sí mismo     | 0.112               | 0.228**  | 0.253**           |
| Cognición de competencias | -0.060              | -0.278** | -0.244**          |
| Relación familiar         | 0.040               | -0.066   | -0.023            |
| Enojo                     | -0.019              | -0.117*  | -0.124*           |

Nota: \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$

Los resultados mostraron una relación negativa entre la cognición de competencias y enojo y la expresión, manejo y regulación emocional; esto indica que cuando los adolescentes piensan que no son muy competentes para lograr algo y se sienten enojados con el entorno, disminuye su habilidad de expresar, manejar y regular sus emociones ante las diversas adversidades en su vida cotidiana. En contraste, cuando los chicos tienen una concepción positiva sobre sí mismos favorece principalmente la expresión y regulación emocional, Esto indica que a medida que aumenta la autoestima favorece sus habilidades emocionales.

Con relación a las dimensiones de autoestima y los problemas emocionales y conductuales (Ver Tabla 3) se identificaron relaciones significativas bajas y moderadas en casi todos los casos, dado que la mayoría de los factores son negativos, se puede señalar como los más representativos la cognición de competencias y el enojo como las más representativas, respecto al rompimiento de reglas, conducta agresiva, consumo de sustancias y problemas de pensamiento.

Tabla 3.

Correlación de Autoestima y problemas emocionales y de conducta.

|                           | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       | 7       |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Cognición de sí mismo     | 0.276** | 0.113   | 0.044** | 0.058   | -0.136* | -0.057  | -0.140* |
| Cognición de competencias | 0.475** | 0.488** | 0.310** | 0.223** | 0.174** | 0.245** | 0.282** |
| Relación familiar         | 0.344** | 0.256** | 0.260** | 0.120*  | 0.081   | 0.177** | 0.195** |
| Enojo                     | 0.252** | 0.453** | 0.626** | 0.370** | 0.113   | 0.278** | 0.175** |

Nota: \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ . Nota: 1 Depresión, 2 Rompimiento de reglas, 3 Conducta agresiva, 4 Consumo de sustancias, 5 Problemas somáticos, 6 Problemas de pensamiento, 7 Lesiones.

Los datos sugieren que cuando los adolescentes tienen menos confianza en sí mismos, se sienten incompetentes, su entorno familiar es negativo y conflictivo, y además tienen constantemente un sentimiento de enojo, esto favorecerá la aparición y mantenimiento de problemas como ansiedad, depresión y diferentes problemáticas sociales que se pueden convertir en una desventaja para el adecuado desarrollo de los adolescente, haciendo más complejo el logro de metas y sumando a las estadísticas de deserción escolar, adicciones y desafortunadamente los porcentajes de suicidio en México. Como se menciono en la tabla anterior el que los chicos se vean a sí mismos como buenos individuos, capaces y felices disminuye la probabilidad de desarrollar estos problemas.

Por último, respecto a las dimensiones de las habilidades y competencias emocionales con relación a los problemas emocionales y de conducta, se identificaron relaciones significativas en su mayoría negativas y bajas, es importante señalar que, aunque no sean tan altas no implica que no haya un problema, sino que es importante incluir en esta medición otros factores adicionales que expliquen mejor esta interacción.

Tabla 3.

Correlación de habilidades y competencias emocionales con problemas emocionales y de conducta.

|                     | 1               | 2               | 3               | 4      | 5               | 6               | 7               |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Percibir y entender | -0.070          | -0.095          | 0.011           | 0.044  | -0.018          | 0.018           | 0.009           |
| Expresar            | <b>-0.436**</b> | <b>-0.232**</b> | <b>-0.195**</b> | -0.021 | <b>-0.299**</b> | <b>-0.262**</b> | <b>-0.269**</b> |
| Manejar y regular   | <b>-0.324**</b> | <b>-0.208**</b> | <b>-0.166**</b> | -0.019 | -0.139*         | -0.060          | <b>-0.158**</b> |

Nota: \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ . Nota: 1 Depresión, 2 Rompimiento de reglas, 3 Conducta agresiva, 4 Consumo de sustancias, 5 Problemas somáticos, 6 Problemas de pensamiento, 7 Lesiones.

La dimensión percibir y entender no tuvo relación significativa con los problemas emocionales-conductuales ya que en la muestra la conciencia emocional interpersonal no presenta un impacto en sus vidas. La dimensión expresar se encuentra relacionada con la mayoría de los problemas emocionales-conductuales siendo más fuerte con la depresión, por lo que, si los adolescentes, no expresan sus emociones, existirá una mayor probabilidad de presentar e incrementar este tipo de problemas.

Aunque en menor medida, la dimensión de manejar y regular las emociones está relacionada con algunos problemas emocionales-conductuales siendo más fuerte igualmente con depresión.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre la autoestima, las competencias y los problemas emocionales y conductuales en una muestra de adolescentes, los datos obtenidos indican que existe una relación significativa y consistente entre las variables. Esta correlación señala que conforme las competencias

emocionales y la autoestima positiva aumentan, los problemas emocionales y conductuales disminuyen.

Dentro de las competencias emocionales que destacaron en la investigación se encontró la cognición de sí mismo, lo que indicó que la mayoría de las veces la percepción que tienen de sí mismos suele ser clara. Los resultados reflejan que las habilidades y competencias emocionales que tienen los adolescentes no están desarrolladas adecuadamente, ya que se les dificulta percibir, expresar, manejar y regular sus emociones, teniendo mayor dificultad en las últimas dos dimensiones, esto coincide con lo mencionado por Mayer, Caruso y Salovey (2016) respecto a que entre mayores habilidades emocionales desarrolladas los adolescentes tendrán mayores recursos de protección antes problemas sociales y de riesgo.

En cuanto a los problemas emocionales y conductuales, se determinó que el problema externalizante más frecuente en esta población era el rompimiento de reglas, mientras que en los problemas internalizantes destaca la depresión. La variable de autoestima (considerando que tres de cuatro factores son negativos) mantiene una correlación positiva con la depresión, el rompimiento de reglas, la conducta agresiva y el consumo de sustancias, lo que sugiere que a medida que aumentan aspectos negativos de la autoestima, lo hacen también los problemas emocionales y conductuales, por lo que como refieren diversos autores (Anto y Jayan, 2016; Cheung et al., 2015; Cobos, Flujas y Gómez, 2017; Schoeps, Tamarit, González y Montoya-Castilla. 2019) es necesario incrementar y fortalecer una autoestima positiva a través de la educación en valores y habilidades emocionales en los adolescentes.

En este estudio, se encontró la dimensión percibir y entender no tuvo una relación significativa con los problemas emocionales y conductuales. Este hallazgo es inesperado, ya que, de acuerdo a la literatura existente, la conciencia emocional interpersonal suele tener un impacto considerable en el bienestar emocional de los

adolescentes. Sin embargo, como indica Betancourt (2007), el entorno en el que se desarrollan juega un papel crucial en su desarrollo emocional. Nezahualcóyotl, el área donde residen los participantes, se caracteriza por altos niveles de violencia, lo cual puede influir en cómo los adolescentes perciben y entienden sus emociones.

Es posible que en un entorno donde prevalece la violencia, desarrollen mecanismos de adaptación más convenientes, en lugar de ampliar su conciencia emocional, este contexto puede llevar a que no se le de tanta importancia a la percepción y comprensión de emociones como se haría en un escenario más seguro y estable, pues como refieren Urdiales y Segura (2019) que tanto el entorno social y familiar adecuados favorecen en los adolescentes el desarrollo de autoestima y autoconcepto adecuado que les permite mitigar las crisis de su vida cotidiana.

Este estudio aporta evidencia empírica sobre la falta de percepción de competencias emocionales en este grupo, lo cual sugiere la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la autoevaluación de habilidades emocionales y las capacidades de expresar y comprender las emociones. Además, se confirma la importancia de la relación familiar como un factor protector contra problemas emocionales y conductuales, destacando la necesidad de programas de apoyo familiar en contextos vulnerables.

En cuanto a las complicaciones, se encontró que el uso de instrumentos de medición extensos causó fatiga en los adolescentes, lo cual pudo afectar la calidad y precisión de las respuestas, es fundamental desarrollar o utilizar cuestionarios breves para evitar este sesgo. Para obtener conclusiones más representativas, se sugiere ampliar la muestra e incluir adolescentes de diversas escuelas y contextos en Nezahualcóyotl y otras áreas del Estado de México.

De igual forma resultaría oportuno fomentar la educación y desarrollo profesional de educadores, a través del desarrollo de programas de capacitación que

les proporcionen herramientas y estrategias para apoyar el desarrollo emocional y la creación de habilidades de los adolescentes.

## **Referencias**

- Andrade, P., Betancourt, D., & Vallejo, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar*, 9(9),37-44. ISSN-e 1665-692X
- Anto, S. P., & Jayan, C. (2016). Self-esteem and emotion regulation as determinants of mental health of youth. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 23(1), 34-40.
- Bailen, N. H., Green, L. M., & Thompson, R. J. (2019). Understanding Emotion in Adolescents: A Review of Emotional Frequency, Intensity, Instability, and Clarity. *Emotion Review*, 11(1), 63-73.
- Barry, C. T., Loflin, D. C., & Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences*, 77, 118-123.
- Betancourt, D., & Andrade, P. A. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes* (Tesis de Doctorado Inédita). Universidad Nacional Autónoma de México).
- Burnett, S., Sebastian, C., Cohen Kadosh, K., y Blakemore, S. J. (2011). The social brain in adolescence: Evidence from functional magnetic resonance imaging and behavioral studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1654-1664.
- Cheung, C.K., Cheung, H. Y., y Hue, M.T. (2015). Emotional intelligence as a basis for self-esteem in young adults. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149(1), 63-84.

- Cobos, L., Flujas, J. M., y Gómez, I. (2017). The role of emotional intelligence in psychological adjustment among adolescents. *Anales de Psicología*, 33(1), 66-73.
- Cohen, S., Esterkind de Chein, A. H., Lacunza, A. B., Caballero, S. V., y Martinenghi, C. (2010). *Habilidades sociales y contexto sociocultural: Un estudio con adolescentes a través de la BAS-3*.
- Dahlbeck, D. T., y Lightsey, O. R. (2008). Generalized self-efficacy, coping, and self-esteem as predictors of psychological adjustment among children with disabilities or chronic illnesses. *Children's Health Care*, 37(4), 293- 315.
- Díaz Falcón, D., Fuentes Suárez, I., y Senra Pérez, N. D. L. C. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado*, 14(64), 98-103.
- Giusti, B. (2014) *Representaciones mentales del self y problemas de externalización en adolescentes entre 15 y 18 años*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica, Perú.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)(2021). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>.
- Lacunza, A.B. y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23). pp. 159-182).
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., y Salovey, P. (2016). The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emotion Review*, 8(4), 290-300.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence? Emotional Development and Emotional Intelligence*, 3-34.



- Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents-gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research*, 22(10), 2921-2928.
- Moreno González, MA, & Ortiz Viveros, GR (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 181–190. <https://doi.org/10.4067/S071848082009000200004>
- Ordóñez, A., Maganto, C., y González, R. (2015). Somatic complaints, emotional awareness and maladjustment in schoolchildren. *Anales de Pediatría*, 82(5), 308-315.
- Orgilés, M., Samper, D., Fernández-Martínez, I., & Espada, J. P. (2017). Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 129-134.
- Pascual, P. y Cerecedo, M.J. (2015) Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Actualización en medicina de familia*. 11(5), 281-286.
- Quiroz Quesada, G., Quiroz Quesada, T., & Vásquez Ramos, S. P. (2022). Funcionalidad Familiar y Autoestima, un estudio en adolescentes de Educación Secundaria de Lima Metropolitana. *Sinergias Educativas*. <https://doi.org/10.37954/se.vi.220>
- Rodríguez Naranjo, C., & Caño González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 12 (3), 389-403.
- Ros Morente, A., Filella Guiu, G., Ribes Castells, R. y Pérez Escoda, N. (2017). Análisis de la relación entre competencias emocionales, autoestima, clima de aula, rendimiento académico y nivel de bienestar en educación primaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 28(1), 8-18.

- Schoeps, K., Tamarit, A., González y Montoya-Castilla, I. (2019). Competencias emocionales y autoestima en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 51-56. ISSN-e 2340-8340.
- Schoeps, K., Tamarit, A., Postigo-Zegarra, S., y Montoya-Castilla, I. (2021). Los efectos a largo plazo de las competencias emocionales y la autoestima en los síntomas internalizantes en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 26(2), 113-122, ISSN 1136-1034, <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.12.001>.
- Urdiales Ibarra, M. E., & Segura Arévalo, M. L. (2020). Autoestima y funcionalidad familiar en estudiantes de bachillerato. *Presencia Universitaria*, 7(14), 38-45. <https://doi.org/10.29105/pu7.14-4>

# LA COMUNICACIÓN REFERENCIAL EN MUJERES CON AUTISMO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Myriam De la Iglesia Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valladolid

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Myriam De la Iglesia**, Universidad de Valladolid, Facultad de Educación de Segovia (Universidad de Valladolid). Campus María Zambrano. Departamento de Psicología. Plaza de la Universidad, 1. 40005. Segovia. España. Correo electrónico: [myriam.delaiglesia@uva.es](mailto:myriam.delaiglesia@uva.es)

## Introducción

Este trabajo se presenta enmarcado en el hecho de que se venía solicitando que el año 2024 fuera declarado Año Europeo de las mujeres y niñas con discapacidad (Martín, 2023, ver Figura 1).

### Figura 1

*Solicitud de Año Europeo de las mujeres y niñas con discapacidad*



*Nota. Fuente: CERMI Andalucía (2024).*

Finalmente, tal y como indica Pérez Bueno, presidente del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), el año 2024 ha sido dedicado a la salud mental (Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, 2023). En el momento de este escrito, aunque 2024 no haya sido declarado en relación con las féminas, “la Fundación CERMI Mujeres (FCM) ha exigido que 2025 sea el año europeo de las mujeres y niñas con discapacidad” (Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, 2023).

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se define como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones persistentes en la comunicación e interacción social, así como por patrones de comportamiento, intereses o actividades restrictivas y repetitivas que se manifiestan desde la primera infancia. El término "espectro" refleja la amplia variabilidad de síntomas presentes en este colectivo. El diagnóstico se basa en la "tríada de Wing", que incluye comunicación y lenguaje, interacción social, y conducta e intereses (ver Figura 2).

Desde la publicación del DSM-5 en 2014 y su versión revisada en 2022 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014; 2022), esta tríada se ha reorganizado en dos áreas clave: 1) “comunicación social e interacción social” y 2) “comportamientos, intereses o actividades restrictivas y repetitivas” (Olivar y De la Iglesia, 2015).

**Figura 2**

*Núcleos sintomatológicos nucleares en el Trastorno del Espectro del Autismo*

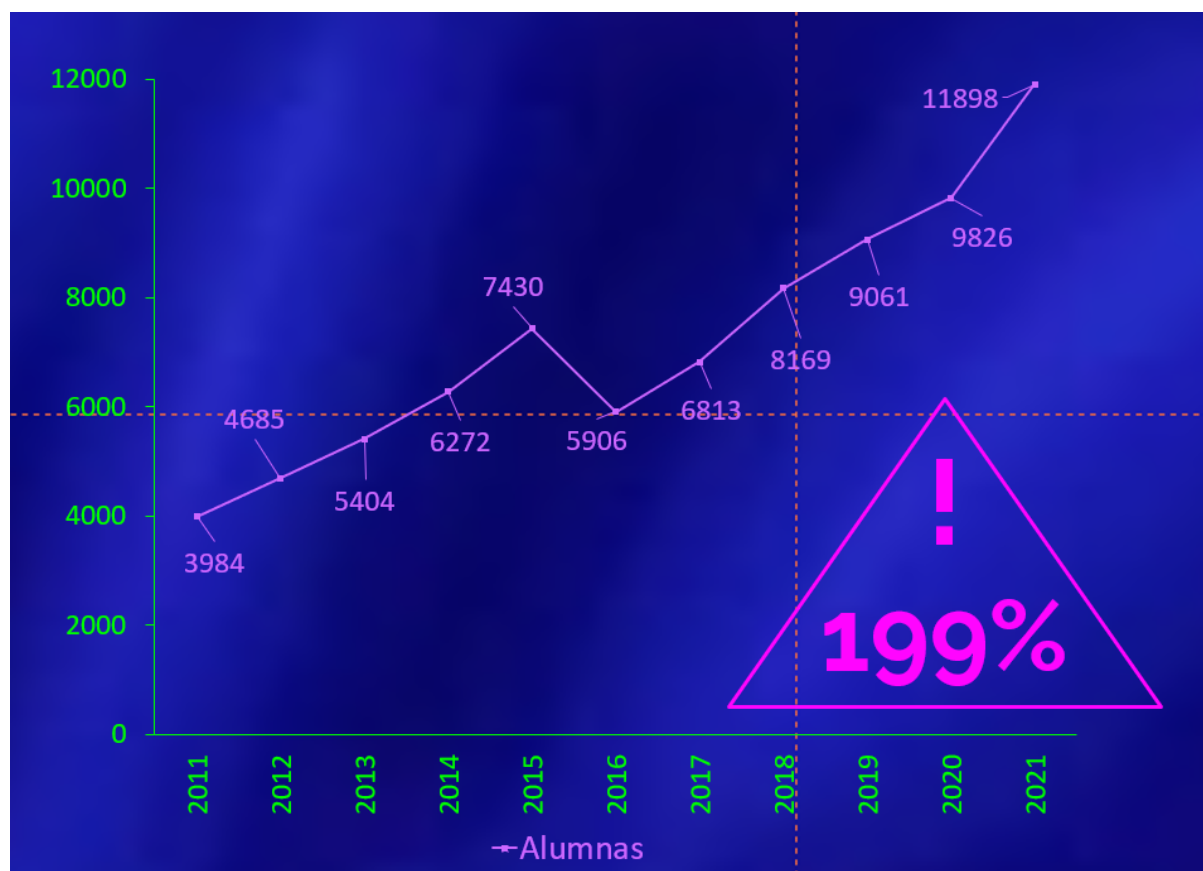


*Nota. Fuente:* Elaboración propia a partir de Wing y Gould (1979).

Actualmente, ha habido un aumento significativo en los diagnósticos de TEA, lo cual puede deberse tanto a un aumento real en la incidencia, como a un mejor conocimiento por parte de los profesionales sobre las características definitorias del trastorno, facilitando evaluaciones más claros. Sin embargo, el notable incremento en la prevalencia también ha provocado críticas sobre el sesgo diagnóstico, especialmente en mujeres con TEA (ver Figura 3).

**Figura 3**

*Evolución del número de alumnas con TEA en la última década*



*Nota. Fuente:* Elaboración propia a partir de Confederación Autismo España [CAE] (2023).

Según algunos autores, las mujeres con TEA presentan un perfil clínico distinto, caracterizado por una mayor atención social, habilidades lingüísticas, motivación para la amistad y una tendencia a "camuflar" comportamientos, imitando conductas sociales para pasar desapercibidas. Esto puede llevar a un retraso o falta de diagnóstico, tradicionalmente orientado hacia los hombres.

A pesar de la escasez de estudios en esta área, hay un consenso internacional sobre la necesidad de más investigaciones sobre el posible "perfil femenino de TEA", ya que esto podría mejorar la precisión diagnóstica en la población femenina.

Considerando que muchas personas con TEA poseen un buen desarrollo cognitivo y habilidades preservadas, la atención educativa a sus necesidades no debe enfocarse en los mismos objetivos, contenidos y métodos que se aplican a otros grupos con necesidades educativas especiales. Aunque la investigación sobre las características específicas de niñas y mujeres con TEA aún es limitada, se reconoce que en ambos géneros los déficits afectan habilidades que requieren un entendimiento especializado y programas de intervención que puedan integrarse en adaptaciones curriculares en el ámbito escolar, social y familiar, así como en los Diseños Universales de Aprendizaje (DUA). Estas necesidades son reconocidas por los profesionales, destacando la urgencia de proporcionar a este grupo recursos adaptados a sus características, habilidades y dificultades.

En el campo de la comunicación, el estudio de las habilidades de comunicación referencial, centrado en aspectos pragmáticos, ha ganado relevancia en la investigación científica sobre el desarrollo humano. Estas habilidades requieren ajustes constantes al interlocutor, utilizan metodologías experimentales flexibles, son útiles para estudiar el desarrollo típico y resultan valiosas en la exploración de la comunicación en personas con diversos trastornos.

Los hallazgos del equipo que presenta este trabajo en evaluaciones e intervenciones previas en comunicación referencial respaldan la investigación con niñas y mujeres con TEA, contribuyendo al conocimiento sobre las diferencias de género.

Por esta razón, este trabajo tiene como *objetivo* poder aproximarnos al conocimiento del estado de la cuestión respecto a la investigación de la comunicación referencial de las mujeres que poseen este trastorno del neurodesarrollo



## Método

La *metodología* de trabajo se centrará en trabajar con las bases de datos y los motores de búsqueda especializados, fundamentalmente Web of Science (WOS), SCOPUS, Dialnet y Google Scholar (ver Figura 4).

### Figura 4

*Bases de datos y los motores de búsqueda especializados utilizados en el estudio*



*Nota. Fuente:* Elaboración propia.

El proceso seguido toma en consideración la Declaración PRISMA para la realización de revisiones sistemáticas (Moher *et al.*, 2009; Page *et al.*, 2021; Tricco *et al.*, 2018).

## Resultados

Limitamos el marco temporal entre 2014 y 2024.

Para la primera parte del estudio, sobre “TEA”, seguiremos el trabajo de Jiang *et al.* (2023, p. 4), con sus mismas palabras clave. Añadimos también “Asperger”, tal y

como hacen Lockwood-Estrin et al. (2021, p. 455) y Rong et al. (2022, p. 4), incluyendo también “autis\*” como Malkin et al. (2018, p. 3).

Para cruzar el concepto de “mujeres” incluimos las palabras clave basándonos en Lockwood Estrin *et al.* (2021, p. 455), pero añadimos “*women*”.

Para incluir “habilidades de comunicación referencial” nos basamos en los criterios de Malkin et al. (2018, p. 3). Añadimos “*referential communication*”.

En todos los buscadores incluimos los términos en inglés. Además, trabajamos con su traducción en Dialnet y *Google académico*.

Presentamos en la Figura 5 los resultados obtenidos en la búsqueda siguiendo el Diagrama de flujo según la Declaración PRISMA (Moher et al., 2009; Page et al., 2021).

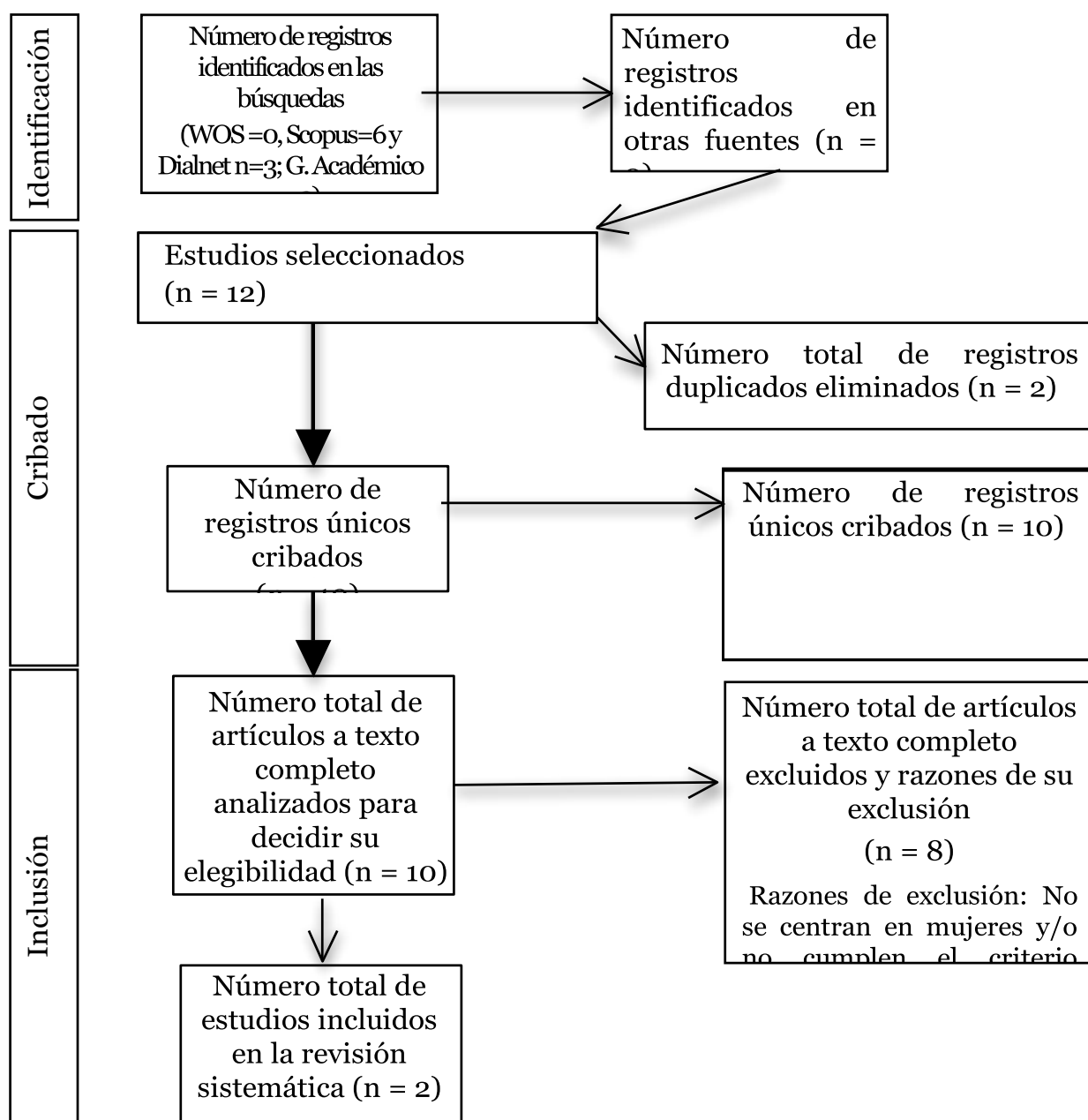
Como podemos ver, *Scopus* reporta 6 artículos (Fukumura, 2016; Hopkins et al., 2017; Loza et al., 2023; Nadig et al., 2015; Schuh et al., 2016; y Vivanti et al., 2016), pero al examinarlos observamos que si bien trabajan comunicación referencial en TEA, y entre sus participantes incluyen mujeres, no estudian la comunicación de éstas, sino del grupo en su conjunto.

Inicialmente sólo obtuvimos 3 resultados en *Google académico* (derivados del trabajo de nuestro equipo: De la Iglesia, 2023; De la Iglesia y Olivar, 2023) y 3 en Dianet (la Tesis doctoral de quien presenta este trabajo: De la Iglesia, 2005; un estudio de este equipo: Olivar et al., 2004, ambos con relación con la temática pero que no cumplen el criterio temporal y no trabajan específicamente lo que estamos buscando; y un trabajo de este equipo sobre esta temática realizado el año pasado, y ya hallado en *Google académico*: De la Iglesia, 2023).

Fruto de este análisis, obtuvimos como resultado final sólo dos trabajos que cumplieran el requisito de incluir todos los conceptos de estudio: De la Iglesia, 2023 y De la Iglesia y Olivar, 2023.

**Figura 5**

*Diagrama de flujo Prisma*



*Nota:* Fuente: Elaboración propia.

## **Discusión**

Los resultados anticipaban encontrar poca investigación sobre el tema, considerando que se trata de un campo emergente. Sin embargo, no esperábamos encontrar una carencia tan significativa de estudios en esta habilidad pragmática, que es sumamente relevante dentro del ámbito del TEA. Esta ausencia destaca una brecha considerable en el conocimiento, especialmente en un área tan crucial para comprender las complejidades de la comunicación en personas con autismo.

Por lo tanto, podemos concluir que, aunque en los últimos años ha habido un aumento en el interés por estudiar el autismo en mujeres, aún no contamos con investigaciones específicas que aborden todas las esferas que podrían verse afectadas por esta condición en el género femenino. Aspectos como la comunicación, la interacción social y otros componentes pragmáticos siguen estando insuficientemente explorados, lo que limita nuestra comprensión de cómo el autismo se manifiesta en niñas, adolescentes y mujeres adultas.

En este contexto, es fundamental resaltar la importancia de profundizar en investigaciones que consideren un enfoque de género, ya que ello permitiría desarrollar evaluaciones y programas de intervención más precisos y adaptados a las necesidades reales de las mujeres con TEA. Este enfoque contribuiría a mejorar la calidad de las intervenciones y a proporcionar un apoyo más adecuado que reconozca las diferencias y particularidades del TEA en el género femenino, favoreciendo una atención más equitativa y efectiva.

## **Referencias**

American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-T-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>a</sup> ed. Text Revision)*. American Psychiatric Association.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría (or. ingl., 2013).

Confederación Autismo España [CAE]. (2023a). *Datos de alumnado general no universitario con trastorno del espectro del autismo. Curso 2021-2022*. CAE.

CERMI Andalucía (2024, 3 de marzo). Parlamento de las Mujeres con Discapacidad. Retos de futuro. *Cermiandalucia*. <https://www.cermiandalucia.es/enclave-de-mujeres>

Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (2023, 26 de noviembre). “Las mujeres y niñas de Europa exigen que 2025 sea el año europeo de las mujeres y niñas con discapacidad”. *convenciondiscapacidad.es*, <http://www.convenciondiscapacidad.es/2023/11/26/las-mujeres-y-ninas-de-europa-exigen-que-2025-sea-el-ano-europeo-de-las-mujeres-y-ninas-con-discapacidad/>

Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (2023, 16 de julio). “El presidente del Cermi aboga porque la UE declare «ya» un año europeo de las niñas y las mujeres con discapacidad”. *convenciondiscapacidad.es*, <http://www.convenciondiscapacidad.es/2023/07/16/el-presidente-del-cermi-aboga-porque-la-ue-declare-ya-un-ano-europeo-de-las-ninas-y-las-mujeres-con-discapacidad/>

\*De la Iglesia, M. (2005). *Autismo de nivel alto y síndrome de asperger: mejora de la competencia comunicativa a través del entrenamiento en comunicación referencial*. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Valladolid.

\*De la Iglesia, M. (2023). Comunicación referencial en niñas y adolescentes con Trastornos del Espectro Autista: Análisis de dos casos de estudio. En J.A.

Rodríguez (Ed.). *Psicología siglo XXI: una mirada amplia e integradora*. (pp. 410-420). Dykinson.

\*De la Iglesia, M., y Olivar, J.S. (2023). Women with Autism Spectrum Disorder and referential communication: a case study-based approach (Mujeres con Trastorno del Espectro Autista y comunicación referencial: aproximación desde un estudio de casos). En L. Gómez, C. González y J. Lees (Eds.) *Education and New Learning Technologies. Edulearn23 Proceedings* (pp. 229-235). doi: 10.21125/edulearn.2023.0107

\*Fukumura, K. (2016). Development of audience design in children with ASD. *Developmental Psychology*, 52(1), 71–87. <https://doi.org/10.1037/dev0000064>

\*Hopkins, Z., Yuill, N., & Branigan, H. P. (2017). Inhibitory control and lexical alignment in children with an autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(10), 1155–1165. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12792>

\*Loza, E., Amsellem, F., Zalla, T., Cartigny, A., & Barra, J. (2023). A mind-reading puzzle: Autistic people are more likely to focus on what is important to them. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 101, Article 102105. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2023.102105>

Martín, J. (2023, 8 de mayo). “Hemos pedido formalmente que el año 2024 sea declarado Año Europeo de las mujeres y niñas con discapacidad”. *CeRMI.es diario*, <https://diario.cermi.es/interview/hemos-pedido-formalmente-que-el-ano-2024-sea-declarado-ano-europeo-de-las-mujeres-y-ninas-con-discapacidad>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Article e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

- \*Nadig, A., & Shaw, H. (2015). Acoustic marking of prominence: How do preadolescents with ASD compare with peers? *Language, Cognition and Neuroscience*, 30(1-2), 32–47.  
<https://doi.org/10.1080/01690965.2012.753150>
- Olivar, J.S. & De la Iglesia, M. (2015). Trastorno del Espectro del Autismo y su tratamiento. En R. González Barrón, I. Montoya-Castilla (Coord.). *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 358-381). Pirámide.
- \*Olivar, J.S., Flores M.V. y De la Iglesia, M. (2004). Relación entre teoría de la mente y comunicación referencial: una explicación de los déficits pragmáticos en personas con autismo y síndrome de Down. *Acción psicológica*, 3, 31-42.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., *et al.* (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 18(3), e1003583.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- \*Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., A. Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Schuh, J. M., Eigsti, I.-M., & Mirman, D. (2016). Discourse comprehension in autism spectrum disorders: Evidence from typical development. *Autism Research*, 9(12), 1340–1352. <https://doi.org/10.1002/aur.1632>
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., K. O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., D.J. Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., G. Wilson, M., Garritty, C., ... E. Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169, 7.  
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- \*Vivanti, G., Hocking, D. R., Fanning, P., Dissanayake, C., & Saulnier, C. (2016). Verbal labels increase the salience of novel object features: Evidence from autism

spectrum disorder. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 8(1), Article 46.

<https://doi.org/10.1186/s11689-016-9180-7>

Wing, L., y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

(\*) Incluidos en la revisión sistemática



**LA UNIÓN DEL YOGA Y EL TEATRO PARA LA SALUD  
MENTAL Y EL BIENESTAR PERSONAL: PROYECTO PILOTO  
DE UN TALLER INCLUSIVO**

Jose Ángel Olmos Meseguer, Desirée María Rubia Martínez

Hospital Universitario Poniente

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Jose Ángel  
Olmos Meseguer, josea.olmos.meseguer.sspa@juntadeandalucia.es**

## **Introducción**

En los últimos tiempos, y tras la creciente incidencia de los trastornos mentales, se ha experimentado un aumento del interés y de la demanda de intervenciones relacionadas con el bienestar que superan la dualidad cuerpo-mente. A este respecto, diversos estudios destacan el beneficio de prácticas como el Hatha Yoga y el teatro como métodos holísticos en la promoción de la salud mental.

La práctica del yoga tiene como objetivo mejorar la interacción entre la mente y el cuerpo, y así incrementar la toma de conciencia de las sensaciones procedentes del cuerpo. Comprende posturas físicas, movimiento, técnicas y control de la respiración, relajación, atención plena y meditación (Manicor et al., 2015). Su práctica se ha extendido rápidamente por todo el mundo, encontrándose evidencia sobre los efectos del yoga sobre condiciones médicas y psiquiátricas. Los principales hallazgos muestran una mejora en el bienestar emocional, la atención y velocidad de procesamiento, así como en aspectos como la calidad del sueño, menor estrés laboral, mayor tolerancia a situaciones que generan malestar emocional y reducción del dolor (Brinsley 2021).

Las intervenciones a través de la meditación esperan reforzar la tolerancia a problemáticas individuales fomentando la auto-regulación (Shapiro & Giber 1978), pudiendo utilizarse para mejorar el humor depresivo y sensaciones de ansiedad (Wang et al. 2017).

Estudios como el de Alberca y Atienza (2022) y Caponnetto et al. (2019) destacan la eficacia del Yoga terapéutico sobre los síntomas ansioso-depresivos, así como en la mejora de la calidad de vida.

Según Ospina et al. (2007), su implementación puede utilizarse como una herramienta para la reducción del estrés, presentando también beneficios psicológicos en pacientes con depresión (Hofmann et al., 2010; Gotink, 2015; Chi 2018).

Otros estudios han observado que la práctica del yoga puede generar cambios a nivel biológico estimulando el sistema gabaérgico y reduciendo los niveles de cortisol en personas con ansiedad y depresión (Bhargav et al., 2020).

A su vez, las actividades creativas y artísticas proporcionan un proceso único para la exploración gradual de los sentimientos, emociones y vivencias personales (Megranahan & Lynskey 2018), a través de la mejora de aspectos como el nivel de autoconciencia, gestión emocional y la comunicación interpersonal (Chang et al., 2019).

Según Baim (2017), el espacio teatral podría proporcionar un espacio que ayude en la formación de grupos, identificación de necesidades y objetivos y establecimiento de límites, ya que en este tipo de trabajos, se anima a los participantes a involucrarse y explorar personajes, historias, temáticas y habilidades, teniendo como propósito permitirles comenzar a ser conscientes de sus propias vidas y experiencias (Baim 2018).

Como escribe Rodríguez et al. (2013), el teatro es algo más que una expresión artística, es una actividad que implica relacionarse y desarrollar habilidades sociales en personas que presentan sentimientos de soledad y aislamiento social.

Otras investigaciones, como las de Ørjasæter et al. (2017; 2018), exploran los posibles beneficios del teatro y las artes en materia de salud mental, encontrando que pueden ser útiles para fortalecer la identidad y aumentar los sentimientos de bienestar y de esperanza. Donde estas técnicas artísticas también parecen haber sido útiles para ayudar a difuminar el peso de las etiquetas con las que las personas con un diagnóstico cargan (Lee et al., 2022).

Finalmente, la representación de la obra a familiares podría constituir una emotiva y catártica oportunidad, para mostrar su progreso y restaurar vínculos

(Conrad, 2013), así como proporcionar la validación de ver su trabajo mostrado a un público.

En este estudio, y teniendo en cuenta las necesidades del momento actual en materia de salud mental, se analizarán los beneficios de un taller basado en la práctica del Hatha Yoga y diversas técnicas teatrales. Dicho taller se ha diseñado para que la experiencia de los participantes sea inclusiva, es decir, los participantes serán personas tanto con diagnóstico de salud mental como sin él, ya que los grupos inclusivos pueden ayudar a promocionar la autoestima personal y la inclusión social (Nitzan & Orkibi, 2021)

Creemos, por tanto, que la integración del yoga y el teatro podría proporcionar un enfoque holístico para la mejora del bienestar personal, abordando aspectos físicos, mentales y emocionales. Se pretende complementar ambas disciplinas con el objetivo de ofrecer a las personas una herramienta poderosa para el autodescubrimiento, el manejo del estrés y de la mejora de la calidad de vida.

## **Método**

### **Procedimiento**

El taller será impartido por Salvador Espinosa Acién, poseedor de una amplia formación y experiencia en la enseñanza tanto de yoga, como de teatro.

Mediante técnicas teatrales y de Hatha Yoga se abordará la autoobservación, el autoconocimiento, la toma de conciencia de esquemas que organizan nuestra conducta y la posibilidad de cambio.

Se trabajará con una metodología respetuosa e inclusiva, de manera que todas las actividades se propondrán teniendo en cuenta las necesidades de cada participante, pudiendo adaptarse a los diferentes ritmos, intensidades, capacidades y posibilidades. También serán voluntarias, por lo que cada participante decide hasta qué punto se

implica en cada actividad propuesta, desde qué lugar, e incluso si participa, sin que esto suponga la exclusión del proyecto global. Aunque el trabajo será llevado a cabo en grupo, gran parte del mismo será individual. Por lo que los diferentes ritmos no afectarán al trabajo personal de cada participante. El trabajo será participativo, activo y directo, basado en la experiencia y conclusiones que cada participante obtenga de las actividades propuestas.

La mayor parte del trabajo será orientado y dirigido por el responsable del taller, pero habrá otra parte, que será consensuado con cada participante, de manera que éstas harán sus propias aportaciones. Es decir, textos y/o personajes sobre los que trabajar. También las participantes podrán compartir sus tomas de conciencia, contribuyendo así a una mayor comprensión sobre el trabajo realizado por parte del grupo.

**Temporalización del taller.** El taller se iniciará el 6 de noviembre 2023 y finalizará en el mes de abril de 2024, coincidiendo con la fecha de representación de la obra teatral en el marco del Festival de Teatro de Aficionado de El Ejido. Las sesiones tendrán una frecuencia semanal y una duración de dos horas. La últimas semanas de taller cabe la posibilidad de realizar dos semanales en aras de disponer de más tiempo de ensayo.

### ***Muestra***

Muestreo no probabilístico: la muestra está compuesta por los sujetos (con y sin experiencia en salud mental) que se apuntan al taller de yoga/teatro publicitado en la página web de INCLÚYETE, una experiencia socioeducativa de carácter inclusivo, realizada conjuntamente entre la Universidad de Almería y la Fundación Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM).

Finalmente, el taller constó de ocho participantes.

## Recogida y análisis de datos

Se toman datos pre y posttest mediante dos escalas:

Versión española del Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, (WEMWBS), adaptada por J. Alonso y cols.: instrumento de 14 ítems que mide los aspectos positivos de salud mental durante las últimas dos semanas.

Versión española del Five Facet Mindfulness Questionnaire. Bear et al, 2006 (FFMQ) adaptada por Quintana Santana, B (2016): instrumento de 39 ítems que mide la tendencia general a proceder con atención plena a partir de cinco habilidades: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad

Se recoge también, finalizado el taller, información cualitativa a través de un cuestionario elaborado por el equipo de investigación con el objetivo de valorar la experiencia y sus beneficios.

Para el análisis de los datos cuantitativos y medir las posibles diferencias entre las medidas pre y posttest se utilizará la prueba de Wilcoxon, prueba no paramétrica para el contraste de datos en 2 grupos dependientes (en este caso, medida pretest y medida posttest) y con un nivel de significación de 0,05.

En cuanto a la información cualitativa, se hará una selección y resumen de las respuestas más relevantes de los participantes en relación a su experiencia en el taller.

## Objetivos

Valorar la repercusión del taller en el bienestar mental en general.

Valorar la repercusión del taller en la mejora de habilidades implicadas en la atención plena.

Obtener información cualitativa sobre la experiencia de los participantes.

Servir de proyecto piloto de cara a futuras mejoras en el ámbito y talleres posteriores ligados a la materia.

## Resultados

### Resultados datos cuantitativos (FFMQ y WEMWBS)

Tras el análisis estadístico de los datos recogidos a través de los dos cuestionarios anteriormente citados, comprobamos que no existe evidencia que nos permita asegurar que existe una diferencia significativa entre las medidas pre y post para ninguna de las facetas de Mindfulness ni para la medida relacionada con el Bienestar Emocional.

A continuación se muestra la tabla de resultados.

**Tabla.** *Resultados prueba Wilcoxon*

|                                   | Observar<br>Postest -<br>Pretest | Describir<br>Postest –<br>Pretest | Actuar<br>dándose<br>cuenta<br>Postest –<br>Pretest | No Juzgar<br>Exp. Int.<br>Postest –<br>Pretest | No<br>Reactividad<br>Exp. Int.<br>Postest –<br>Pretest | Bienestar<br>Emocional<br>Postest -<br>Pretest |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Z                                 | - , 594                          | - ,282                            | - ,339                                              | - ,281                                         | - ,351                                                 | - 1,684                                        |
| Sig.<br>asintótica<br>(bilateral) | ,553                             | ,778                              | ,735                                                | ,779                                           | ,726                                                   | ,092                                           |

*Nota. Adaptado de tabla de datos SPSS.*

### Resultados datos cualitativos

Tras la finalización del taller, se realiza un análisis cualitativo de los usuarios que han participado en el mismo.

A cada participante se le administra un cuestionario que consta de 5 preguntas:

¿Crees que podrías incorporar alguno de los aprendizajes del curso a tu vida cotidiana? ¿Cuáles?

¿Qué te ha aportado el curso de teatro en unión con algunas técnicas de yoga?  
O ¿te ha sido útil este curso, para qué?

¿Qué cosas del curso te han gustado?

¿Qué mejorarías o qué cambios harías?

¿Como crees que ha influido en ti, en tu forma de verte a ti misma, en la forma de ver la vida, este curso?

Tras una lectura y análisis cualitativo de las respuestas, se realizará un resumen pregunta a pregunta de dicho cuestionario.

Con respecto a la primera pregunta, varios participantes refieren haber mejorado principalmente su autoconfianza, entre otras habilidades: “confiar siempre en mí mismo”, “mejorar las habilidades comunitarias, desarrollar la creatividad y mejorar la autoconfianza”.

En referencia a las respuestas a la segunda pregunta, los participantes coinciden que las aportaciones a nivel personal del taller han sido la autosuperación, estar en armonía con uno mismo, sentirse bien con ellos mismos y el aumento de la seguridad personal. Algunas de sus respuestas han sido: “el yoga y el teatro hacen una combinación muy bonita para estar relajado, en armonía y autosuperarme cada día y sentirme bien conmigo mismo, queriéndome, aceptando mis errores y celebrando mis aciertos” “sentirme bien conmigo misma, ver la vida desde otra perspectiva”. Por otro lado, algunos participantes exponen que el curso de teatro junto con las técnicas de yoga han sido útiles para conectar con ellos mismos, dar importancia al cuerpo y saber escucharlo, como se puede observar en las siguientes respuestas: “me ha hecho conectarme con el cuerpo, de escucharlo” “me está sirviendo para estar más conectada a la vida”.

En las respuestas a la tercera pregunta todos los participantes ponen de relieve la socialización y el compañerismo como conceptos clave de su experiencia. Comentan



que este taller les ha brindado la oportunidad de conocer gente nueva con la que han podido compartir sus emociones, sentimientos y pensamientos. Algunos comentarios son: “también me gustó mucho conocer a todos mis compañeros”, “me ha gustado mucho el clima de complicidad y seguridad que se ha creado”.

Con respecto a la cuarta pregunta, la mayoría de participantes coinciden que cambiarían la duración del taller y/o ampliarían el tiempo de sesión: “ampliaría la duración del taller, que es demasiado corta” “lo único que quizás cambiaría sería alargar las sesiones del taller porque al menos yo, y creo que todos los integrantes, lo pasamos genial y aprendemos muchísimo”.

En lo que se refiere a la quinta pregunta, los participantes relatan que este curso les ha permitido ser más conscientes de ellos mismos y de sus dificultades en su día a día, sentirse más seguros y con mayor capacidad de autodecisión: “me ha ayudado en el desarrollo personal”, “ser valiente y tomar decisiones, porque tu vida es tuya”, “me está gustando más quién soy y como soy”.

A nivel general, se observa que los participantes han coincidido en varios aspectos cuando han redactado sus respuestas. En conclusión y basándonos en sus relatos, el taller les ha beneficiado para disminuir la ansiedad y el estrés, mejorar la autoestima, facilitar el autoconocimiento, potenciar la creatividad, tener una perspectiva más flexible ante situaciones de la vida cotidiana, estar más conectados con ellos mismos y con su entorno, ser más conscientes de lo que sienten y como eso repercute en el cuerpo “no vivir la vida de forma automática, siempre centrada más en el hacer que en el estar”.

## **Discusión**

Tras el presente taller y basándonos sobre todo en la información cualitativa, se observan, tal y como describen los diversos estudios y textos citados en la

introducción, diferentes beneficios a nivel personal tras la participación de los en este taller de yoga y teatro.

Se han observado mejoras autopercibidas en la conexión entre mente y cuerpo, así como en la autoconciencia corporal, sobre todo en relación a la práctica del yoga.

También podemos observar como este tipo de talleres, con la inclusión de disciplinas compatibles y que pretenden un abordaje integral del ser y estar en el mundo, promueven un mayor autoconocimiento, conciencia emocional, capacidad de comunicación interpersonal y ayudan a evitar el aislamiento social.

En contraposición a los datos recogidos mediante la encuesta, también hemos observado que no se han encontrado diferencias significativas en medidas pre y post-taller utilizando las escalas FFMQ y WEMWBS.

Resultando dicha diferencia llamativa, que nos hace plantearnos la posibilidad de que dichos instrumentos no sean los más adecuados para recoger y analizar los beneficios que el presente taller pueda reportar. Así mismo, estos resultados pueden estar viéndose afectados por la pequeña muestra de la que finalmente dispusimos.

Esta primera aproximación por nuestra parte a un taller de estas características nos ha dado información muy útil para seguir trabajando en esta dirección, basada en trabajar desde un enfoque holístico con el objetivo de aumentar el bienestar personal de los participantes.

Por lo tanto, creemos que para próximas ediciones sería conveniente escuchar a los participantes y alargar la duración del taller, así como intentar aumentar el número de participantes con el objetivo de aumentar el posible beneficio que puede traslucirse de este tipo de experiencias vitales.

## Referencias

- Alberca, M.L. & Atienza, M. (2022). Efectividad de relajación combinada con yogaterapia en síntomas ansioso-depresivos en pacientes con trastorno mental leve. *Revista española de enfermería de salud mental*. Número 16, 23-31.
- Baim, C. (2017). The Drama Spiral: A decision-making model for safe, ethical, and flexible practice when incorporating personal stories in applied theatre and performance. In A. O'Grady (Ed.), *Risk, participation, and performance practice: Critical vulnerabilities in a precarious world* (pp. 79–109). Palgrave Macmillan.
- Baim, C. M. (2018). *Theatre, therapy and personal narrative: Developing a framework for safe, ethical, flexible and intentional practice in the theatre of personal stories* [Doctor of Philosophy, University of Exeter]. University of Exeter Repository.  
<https://ore.exeter.ac.uk/repository/bitstream/handle/10871/33997/BaimC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bhargav, H., George, S., Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2020). Yoga and psychiatric disorders: A review of biomarker evidence. *International Review of Psychiatry*, 33(1–2), 162–169.  
<https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1761087>
- Brinsley, J., Schuch, F., Lederman, O., Girard, D., Smout, M., Immink, M. A., et al. (2021). Effects of yoga on depressive symptoms in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 55(17), 992–1000.
- Caponnetto, P., Auditore, R., Maglia, M., Pipitone, S., & Inguscio. (2019). Psychological wellness, yoga and quality of life in patients affected by

- schizophrenia spectrum disorders: A pilot study. *Mental Illness*, 11(1), 22–25.  
<https://doi.org/10.4081/mi.2019.7856>
- Chang, W.-L., Liu, Y.-S., & Yang, C.-F. (2019). Drama therapy counseling as mental health care of college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3560.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16193560>
- Chi, X., Bo, A., Liu, T., Zhang, P., & Chi, I. (2018). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 1034.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01034>
- Conrad, D. (2013). “Lock ‘Em Up...” but where’s the key? Transformative drama with incarcerated youth. *Journal of Contemporary Issues in Education*, 8(2).
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLOS ONE*, 10(4), e0124344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124344>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183.  
<https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Lee, Y. J., Rauben, K., Liu, C., et al. (2022). Evaluation of a pilot, community-led mental illness de-stigmatization theater intervention in rural Uganda. *BMC Psychiatry*, 22, 794. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03870-1>
- Manincor, M., Bensoussan, A., Smith, C., Fahey, P., & Bouchier, S. (2015). Establishing key components of yoga interventions for reducing depression and anxiety, and improving well-being: a Delphi method study. *BMC*

Complementary and Alternative Medicine, 15, 85.

<https://doi.org/10.1186/s12906-015-0614-7>

Megranahan, K., & Lynskey, M. T. (2018). Do creative arts therapies reduce substance misuse? A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 50–58.

<https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.10.004>

Nitzan, A., & Orkibi, H. (2021). “We’re All in the Same Boat” – The experience of people with mental health conditions and non-clinical community members in integrated arts-based groups. *Frontiers in Psychology*, 12, 661831.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661831>

Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., & Dryden, D. M. (2007). Meditation practices for health: State of the research. *Evidence Report/Technology Assessment*, (155), 1– 263.

Ørjasæter, K. B., Stickley, T., Hedlund, M., & Ness, O. (2017). Transforming identity through participation in music and theatre: Exploring narratives of people with mental health problems. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), 1379339.

<https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1379339>

Ørjasæter, K. B., Davidson, L., Hedlund, M., Bjerkeset, O., & Ness, O. (2018). "I now have a life!" Lived experiences of participation in music and theater in a mental health hospital. *PLoS ONE*, 13(12), e0209242.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209242>

Rodríguez, M. F., Mora, P. G., & Iglesias, O. B. (2013). El teatro como instrumento terapéutico en la rehabilitación psicosocial. *Norte de Salud Mental*, 11(46), 82-88.

- Shapiro, D. H., & Giber, D. (1978). Meditation and psychotherapeutic effects: Self-regulation strategy and altered state of consciousness. *Archives of General Psychiatry*, 35(3), 294–302.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770270074008>
- Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., & Liu, Z. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8), e017173.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017173>

# **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA**

Carmen Elizabeth Vargas D'Uniam<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a: **Carmen Elizabeth Vargas D'Uniam, Av. Húsares de Junín 578, Jesús María, Lima, Perú, Código Postal: 15072, email: [evargasduniam@gmail.com](mailto:evargasduniam@gmail.com)**

## **Introducción**

El funcionamiento familiar interviene trascendentalmente en la calidad de vínculos entre los miembros de las familias, y cuando éste existe, les permite expresar con toda libertad, tanto las dificultades, soluciones y emociones inmersas, proporcionando la estabilidad necesaria en sus elementos que lo componen (Vargas, 2019).

Por otro lado, el apoyo social proporciona seguridad y correcta regulación del proceso psicológico del ser humano, afianzando su estima personal, autocuidado y el vínculo con sus semejantes, tomando en cuenta el contexto en el cual interactúa; no obstante, el apoyo social podría estar presente o ausente en la vida de las personas (Musitu & Cava, 2002).

En el presente estudio, analizamos la relación entre el funcionamiento familiar y el apoyo social percibido en una muestra de adolescentes de una parroquia de un distrito de la ciudad de Lima, reflexionando mediante un análisis psicológico y social acerca de su valor e impacto trascendente en la vida de aquellas personas insertas en esta etapa del ciclo vital (Vargas, 2019).

## **Método**

### **Método y Diseño de la Investigación**

*Método hipotético deductivo*, se formula una hipótesis general y tres hipótesis específicas con un *diseño transversal; no experimental; y bivariado*, estableciéndose la vinculación entre las dos variables estudiadas (funcionamiento familiar y apoyo social percibido) en términos correlacionales (Hernández et al., 2014).



## **Formulación de Hipótesis**

### ***Hipótesis General***

El *Funcionamiento Familiar* está vinculado con el *Apoyo Social Percibido* en adolescentes de Lima.

### ***Hipótesis Específicas***

H1 El *Funcionamiento Familiar* está vinculado con la *dimensión Familia del Apoyo Social Percibido* en adolescentes de Lima.

H2 El *Funcionamiento Familiar* está vinculado con la *dimensión Amigos del Apoyo Social Percibido* en adolescentes de Lima.

H3 El *Funcionamiento Familiar* está vinculado con la *dimensión Otros Significativos del Apoyo Social Percibido* en adolescentes de Lima.

## **Población y Muestra de la Investigación**

### ***Población***

Constituida por 120 adolescentes de ambos sexos (72 mujeres, equivalente al 60%) y (48 varones, equivalente al 40%) entre 15 a 19 años de edad, participantes de la catequesis de confirmación en la “Parroquia San Antonio de Padua” del distrito limeño de Jesús María.

*Fuente:* Registro de inscritos en la catequesis de confirmación de la “Parroquia San Antonio de Padua”.

### ***Muestra***

Muestreo probabilístico, de elección aleatoria empleando la fórmula para población finita de Cochran, se establecen parámetros, grado de acontecimiento del 50 %, límite en cuanto a error del 5 % y un grado de confianza bilateral del 95% ( $Z = 1.96$ ) (Hernández et al., 2014). Se selecciona una muestra de 92 adolescentes: 55 de sexo femenino (60%) y 37 de sexo masculino (40 %) (Tabla 1).

**Tabla 1***Características Sociodemográficas de la muestra de Adolescentes*

| Sexo  | Adolescentes<br>n = 92 |            |
|-------|------------------------|------------|
|       | Frecuencia             | Porcentaje |
| Varón | 37                     | 40         |
| Mujer | 55                     | 60         |

*Nota:* Elaboración propia.

### Aspectos Éticos del Estudio

Los procesos del estudio fueron autorizados por el párroco de la “Parroquia San Antonio de Padua” de Lima, con el consentimiento informado de los padres o tutores de los adolescentes participantes como también de los mismos adolescentes, expresándoles claramente los aspectos éticos que sustentan esta investigación, considerando los modelos nacionales e internacionales de protección de los derechos, el bienestar y la intimidad de los participantes, protegiendo los datos obtenidos con absoluta y estricta confidencialidad, tales como los principios establecidos a nivel internacional en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017), los Lineamientos Éticos Organismos Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos - CIOMSOMS, Ginebra 2002 (OMS, 2017); a nivel nacional en la Ley General de Salud 26842 del Ministerio de Salud: Ley General de Salud 26842 del Ministerio de Salud (MINSA, 2017) y en el Reglamento de Ensayos Clínicos del Ministerio del Instituto Nacional de Salud del Perú (INS, 2006).

### Fechas de Recopilación de Datos

Los participantes de este estudio, respondieron a los instrumentos de evaluación en el primer bimestre del año 2020.

### Instrumentos

*Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (Louro et al., 1994).*

Prueba para medir las relaciones intrafamiliares, elaborada por el “Equipo de Salud de Atención Primaria” en 1994 y validada en el 2004 por Isabel Louro, Patricia Ares Muzio y Silvia Martínez Calvo. Evalúa siete elementos de los vínculos intrafamiliares: *cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad*. Constituida por catorce frases, escritas en positivo, con cinco elecciones de respuesta en una gradación escalar Likert, otorgándose unidades según sea la opción elegida: *Nunca = 1, Casi nunca = 2, A veces = 3, Casi siempre = 4 y Siempre = 5*. La suma del puntaje general la ubicamos en la siguiente tabla, obteniendo el diagnóstico de funcionamiento familiar correspondiente:

|            |           |
|------------|-----------|
| 14 o menos | Muy malo  |
| 15 a 28    | Malo      |
| 29 a 42    | Regular   |
| 43 a 56    | Bueno     |
| 57 o más   | Muy bueno |

Validez y Confiabilidad. Propiedades psicométricas de validez en Cuba mostraron cuatro dimensiones, una variancia acumulada de 63,759 considerándose aceptable. En Ecuador se analizaron los factores mediante el test Kaiser Meyer – Olkin logrando 0,871, test de Esfericidad Barlett 9535,962; valor “p”: 0,000 aceptándose su análisis factorial. Confiabilidad temporal = 0.93, alto nivel de consistencia interna (Alpha de Cronbach = 0.85), y homogeneidad intra-ítems (Louro et al., 2005).

Álvarez (2018) determina convenientes cualidades psicométricas en Lima en una muestra no probabilística de 101 estudiantes (62 mujeres y 39 varones): 70 procedentes de una universidad particular y 31 de una estatal de Lima. Hallando un coeficiente elevado de confiabilidad Alfa de Cronbach 0.883 para la escala total y mediante el análisis de ítems.

Validación de análisis de contenido por criterio de cinco jueces expertos, como una modalidad suplementaria de evidencia a la validación a través de la operacionalización del concepto teórico del funcionamiento familiar, obteniéndose un V de Aiken de 0.91 (Gravetter & Forzano, 2015; Streiner, Norman & Cairney, 2015) (Figura 1).

### Figura 1

#### *Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar*

A continuación, lea una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. No hay respuestas buenas o malas. Luego, marque la respuesta que usted crea conveniente. Es muy importante que conteste las preguntas de la forma más honesta y sincera posible. Use la siguiente escala de puntuaciones:

- 1 = NUNCA
- 2 = CASI NUNCA
- 3 = A VECES
- 4 = CASI SIEMPRE
- 5 = SIEMPRE

|                                                                                            |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. Se toman decisiones para casos importantes de la familia.                               |  |  |  |  |  |
| 2. En mi casa predomina la armonía.                                                        |  |  |  |  |  |
| 3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.                                       |  |  |  |  |  |
| 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.                   |  |  |  |  |  |
| 5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.                              |  |  |  |  |  |
| 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.                             |  |  |  |  |  |
| 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. |  |  |  |  |  |
| 8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.                        |  |  |  |  |  |
| 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.                         |  |  |  |  |  |
| 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.            |  |  |  |  |  |
| 11. Podemos conversar diversos temas sin temor.                                            |  |  |  |  |  |
| 12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.   |  |  |  |  |  |
| 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.        |  |  |  |  |  |
| 14. Nos demostramos el cariño que tenemos.                                                 |  |  |  |  |  |

*Nota:* Louro et al., 1994.

#### Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet et al., 1988).

Elaborada por Zimet et al. (1988), contiene doce enunciados que miden el apoyo social percibido en tres contextos: Familia (reactivos 3, 4, 8 y 11), Amigos

(reactivos 6, 7, 9 y 12), y Otros Significativos (reactivos 1, 2, 5 y 10); clasificados en una escala de Likert en siete gradaciones: 1 = Muy fuertemente en desacuerdo; 2 = Fuertemente en desacuerdo; 3 = Ligero desacuerdo; 4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5 = Ligeramente de acuerdo; 6=Fuertemente de acuerdo; 7= Muy fuertemente de acuerdo. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el apoyo social percibido (Zimet et al., 1988).

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 1 a 12  | Muy débil apoyo social          |
| 13 a 24 | Débil apoyo social              |
| 25 a 36 | De ligero a débil apoyo social  |
| 37 a 48 | Indeciso                        |
| 49 a 60 | De ligero a fuerte apoyo social |
| 61 a 72 | Fuerte apoyo social             |
| 73 a 84 | Muy fuerte apoyo social         |

Validez y Confiabilidad. Cuenta con buena confiabilidad interna mediante el test y retest; validez estable por factores (Cecil, Stanley, Carrión, & Swann, 1995; Zimet et al., 1988). En Tailandia hay una versión de esta escala que ostenta buena confiabilidad y validez (Alfa = 0.92) (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012).

Carvalho (2011) valida esta escala en 454 participantes de instituciones de estudios superiores profesionales en Portugal, en 261 participantes elegidos de varias instituciones particulares y estatales de América Central y zona norte de Portugal, y en 100 asistentes a la consulta ambulatoria de un nosocomio afectados por depresión mayor, en Portugal, hallando excelente consistencia interna entre 0.85 a 0.95 e indicador satisfactorio de fiabilidad 0.87 a 0.90 en los tres conjuntos.

En Lima-Perú, Espinoza (2016) determina la estabilidad con una elevada fiabilidad Alpha de Cronbach 0.91.

Este instrumento se sometió a un proceso de validación de análisis de contenido por discernimiento de cinco jueces expertos, obteniéndose un V de Aiken de 0.96 (Gravetter & Forzano, 2015; Streiner, Norman & Cairney, 2015) (Figura 2).

## Figura 2

### *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido*

Por favor, conteste las siguientes frases, marcando con una “X” la respuesta que considere más apropiada según los siguientes valores:

- 2. = Muy fuertemente en desacuerdo
- 8 = Fuertemente en desacuerdo
- 9 = Ligeramente en desacuerdo
- 10 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 11 = Ligeramente de acuerdo
- 12 = Fuertemente de acuerdo
- 13 = Muy fuertemente de acuerdo

|                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. Hay una persona especial que está cerca cuando tengo necesidad.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y dolores.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Mi familia realmente me trata de ayudar.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Yo recibo el apoyo y ayuda emocional que necesito de mi familia.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Puedo contar en mis amigos cuando las cosas van mal.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y dolores.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Hay una persona especial en mi vida que le importa mis sentimientos.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Nota: Zimet et al., 1988.

### Procesamiento y Análisis de Datos

El procesamiento de datos fue a través del programa *International Business Machines Corporation Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) for Windows versión 26.0* y *Jamovi Stats Open Now versión 2.3.16*.

Primeramente, determinamos la normalidad o anormalidad de la distribución de las puntuaciones directas obtenidas por los sujetos en las variables empleándose la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*. De esta manera, notamos un nivel de significancia

por encima de 0.05 señalándonos a “r” de Pearson como el coeficiente de correlación a emplear.

## Resultados

### Análisis Inferencial

Considerando el número de sujetos utilizamos las comprobaciones de normalidad “Kolgomorov-Smirnov” y de según el grado de significación obtenido determinamos el coeficiente de correlación de Pearson para comprobar la hipótesis general y las hipótesis específicas (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Prueba de normalidad en la Hipótesis General e Hipótesis Específicas para verificar la correlación entre la puntuación global de la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar con la puntuación global y de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Adolescentes.*

|                                       |                      | Global<br>Funcionami<br>ento<br>Familiar | Global<br>Apoyo<br>Social<br>Percibido | Dimensión<br>Familia<br>ASP | Dimensión<br>Amigos<br>ASP | Dimensión<br>Otros<br>Significativos<br>ASP |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| N                                     |                      | 92                                       | 92                                     | 92                          | 92                         | 92                                          |
| Parámetros<br>normales <sup>a,b</sup> | Media                | 51,87                                    | 67,17                                  | 22,39                       | 22,14                      | 22,64                                       |
|                                       | Desviación<br>típica | 8,714                                    | 10,945                                 | 4,608                       | 4,826                      | 4,974                                       |
| Diferencias                           | Absoluta             | ,106                                     | ,134                                   | ,112                        | ,117                       | ,195                                        |
| más                                   | Positiva             | ,060                                     | ,082                                   | ,112                        | ,112                       | ,141                                        |
| extremas                              | Negativa             | -,106                                    | -,134                                  | -,107                       | -,117                      | -,195                                       |
| Z de Kolmogorov-Smirnov               |                      | 1,016                                    | 1,290                                  | 1,072                       | 1,125                      | 1,867                                       |
| Sig. asintót. (bilateral)             |                      | <b>,253</b>                              | <b>,072</b>                            | <b>,201</b>                 | <b>,159</b>                | <b>,002</b>                                 |

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Fuente: Empleo de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y de la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar.

*Nota:* Elaboración propia.

## Comprobación de Hipótesis

**Tabla 3**

*Correlación entre la puntuación global de la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar con la puntuación global y dimensionales de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Adolescentes.*

|                        | Puntuación Global<br>del<br>Funcionamiento<br>Familiar | Puntuación<br>Global del<br>Apoyo Social<br>Percibido | Puntuación de<br>la dimensión<br>Familia del<br>Apoyo Social<br>Percibido | Puntuación de<br>la dimensión<br>Amigos del<br>Apoyo Social<br>Percibido | Puntuación de<br>la dimensión<br>Otros<br>Significativos<br>del Apoyo<br>Social<br>Percibido |
|------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Correlación de Pearson | 1.000                                                  | <b>0.613**</b>                                        | <b>0.754**</b>                                                            | <b>0.287*</b>                                                            | <b>0.373**</b>                                                                               |
| Sig. (bilateral)       | .                                                      | <b>0.000</b>                                          | <b>0.000</b>                                                              | <b>0.006</b>                                                             | <b>0.000</b>                                                                                 |
| N                      | 92                                                     | 92                                                    | 92                                                                        | 92                                                                       | 92                                                                                           |

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

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

Fuente: Empleo de la Prueba de Funcionamiento Familiar y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

*Nota:* Elaboración propia.

El valor de correlación  $r$  de Pearson 0.613 nos indica la presencia de correlación positiva moderada, y comparado con el baremo de significancia bilateral de 0.000 siendo este menor de  $p < 0.05$ . Admitimos la hipótesis general alterna:

H.G. El *Funcionamiento Familiar* está vinculado con el *Apoyo Social Percibido* en adolescentes de Lima.

El valor de correlación  $r$  de Pearson de 0.754 nos indica una correlación positiva alta, y comparado con el baremo de significancia bilateral de 0.000 siendo este menor de  $p < 0.05$ . Admitimos la hipótesis específica alterna 1:

H.1. El *Funcionamiento Familiar* está vinculado con la *dimensión Familia del Apoyo Social Percibido* en adolescentes de Lima.

El valor de correlación  $r$  de Pearson de 0.287 nos indica la presencia de correlación positiva baja, y comparado con el baremo de significancia bilateral de 0.006 siendo este menor de  $p < 0.05$ . Admitimos la hipótesis específica alterna 2:

H.2. El *Funcionamiento Familiar* está vinculado con la *dimensión Amigos del Apoyo Social Percibido* en adolescentes de Lima.

El valor de correlación  $r$  de Pearson de 0.373 nos indica la presencia de correlación positiva baja, y comparado con el baremo la significancia bilateral de 0.000 siendo este menor de  $p < 0.05$ . Admitimos la hipótesis específica alterna 3:

H3 El *Funcionamiento Familiar* está vinculado con la *dimensión Otros Significativos del Apoyo Social Percibido* en adolescentes de Lima.



## Discusión

El presente estudio nos permite conocer la relación entre el funcionamiento familiar y apoyo social percibido en adolescentes considerando los elevados casos de violencia dentro de las familias en Perú (MIMP, 2018); asimismo, que la cuarta parte de adolescentes haya deseado morir alguna vez y la tercera parte de ellos haya intentado suicidarse en alguna ocasión encontrándolo como alternativa para solucionar sus dificultades (EELM-INSM.HDHN, 2012) nos motivó a estudiar la posible relación entre el funcionamiento familiar y el apoyo social percibido con que puedan contar los adolescentes para afrontar las dificultades que experimentan en la vida.

Es así que, en los adolescentes de nuestro estudio, comprobamos la vinculación positiva moderada entre el funcionamiento familiar y el apoyo social percibido en adolescentes de una parroquia de Lima. Estos hallazgos concuerdan con lo afirmado por Orcasita y Uribe (2010) quienes señalan que la percepción del funcionamiento familiar en su contexto inmediato: familia, cónyuge, amigos, acompañantes laborales u otras personas está asociada con el apoyo social percibido esencial para interactuar saludable y naturalmente, y en caso contrario afectaría su salud emocional. Vargas (2019) encontró relación significativa entre estas variables estudiadas en estudiantes universitarios. Del mismo modo, Aranda, Moreno y Frías (2017) establecen la vinculación entre el apoyo social, el ambiente familiar positivo y el bienestar positivo. Barcelata, Granados y Ramírez (2011) encuentran asociación entre estas dos variables y los determinan como elementos protectores ante situaciones adversas. Feldman et al. (2008) puntualizan a la familia como el apoyo fundamental, seguido de la búsqueda de apoyo en otro; y, en tercer lugar, a los amigos.

Encontramos la existencia de una relación positiva alta entre el funcionamiento familiar y la *dimensión Familia* del apoyo social percibido, lo cual reafirma lo señalado

por Aranda, Moreno y Frías (2017) quienes establecen la relación entre el apoyo social y un escenario familiar tranquilo y positivo. Rivera y Andrade (2006) determinan la vinculación entre el funcionamiento familiar y el apoyo social; Jiménez, Musitu y Murgui (2005) sostienen la relación entre buen funcionamiento familiar, tranquilidad emocional y apoyo social percibido, supeditado a la existencia de un saludable funcionamiento familiar. Shaffer (2000) describe a las familias como provisoras de apoyo social y emocional, lo cual facilita el afrontamiento de las crisis, tomando en cuenta factores de protección que los padres deben establecer a los hijos para un sano desarrollo psicológico, emocional y social de toda la familia.

Identificamos una relación positiva baja entre el funcionamiento familiar y la *dimensión Amigos* del apoyo social percibido. Hendry et al., (1993) y Larson et al., (1996) afirman que a pesar que las amistades son el principal apoyo con que cuentan en situaciones habituales, el apoyo social ofrecido por los padres es significativo en situaciones apremiantes, sin embargo, para la mayoría de adolescentes, la presión social de los amigos y las ganancias secundarias: aventuras amorosas, deportes, etc. tienen mayor implicancia, lo cual no significa necesariamente menor cercanía o menor calidad en los vínculos familiares. Esto difiere con Blyth et al. (1982) quienes señalan que muchos adolescentes eligen a sus amigos como acompañantes preferidos en vez de familiares. Al respecto, Fuligni y Eccles (1993); Gavin y Furman (1996); Dekovic y Meeus (1997) explican lo anterior señalando que en la etapa infantil son los vínculos familiares los que proporcionan una consistente base emocional con vínculos amicales en la adolescencia.

Hallamos una relación positiva baja entre el funcionamiento familiar y la *dimensión Otros Significativos* del apoyo social percibido. Musitu y Cava (2002) indican como *Otros Significativos* a las relaciones afectivas de pareja, como una nueva manera de vincularse con alguien, influyendo el contar con el soporte familiar

necesario, especialmente de parte de sus progenitores. Feiring (1996) estudia las vivencias amorosas en adolescentes de 15 años de ambos sexos, concluyendo que ellos consideran al apoyo social un 29% como una cualidad de mayor agrado, y un 30% como una ventaja lograda de su pareja amorosa.

## **Conclusiones**

El funcionamiento familiar está vinculado con el apoyo social percibido en general y con cada una de sus dimensiones en adolescentes de Lima.

Existe una apropiada concordancia entre los resultados de este estudio con el marco teórico existente lo cual reafirma nuestros hallazgos.

Las deducciones obtenidas no son determinantes por las particularidades de la muestra, proponiendo la formulación de investigaciones posteriores que las acrecienten.

## **Referencias**

- Álvarez, M. (2018) *Validez y confiabilidad del Test de Funcionamiento Familiar – FF-SIL en estudiantes universitarios de una institución pública y privada de Lima*. Tesis para optar el título de segunda especialidad en psicoterapia familiar sistémica, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú; 50 págs.
- Aranda, C., Moreno D. y Frías, M. (2017). Diferencias entre apoyo social y ambiente familiar en adolescentes con reportes de bienestar subjetivo. *Psicología desde el Caribe*, vol. 36, núm. 2, 2019. Fundación Universidad del Norte México, 26 págs.
- Asociación Médica Mundial (2017). Declaración de Helsinki (revisada). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Barcelata, Granados y Ramírez (2011). Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. México, 2011.

Blyth, D., Hill, J. y Thiel, K. (1982). Early adolescents' significant others. *Journal of Youth and Adolescence*. 11, págs. 425-450.

Carvalho, M. (2011). Serviço Social e sistema de bem-estar: semelhanças e diferenças entre Portugal, Espanha e Alemanha", Serviço Social em *Revista, Brasil*, Nº 13, vol. 2, pp. 4 - 18.

Cecil, H., Stanley M.A., Carrión, P.G. y Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*. Sep;51(5):593-602. doi: 10.1002/1097-4679(199509)51:5<593::aid-jclp2270510503>3.0.co;2-w. PMID: 8801234.

Dekovic, M. y Meeus, W. (1997): Peer relations in adolescence: effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*. 20, págs. 163-176.

Espinoza, N. (2016). *Uso de Facebook, soporte social y satisfacción con la vida en universitarios limeños*. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.

Feiring, C. (1996). Concepts of romance in 15-year-old adolescents. *Journal of Research on Adolescence*. 6, págs. 181-200.

Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Piugnau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*. Vol. 7, No. 3. pp. 739-751.

- Fuligni, A. y Eccles, J. (1993). Perceived parent-child relationships and early adolescents' orientation towards peers. *Developmental Psychology*. 29, págs. 622-632.
- Gravetter F. J. y Forzano L. B. (2015). *Research Methods for the Behavioural Sciences*. Wadsworth Cengage Learning.
- Gavin, L. y Furman, W. (1996). Adolescent girls' relationships with mothers and best friends. *Child Development*. 67, págs. 375-386.
- Hendry, L. Shucksmith, J., Love, J. y Glendinning, A. (1993): *Young people's leisure and lifestyles*. Londres, Routledge.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. et al. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición. México. Mc Graw Hill Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Salud (2006). Reglamento de Ensayos Clínicos. El Peruano. Julio 29 p.325485.  
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/Reglamento%20ensayos%20clnicos.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2013). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012*. Informe General. Anales de Salud Mental. Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.
- Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*. Vol. 36, No. 2. pp. 181-195.
- Larson et al., (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Journal Developmental psychology*, 32(4), 744-754. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.744>

- Louro, I. (1994). Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 20 (3), 7 p. <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Louro, I. et al. (2002). Manual para la intervención en la salud familiar. *Grupo asesor metodológico estudios de salud de la familia*. La Habana. pp. 26-31.
- MIMP (2018). Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016 – 2021. <https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>
- MINSA (2017). Ley General de Salud 26842. Perú. [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias\\_sanitarias/1\\_Ley\\_26842-1997-Ley-General-de-Salud-Concordada.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/1_Ley_26842-1997-Ley-General-de-Salud-Concordada.pdf)
- Musitu, G. y Cava, M.J. (2002). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes, *Psychologia: avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2017). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Ginebra 2002. [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)
- Rivera-Heredia ME. y Andrade P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida, *Revista Intercontinental Psicología Educación*. 2006;8 (2):23-40.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Thomson.

- Streiner, D., Norman, G. y Cairney, J. (2015). Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. Fifth edition. Oxford University Press. ISBN 978-0-19-968521-9. 448 págs.
- Vargas, E. (2019). *Funcionamiento familiar y apoyo social percibido en estudiantes de una universidad pública de Lima*. Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en psicoterapia familiar sistémica. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. 100 págs.
- Wongpakaran, N. y Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*. (15), 1503-1509.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet S.G. y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, (52), 30-41.

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. MEJORA DE LA MEMORIA  
ESPACIAL EN PERSONAS CON ALZHEIMER EN ESTADÍO  
LEVE A TRAVÉS DE UN PROCEDIMIENTO DE  
CONSECUENCIAS DIFERENCIALES**

Carmen María Martín Navarro

Universidad de Almería

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Carmen María Martín Navarro**, a través del correo electrónico **carmenmn2712@gmail.com**.



## **Introducción**

### **Enfermedad de Alzheimer (EA)**

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2023) afirma que “actualmente, más de 55 millones de personas tienen demencia en todo el mundo... Cada año, hay casi diez millones de casos nuevos.” La demencia es una patología neurodegenerativa, es decir, va destruyendo neuronas y sus conexiones con el paso del tiempo, lo que conduce a un deterioro de la función cognitiva más profundo de lo que podría considerarse una consecuencia habitual del envejecimiento biológico (OMS, 2023).

Según la OMS (2023), la enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, representando entre un 60 y un 70% de los casos. Concretamente, en España la padecen 800 mil personas, diagnosticando cada año 40 mil nuevos casos (Pérez, 2023).

Desde un punto de vista clínico, la enfermedad de Alzheimer (EA) se clasifica en cuatro fases según la gravedad del deterioro cognitivo y las alteraciones histopatológicas: preclínica, leve, moderada y avanzada (Calabrò et al., 2021). En la etapa preclínica, se inician los primeros cambios patológicos que afectan al córtex entorrinal y al hipocampo. Aunque las personas experimentan una pérdida leve de memoria en este período, no se observa un deterioro significativo en sus actividades diarias. Al llegar a la fase leve, las alteraciones patológicas se expanden al córtex cerebral, manifestándose en la pérdida de memoria y la incapacidad para recordar nueva información, así como en el deterioro de las funciones ejecutivas, como la resolución de problemas y la toma de decisiones. Además, surgen cambios en la personalidad, fluctuaciones en el estado de ánimo, pérdida de espontaneidad, desorientación temporal y espacial, y momentos de confusión. En la fase moderada, el daño patológico alcanza las áreas responsables del lenguaje, el razonamiento y el procesamiento sensorial. A los síntomas previos se suman problemas de

comportamiento, retraimiento social, trastornos del lenguaje, alteraciones en las habilidades visoespaciales y dificultades para reconocer a los familiares. Finalmente, en la etapa grave, los pacientes son completamente dependientes para realizar las actividades diarias, los daños patológicos abarcan prácticamente todo el cerebro y se manifiestan dificultades en las tareas motoras básicas, trastornos del sueño y signos motores extrapiramidales como distonía o síntomas parkinsonianos (Calabrò et al., 2021).

### **Memoria Espacial**

De acuerdo con Rodríguez Molina (2021), la memoria se puede definir como aquella función cognitiva que nos permite codificar y retener información vinculada a eventos y situaciones que vivimos a lo largo de nuestra vida, así como recuperarla a voluntad. Asimismo, es fundamental para el adecuado funcionamiento de otras funciones cognitivas, tales como el aprendizaje, la orientación, el lenguaje y las acciones motoras complejas.

La memoria espacial, por tanto, es un tipo de memoria que nos da la capacidad de retener información visual acerca de nuestro entorno, incluyendo la ubicación de lugares y objetos, dimensiones, distancias, etc. Además, nos otorga orientación espacial, lo que implica tener conciencia de nuestra posición con referencia a nuestro entorno y lo que observamos (Rodríguez Molina, 2021). Para dicha orientación se pueden aplicar dos marcos de referencia principales: el alocéntrico, que se fundamenta en el conocimiento de las relaciones espaciales entre los estímulos presentes en un entorno específico y cuya función desempeña el hipocampo; y el egocéntrico, que utiliza la posición individual actual como punto de referencia para la navegación y la construcción de relaciones espaciales, siendo posible gracias al núcleo caudado, la circunvolución temporal media y el precúneo. Estas estrategias no son completamente

independientes, ya que, aunque operan de forma simultánea, pueden potenciarse mutuamente para lograr un comportamiento espacial más eficiente en situaciones específicas (Castillo et al., 2023).

Asimismo, Castillo et al. (2023) sugieren que la memoria espacial está relacionada con la memoria de trabajo visual (VWM), de tal forma que esta media en el rendimiento de la memoria espacial. De igual manera, el hipocampo desempeña un papel importante en la memoria de trabajo al integrar información espacial, siendo esencial tanto para resolver problemas espaciales de base alocéntrica como para mantener activamente información espacial y no espacial en presencia de interferencias.

### **Relación entre Memoria Espacial y EA**

Como se ha mencionado anteriormente, la pérdida de la capacidad de orientación aparece en fases iniciales de la EA. Según Cogné et al. (2018), las personas con EA tienen dificultades al emplear una estrategia alocéntrica y les resulta complicado cambiar de perspectiva entre marcos de referencia egocéntricos y alocéntricos. Estas complicaciones en la navegación y memoria de los individuos con EA se han vinculado con la disminución del volumen del hipocampo y la atrofia de la corteza retrosplenial (Cogné et al., 2018).

De acuerdo con Cogné et al. (2018), son pocos los estudios que han examinado el impacto de las ayudas a la navegación en la orientación espacial en pacientes con EA. Por ello, estos autores investigaron las dificultades -junto con las señales visuales útiles- en navegación y memoria espacial virtual de pacientes con EA y con deterioro cognitivo leve. En este estudio, los participantes tuvieron que reproducir activamente un camino que incluía cinco intersecciones con un punto de referencia en cada intersección, que habían visto previamente durante una fase de aprendizaje. Se

ofrecieron tres condiciones de orientación para la navegación: puntos de referencia destacados, flechas direccionales y un mapa. Como condición de control sirvió un camino sin estímulos visuales adicionales y; como respuestas de medida, se registraron el tiempo de navegación y el número de errores de trayectoria. Los resultados de dicho estudio apuntan que las señales visuales en un entorno de realidad virtual, como flechas direccionales y puntos de referencia destacados, parecen ser útiles para la navegación espacial y las tareas de memoria en pacientes con EA.

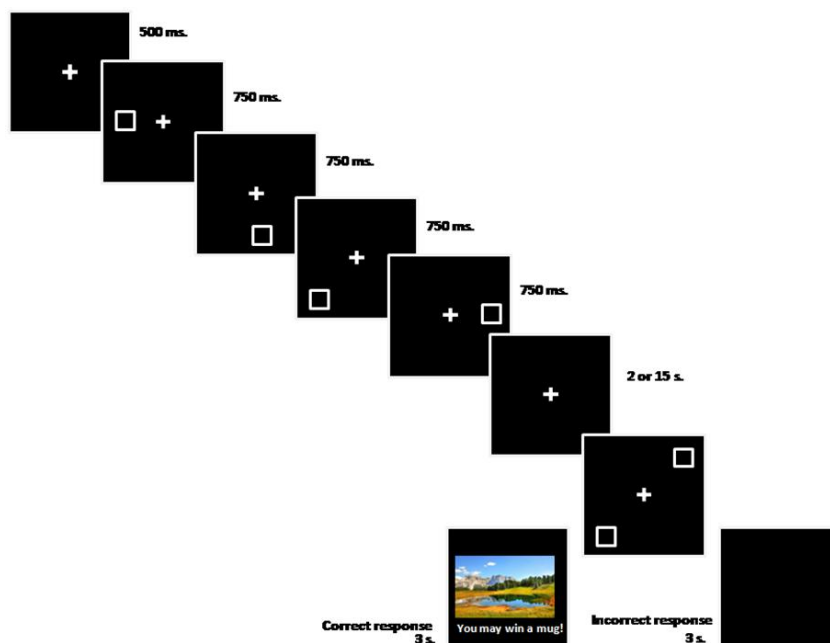
### **Procedimiento de Consecuencias Diferenciales**

Por otro lado, el efecto del Procedimiento de Consecuencias Diferenciales (PCD o DOP, por sus siglas en inglés), desarrollado por Trapold en 1970, es una manera de aplicar el reforzamiento en tareas de aprendizaje discriminativo condicional, en la que un estímulo es asociado a una consecuencia o reforzador específico al proporcionar la respuesta correcta. Lo que se ha encontrado en diversas investigaciones es que el uso del PCD favorece la ejecución de tareas que evalúan aspectos relacionados con el aprendizaje y la memoria y reduce sus alteraciones en personas con Alzheimer. Concretamente, Vivas et al. (2018) realizaron un estudio en el que investigaron la eficacia del PCD para mejorar la memoria de trabajo visoespacial en pacientes con EA y deterioro cognitivo leve (MCI, por sus siglas en inglés). Para ello, desarrollaron una tarea de ordenador con dos versiones -una condición de PCD y otra de no PCD (NPCD o NOP, por sus siglas en inglés)- con dos tipos de demora -corto y largo- por la que pasaba cada participante. El procedimiento de la tarea fue el siguiente: en primera instancia aparecía una pantalla con fondo negro y una señal de fijación en el centro durante 300ms, seguida de cuatro pantallas (una detrás de otra) donde se presentaba un cuadrado en una posición diferente en cada una, con una duración de 750ms cada pantalla. Después, aparecía de nuevo la señal de fijación en el centro, pero en ocasiones

tenía una duración de dos segundos -demora corta-, y en otras ocasiones, de 15 segundos -demora larga. Finalmente, se mostraba una pantalla con dos cuadrados, donde solo uno de ellos se había presentado con anterioridad, hasta que el participante respondiera. Si el individuo respondía de forma correcta, se le administraba el reforzador correspondiente, dependiendo de a qué condición perteneciera. Sin embargo, independientemente de la condición, si el participante respondía de forma incorrecta, aparecía una pantalla de fondo negro.

### Figura 1

*Ejemplo de un ensayo de la tarea de memoria visoespacial*



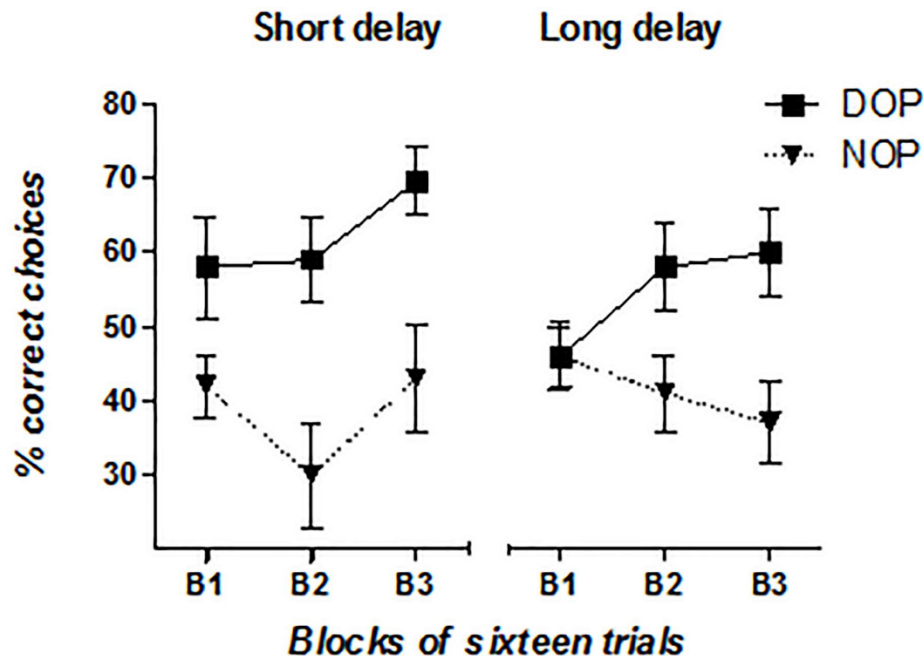
*Nota.* La figura representa la secuencia de estímulos presentada en un ensayo de la tarea. Adaptado de “Enhancement of Visuospatial Working Memory by the Differential Outcomes Procedure in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer’s Disease” (p. 4), por A. Vivas et al., 2018, *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10(364).

Lo único que cambia en la condición de NPCD es que el estímulo reforzador no está asociado a una posición determinada del estímulo target (condición PCD), sino que las consecuencias se presentan de forma aleatoria.

Cada condición estaba compuesta por tres bloques de ensayos con 16 ensayos cada uno y encontraron los siguientes resultados:

**Figura 2**

*Resultados del grupo de pacientes con EA*



*Nota.* Tomado de “Enhancement of Visuospatial Working Memory by the Differential Outcomes Procedure in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer’s Disease” (p. 4), por A. Vivas et al., 2018, *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10(364).

Como podemos observar en la Figura 2, existen diferencias entre los resultados de la condición PCD y la condición NPCD, encontrando que, en la demora corta, los pacientes con EA obtienen mejores resultados (mayor porcentaje de aciertos) en la condición PCD -sobre todo en el último bloque de ensayos- que cuando realizan la tarea bajo la condición NPCD. Sin embargo, en demora larga, aunque también obtienen mayor porcentaje de aciertos en la condición PCD que en la NPCD, el rendimiento se mantiene un poco por encima del nivel de azar.

Gracias a diversos estudios como este, se ha comprobado que el PCD es capaz de disminuir las alteraciones en el reconocimiento de caras, la memoria de trabajo visoespacial y la memoria visual de pacientes con EA (Carmona et al., 2019; Plaza et al., 2012; Vivas et al., 2018).

Según Vivas et al. (2018), estos efectos positivos del PCD se atribuyen a la activación específica del sistema de memoria implícita prospectiva, debido a que se activa una expectativa de la consecuencia y se usa como una fuente adicional de información para guiar las elecciones del comportamiento. Dichas expectativas se desarrollan a través de asociaciones de condicionamiento operante (E-R-C), de tal forma que, tras varios ensayos, la presentación del E activa la representación de su propia y única consecuencia. Este proceso no es intencional y es una característica de la memoria implícita, la cuál no se suele ver afectada en pacientes con EA.

### **Justificación del trabajo**

La memoria espacial ha recibido poca atención por parte de la investigación neuropsicológica en pacientes con EA, en comparación con otros tipos de memoria. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, los problemas de memoria espacial están presentes desde etapas tempranas del Alzheimer e incluso podría ser un predictor de la enfermedad (Cogné et al., 2018; Vivas et al., 2018). Por este motivo, aún existen lagunas en nuestro conocimiento, especialmente en lo que respecta a intervenciones y estrategias efectivas para mitigar estas pérdidas cognitivas.

Además, la introducción del PCD como una posible intervención sugiere la existencia de enfoques que podrían mejorar la memoria espacial en individuos con EA. Sin embargo, se requiere una investigación más detallada y específica para comprender la eficacia de este procedimiento en el contexto de la EA y su impacto en la memoria espacial.

Por ello, en este proyecto de investigación se plantea examinar si el entrenamiento en consecuencias diferenciales puede mejorar la memoria espacial en dichos pacientes. Así, el objetivo del proyecto es estudiar si el uso de un PCD produce mejoras notables en comparación con un procedimiento de consecuencias variables (PCND) mediante una tarea de realidad virtual que evalúa la memoria espacial en personas con EA en estadio leve. Debido a lo observado en investigaciones anteriores, la hipótesis planteada es que las personas que realicen la tarea bajo la condición de PCD obtengan mejores resultados que aquellos individuos que la realicen bajo la condición de PCND.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra estaría formada por 60 personas que tengan EA con un grado de afectación leve y no sean analfabetos. Dichos participantes se dividirán en dos grupos; el grupo experimental al que se le realizará un entrenamiento en Consecuencias Diferenciales (grupo PCD), y el grupo control al que se le realizará un entrenamiento en consecuencias variables (grupo PCND). Por un lado, la distribución muestral por grupos será del 50% para cada uno y, por otro lado, la distribución muestral por género será de 50% hombres y 50% mujeres, de tal forma que se utiliza un muestreo no probabilístico intencional.

El contacto con los participantes se realizará a través de centros de día o residencias especializadas en esta patología pertenecientes a la ciudad de Almería. Las personas que conformen la muestra serán seleccionadas por las características descritas anteriormente y deberán presentar un diagnóstico de EA en estadio leve evaluado por un profesional.



## **Procedimiento**

Se utilizará la Boxes Room Task como tarea de memoria espacial. Esta tarea es de realidad virtual y consiste en una sala con 16 cajas, entre las cuales, los participantes tienen que encontrar 3 premiadas. Los sujetos no saben cuál es la posición inicial de las cajas premiadas, por lo que tienen que moverse por la habitación y clicar en las cajas para encontrarlas. Esto lo hacen con un joystick y, cuando una caja se abre, su color cambia entre verde, si es la caja premiada, o rojo, si no lo es.

Las cajas premiadas siempre se encuentran en la misma posición pero, la localización del individuo es la que cambia ensayo tras ensayo. Sin embargo, hay diversos estímulos en las paredes de la sala, como cuadros, una puerta y una ventana, de tal forma que sirven de señales o pistas locales para localizar las cajas premiadas; es decir, los participantes deben utilizar una estrategia allocéntrica para orientarse espacialmente en la habitación y encontrar dichas cajas.

Teniendo esto en cuenta, el procedimiento de la tarea en este estudio será el siguiente:

El grupo PCD realizará la tarea bajo un procedimiento de consecuencias diferenciales, de tal forma que la posición de cada caja se asocie a una consecuencia diferente. Es decir, cada vez que el sujeto abra una de las cajas premiadas, además de ponerse en verde, aparecerá una pantalla en la que ponga “¡MUY BIEN!”. Cuando abra otra de las cajas premiadas, aparecerá en la pantalla una imagen de la playa de Mónsul (Almería) junto a un texto que ponga “¡PERFECTO!” y, cuando abra la otra caja premiada, aparecerá un emoticono de una cara sonriente. Por el contrario, cada vez que presione una caja que no esté premiada, solamente cambiará su color a rojo.

En cambio, el grupo PCND realizará la tarea mediante un procedimiento de consecuencias variables, de tal forma que cada vez que el sujeto abra cualquiera de las cajas premiadas, aparecerá de forma aleatoria una de las consecuencias mencionadas

anteriormente. Y, al igual que el otro grupo, cada vez que abra una caja que no sea de las premiadas, cambiará de color a rojo.

La tarea estará compuesta por un total de 60 ensayos divididos en 6 sesiones - formadas por 10 ensayos cada una- que se realizarán en días diferentes para no causar fatiga a los participantes y, a su vez, asegurar que se establece el aprendizaje asociativo.

### **Análisis de datos**

Para llevar a cabo los análisis correspondientes, se registrará el porcentaje de aciertos y errores -es decir, el número de cajas premiadas correctamente identificadas (aciertos) y el número de cajas no premiadas incorrectamente seleccionadas (errores)- durante cada sesión para ambos grupos.

Por tanto, los análisis que se realizarían serían los siguientes:

En primer lugar, deben cumplirse los supuestos de normalidad de la distribución muestral y la esfericidad. Si se cumplen los supuestos, se realizará un análisis de medidas repetidas ANOVA para aciertos y otro para los errores entre las variables Sesión y Grupo; realizando así comparaciones intra e intergrupo. Además, se analizará si existen efectos principales del grupo, de la sesión o una interacción entre ambas.

Por otro lado, si no se cumpliesen los supuestos, para la falta de normalidad se utilizarían pruebas no paramétricas, como la prueba de Kruskal-Wallis para comparar grupos y la prueba de Friedman para comparaciones intragrupos. Para la falta de esfericidad, se utilizaría la corrección de Grennhouse-Geisser para ajustar los grados de libertad y controlar la tasa de error en el análisis de medidas repetidas ANOVA.

## Resultados Esperados

Se esperan encontrar dos tipos de resultados: podría darse un efecto principal de grupo, dónde existan diferencias globales entre el grupo PCD y el PCND en el porcentaje de aciertos y errores totales. Es decir, se encontraría que las personas que realizaran la tarea bajo el PCD obtendrían mayor porcentaje de aciertos y menor porcentaje de errores que las personas que la realizaran bajo el PCV. O bien, podría darse una interacción Grupo x Sesión, dónde se hallen diferencias significativas en cómo cambia el porcentaje de aciertos entre los grupos a lo largo de las sesiones de entrenamiento. Es decir, se encontraría que el grupo PCD obtendría mayor porcentaje de aciertos y menor porcentaje de errores a lo largo del avance de las sesiones y, en cambio, el grupo PCND obtendría más o menos el mismo porcentaje de aciertos y errores independientemente de la sesión -se mantendría siempre por el nivel del azar.

## Discusión

Este estudio tiene como objetivo principal examinar la eficacia del Procedimiento de Consecuencias Diferenciales (PCD) para mejorar la memoria espacial en pacientes con EA en fase leve. Si finalmente se encontrasen los resultados que se esperan, se sugeriría que el PCD podría mejorar significativamente el rendimiento de estas personas en tareas de memoria espacial, en comparación con un procedimiento de consecuencias variables.

Estos hallazgos serían consistentes con investigaciones previas que han demostrado los beneficios del PCD en el aprendizaje y la memoria en diversas poblaciones, incluidas aquellas con trastornos neurodegenerativos. Sin embargo, la aplicación del PCD específicamente a la memoria espacial en pacientes con EA es novedosa y ofrece nuevas perspectivas para la rehabilitación cognitiva de esta enfermedad.

Este estudio no solo contribuirá al entendimiento científico de cómo la memoria espacial puede ser preservada o incluso mejorada en pacientes con EA, sino que también podría abrir nuevas vías para intervenciones terapéuticas. Si se demostrara la eficacia del PCD en este contexto, se podría establecer un nuevo estándar en la rehabilitación cognitiva de la enfermedad, proporcionando a los pacientes herramientas efectivas para mantener su independencia y mejorar su calidad de vida.

## Referencias

- Calabrò, M., Rinaldi, C., Santoro, G., & Crisafulli, C. (2021). The biological pathways of Alzheimer disease: A review. *AIMS Neuroscience*, 8(1), 86. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2021005>
- Castillo Escamilla, J., León Estrada, I., Alcaraz-Iborra, M., & Cimadevilla Redondo, J. M. (2023). Aging: Working memory capacity and spatial strategies in a virtual orientation task. *GeroScience*, 45(1), 159-175. <https://doi.org/10.1007/s11357-022-00599-z>
- Cogné, M., Auriacombe, S., Vasa, L., Tison, F., Klinger, E., Sauzéon, H., Joseph, P., & N’Kaoua, B. (2018). Are visual cues helpful for virtual spatial navigation and spatial memory in patients with mild cognitive impairment or Alzheimer’s disease? *Neuropsychology*, 32(4), 385-400. <https://doi.org/10.1037/neu0000435>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de marzo de 2023). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pérez, A. (21 de septiembre de 2023). *21 de septiembre: Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer* [Archivo PDF]. Sociedad Española de Neurología. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link28o.pdf>

- Rodríguez Molina, J. (2021). *Evaluación de memoria espacial y percepción temporal en jóvenes y mayores, y la relación de estas capacidades cognitivas para la memoria episódica* [Trabajo Fin de Grado no publicado]. Universidad de Almería. <http://hdl.handle.net/10835/13274>
- Vivas A. B., Ypsilanti A., Ladas A. I., Kounti F., Tsolaki M. and Estévez A. F. (2018). Enhancement of Visuospatial Working Memory by the Differential Outcomes Procedure in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10(364), 1-6. <http://dx.doi.org/10.3389/fnagi.2018.00364>

## DESMONTANDO MITOS SOBRE EL AUTISMO

Myriam De la Iglesia Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valladolid

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Myriam De la Iglesia**, Universidad de Valladolid, Facultad de Educación de Segovia (Universidad de Valladolid). Campus María Zambrano. Departamento de Psicología. Plaza de la Universidad, 1. 40005. Segovia. España. Correo electrónico: [myriam.delaiglesia@uva.es](mailto:myriam.delaiglesia@uva.es)

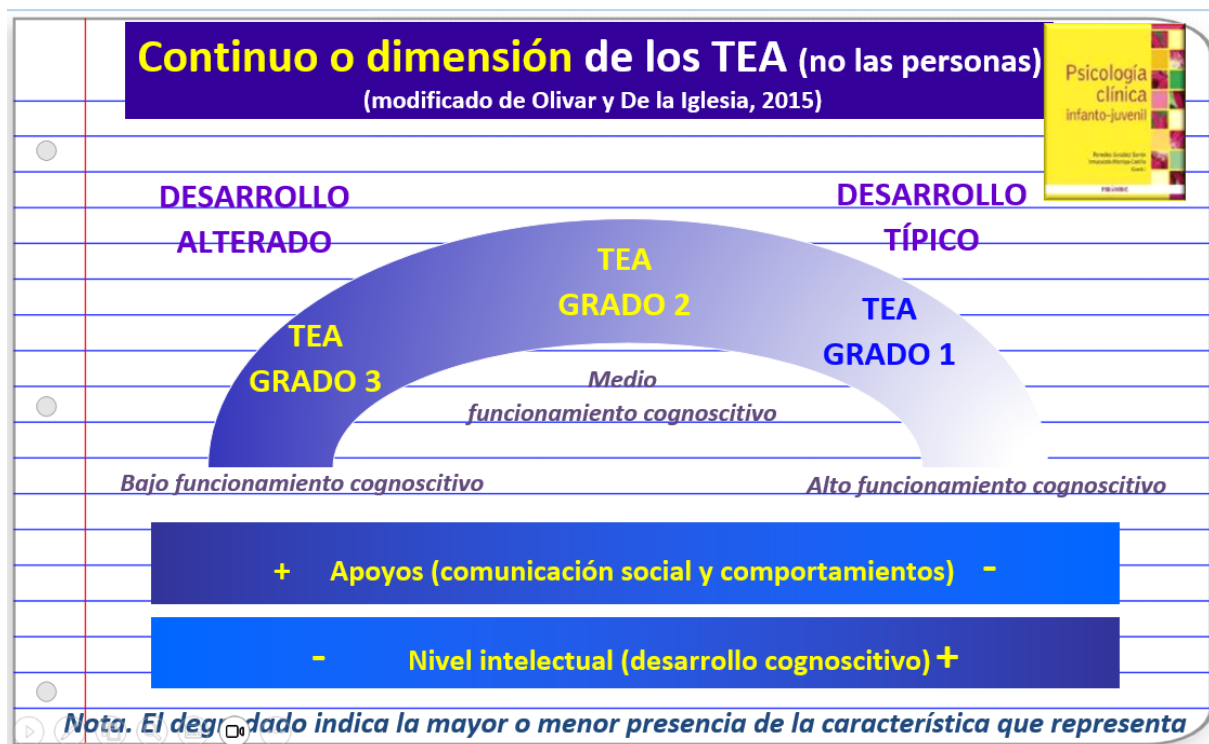
## Introducción

Los mitos acerca del Trastorno del Espectro Autista (TEA) persisten y continúan afectando de manera negativa la percepción social y el enfoque adecuado de las personas que padecen esta situación. Durante los años, estas creencias infundadas han sido fundamentales para perpetuar la estigmatización y distorsión de la comprensión del comportamiento, las habilidades y las necesidades específicas de aquellos que viven con autismo, generando grandes barreras para su integración en el ámbito social, educativo y laboral.

Este colectivo comprende personas con diferentes habilidades y dificultades, así como diferentes niveles de afectación (ver Figura 1)

**Figura 1**

*Continuo sintomatológico en el Trastorno del Espectro del Autismo*

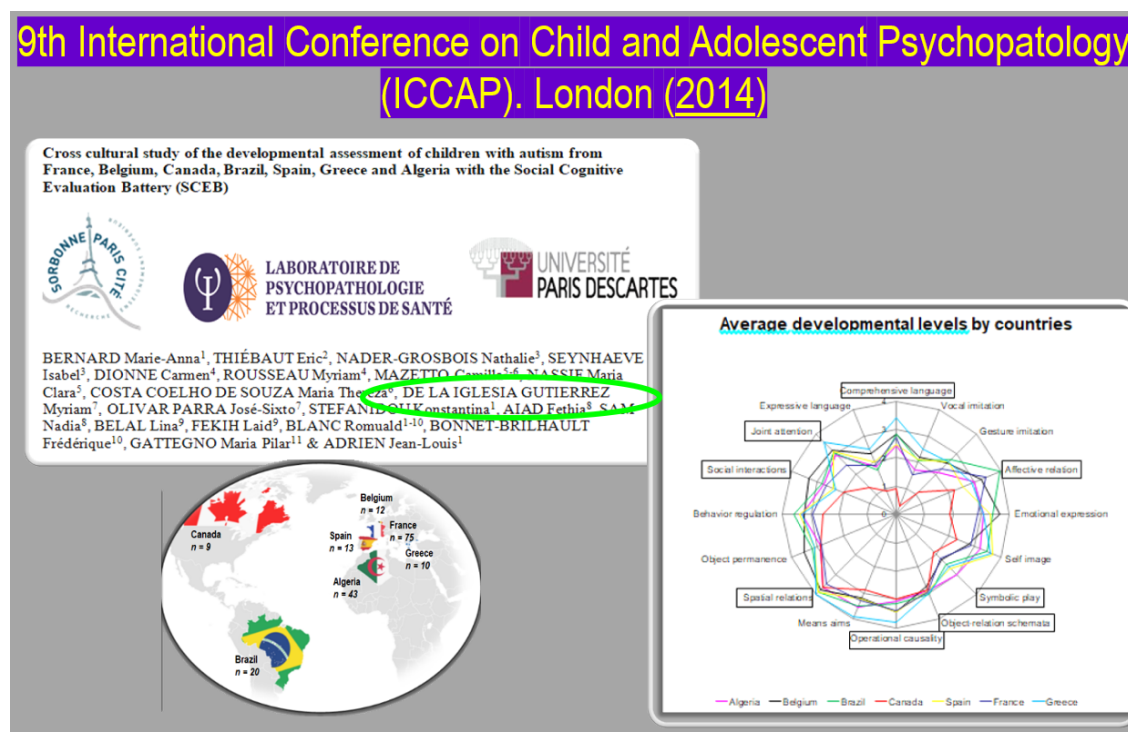


*Nota. Fuente:* Modificado de Olivar y De la Iglesia (2015, p. 366).

La representación que presentamos es de la presencia de características nucleares, que ya se recogen en la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) en 2014 y su edición revisada en 2022 (APA, 2014; 2022), no de las personas. Y también viene siendo representada por el equipo que presenta este trabajo de una manera radial, menos lineal, mostrando de nuevo su complejidad (ver Figura 2).

**Figura 2**

*Representación radial de la sintomatología del Trastorno del Espectro del Autismo*



*Nota. Fuente: Bernard et al. (2014).*

Este estudio tiene como propósito valorar y analizar algunos de los mitos más habituales acerca de las habilidades y dificultades del autismo. La falta de respaldo a estos mitos puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de las personas afectadas, limitando sus posibilidades y perpetuando reflexiones equivocadas sobre sus habilidades. Por ello, la desmitificación de estas falsas creencias es fundamental



para promover una comprensión más precisa, informada y empática del autismo, así como para fomentar un entorno más inclusivo, sensible y alineado con las necesidades y realidades de quienes forman parte del espectro autista.

Por esta razón, este trabajo tiene como *objetivo* presentar un estudio exploratorio sobre los mitos sobre el TEA existentes entre los conocimientos que poseen los futuros profesionales de la enseñanza de las primeras etapas educativas.

## Método

### Muestra

La muestra ha sido obtenida mediante procedimiento de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los datos referentes a sus datos sociodemográficos se recogieron mediante la herramienta *Microsoft Forms* (ver Tabla 1)

## Tabla 1

Características de la muestra de estudio

| Características                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 365 estudiantes de la Universidad de Valladolid (Campus de Segovia)                                                                                                                 |
| ✓ Edad: media de 21 años                                                                                                                                                            |
| ✓ Género: 78% mujeres                                                                                                                                                               |
| ✓ Estudios: 43% son estudiantes del Grado en Educación Primaria, el 26% del Grado en Educación Infantil y el 31% del Programa de Doble Titulación en Educación Infantil y Primaria. |

*Note.* Fuente Elaboración propia.

Con el mismo procedimiento se les hizo partícipes del del listado de verificación “*Mitos y leyendas.... (y verdades) sobre los TEA*” (De la Iglesia y Olivar, 2021) (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

Características del listado de verificación “Mitos y leyendas.... (y verdades) sobre los TEA” (De la Iglesia y Olivar, 2021)

| Características                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Afirmaciones sobre el TEA en referencia a                                         |
| 1) su prevalencia y epidemiología,                                                |
| 2) descripción de esta condición diagnóstica,                                     |
| 3) hipótesis explicativas y mitos sobre la posible etiología, y                   |
| 4) intervenciones y tratamientos                                                  |
| <i>Note.</i> Fuente Elaboración propia a partir de De la Iglesia y Olivar (2021). |

Todos los resultados obtenidos fueron tratados con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* [Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales] *SPSS v.20*.

## Resultados

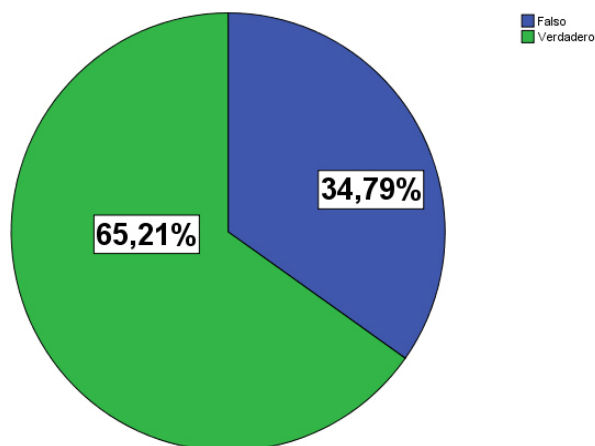
Entre los resultados obtenidos mediante el análisis descriptivo de las frecuencias de las respuestas, podemos destacar la existencia de creencias que resultan erróneas sobre:

### 1. La rigidez mental de las personas con TEA

Entre los resultados obtenidos podemos observar que, si bien más de la mitad de las personas que responden el lista de verificación (65%) indican que conocen la necesidad de que las personas con autismo tengan intereses y o conductas restringidas a unos temas, un importante porcentaje, como es el 35%, no lo cree así. Recordamos que se trata de futuros profesionales que debieran conocer que precisamente estamos hablando de uno de los síntomas necesarios para el diagnóstico (ver Figura 3).

**Figura 3**

*Resultados obtenidos en el ítem referente a rigidez mental en las personas con TEA*



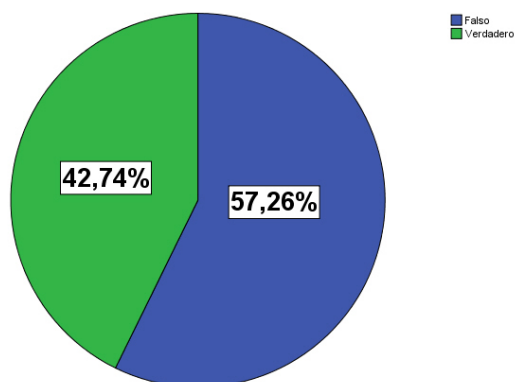
*Nota. Fuente: Elaboración propia*

## 2. La presencia de habilidades extraordinarias

Más de la mitad de las estudiantes que responden el estado de verificación (57%) manifiestan creer que “todas” las personas con autismo tienen habilidades extraordinarias, cuando si bien es cierto que existen personas con TEA que las poseen, no es requisito necesario para recibir el diagnóstico, pues no todas las tienen (ver Figura 4)

**Figura 4**

*Resultados obtenidos en el ítem referente a la presencia de habilidades extraordinarias en las personas con TEA*

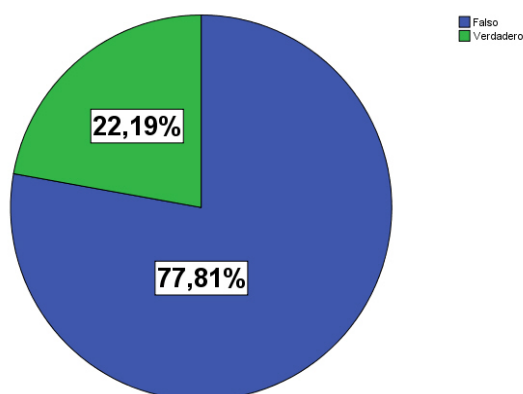


*Nota. Fuente:* Elaboración propia

Si bien mayoritariamente las estudiantes manifestaron conocer que todas las personas con autismo tienen dificultades en el lenguaje (79%), llama la atención que un 22% considera que no (ver Figura 5)

**Figura 5**

*Resultados obtenidos en el ítem referente a las dificultades en el lenguaje en las personas con TEA*



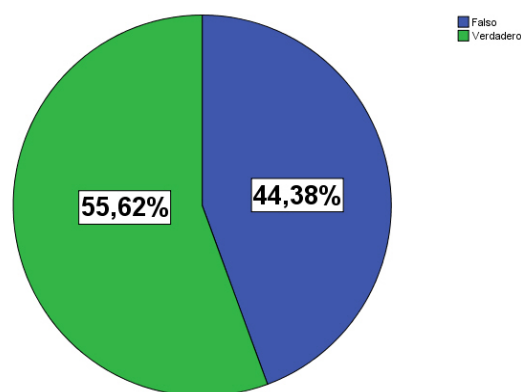
*Nota. Fuente:* Elaboración propia

### 3. Sobre su sistema de aprendizaje preferente

En este sentido, más de la mitad de las personas que responden (56%) consideran que, en general, las personas con autismo aprenden mejor por modelado, decir, imitando a las otras personas (ver Figura 6).

#### **Figura 6**

*Resultados obtenidos en el ítem referente a su sistema de aprendizaje preferente de las personas con TEA*



*Nota. Fuente:* Elaboración propia

La respuesta inadecuada a este ítem puede tener una implicación directa en la metodología que estas futuras profesionales elijan para con sus estudiantes con autismo.

#### **Discusión**

Es de gran interés analizar estos resultados, especialmente en el contexto del significativo aumento de casos de estudiantes con TEA en las aulas españolas.

Los participantes del estudio serán futuros maestros y maestras que, en un futuro cercano, tendrán la responsabilidad de educar a estos alumnos, lo que hace

evidente la necesidad de fortalecer la formación específica sobre este trastorno. Esta formación resulta crucial, particularmente en la etapa inicial de los docentes, quienes desempeñarán un papel fundamental en la educación de los niños con TEA durante los primeros ciclos de escolarización.

La creciente presencia de estudiantes con TEA en las aulas demanda que los futuros docentes no sólo estén informados, sino también capacitados en estrategias de enseñanza inclusiva que respondan a las necesidades particulares de estos alumnos.

De esta situación se derivan varias líneas de investigación que podrían desarrollarse en el futuro, orientadas principalmente a ampliar la participación muestral tanto en el ámbito universitario como en las escuelas, y extendiéndose a un contexto más amplio que abarque a la sociedad en general.

Esto permitirá un mejor entendimiento y preparación de los profesionales educativos para enfrentar los desafíos que plantea la inclusión de estudiantes con TEA en el entorno escolar.

## **Referencias**

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5<sup>a</sup> ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría (or. ingl., 2013).
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-T-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>a</sup> ed. Text Revision)*. American Psychiatric Association.
- Bernard, M.A., Thiébaud, E., Nader-Grosbois, N., Seynhaeve, I., Dionne, C., Rousseau, M., Mazetto, C., Nassif, M.C., Costa, M.T., De la Iglesia, M., Olivar, J.S., Stefanidou, K., Aiad, F., Sam, N., Belal, L., Fekih, L., Blanc, R., Bonnet-Brilhault, F., Gattegno, M.P. y Adrien, J.L. (2014, del 14/07/2014 al 16/07/2014). Cross

cultural study of the developmental assessment of children with autism from France, Belgium, Canada, Brazil, Spain, Greece and Algeria with the Social Cognitive Evaluation Battery (SCEB). [Estudio transcultural sobre la evaluación del desarrollo de niños con autismo de Francia, Bélgica, Canadá, Brasil, España, Grecia y Argelia con la Batería de Evaluación Cognitiva y Socio-Emocional (BECS)]. [Comunicación]. *9th International Conference on Child and Adolescent Psychopathology (ICCAP)*, Londres, Royaume-Uni. <http://www.roehampton.ac.uk/Research-Centres/Centre-for-Applied-Research-and-Assessment-in-Child-and-Adolescent-Wellbeing/Child-and-Adolescent-Psychopathology-Conference/>

De la Iglesia, M., y Olivar, J.S (2021). Mitos sobre el Trastorno del Espectro Autista en un grupo de estudiantes universitarios. En S. Melero *Libro de actas de 7th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents. VII Congreso Internacional de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Book of abstracts* (p. 131). Pirámide.

De la Iglesia, M., y Olivar, J.S (2023). “Myths and legends” about Autism Spectrum Disorder (“Mitos y leyendas” sobre el Trastorno del Espectro Autista). En L. Gómez, C. González y J. Lees (Eds.) *Education and New Learning Technologies. Edulearn23 Proceedings* (pp. 203-208). 3th-5th July 2023 IATED Academy. doi: 10.21125/edulearn.2023.0103

Olivar, J.S. & De la Iglesia, M. (2015). Trastorno del Espectro del Autismo y su tratamiento. En R. González Barrón, I. Montoya-Castilla (Coord.). *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 358-381). Pirámide.

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. EFECTOS DEL  
PROCEDIMIENTO DE CONSECUENCIAS DIFERENCIALES EN  
PERSONAS CON ALZHEIMER EN ESTADÍO MODERADO**

Carmen María Martín Navarro

Universidad de Almería

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Carmen María Martín Navarro**, a través del correo electrónico **carmenmn2712@gmail.com**.



## Introducción

### **Enfermedad de Alzheimer**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la demencia es un síndrome de carácter crónico o progresivo que está caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas sin que se considere una consecuencia del envejecimiento normal, que suele afectar a personas mayores de 60 años. Dicho deterioro altera el pensamiento, el juicio, el cálculo, el lenguaje, la comprensión, la orientación, la capacidad de aprendizaje y la memoria, que a su vez, produce disfunción del control emocional, del comportamiento social y de la motivación (OMS, 2020).

Actualmente, la demencia afecta a un total de 50 millones de personas en el mundo y se calcula que en 2030 esta cifra aumentará hasta llegar a ser 82 millones de personas las afectadas por esta enfermedad neurodegenerativa. Cabe señalar que, entre un 60% y 70% de los casos de demencia, son de tipo Alzheimer, llegando a ser la forma más común de demencia (OMS, 2020). En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020) afirma que existen aproximadamente 240 mil personas con enfermedad de Alzheimer (EA).

Esta enfermedad progresa de manera gradual y puede durar décadas hasta que la persona que la padece, fallece. Además, no tiene cura, por lo que todos los profesionales de la salud velan por frenar el avance de la enfermedad y mantener la autonomía de la persona el máximo tiempo posible. Según Gamadiel y Gilabert (2021) existen tres etapas del EA; una etapa inicial o leve, donde el individuo tiene dificultades con el lenguaje, pérdida de memoria a corto plazo declarativa, se desorienta tanto espacial como temporalmente, tiene falta de motivación, alteración del sueño y del ánimo, y descuida la higiene. En la etapa moderada, el paciente es más dependiente y necesita ayuda para realizar de forma adecuada muchas de las actividades de la vida diaria, como la higiene personal o del hogar, cocinar, comprar, olvida los nombres de

las personas, tiene dificultades para hablar, empieza a vagabundear y puede tener alucinaciones (Gamadiel y Gilabert, 2021). Finalmente, en la etapa severa, el individuo es totalmente dependiente, pierde incluso la memoria episódica remota, no es capaz de comer sólo, de reconocer a familiares, amigos u objetos comunes, pierde la habilidad psicomotriz, por lo que tiene dificultades para caminar y no es capaz de controlar sus esfínteres (Gamadiel y Gilabert, 2021).

La anatomía patológica del Alzheimer se caracteriza, a nivel cerebral, por presentar surcos amplios y atrofia cerebral generalizada con dilatación de los ventrículos (Pradilla, 2004) y, a nivel bioquímico, se relaciona con un procesamiento anormal de la proteína precursora del amiloide y, como efecto de la toxicidad de los oligómeros del péptido  $\beta$ -amiloide ( $A\beta$ ), se produce una acumulación de la proteína tau, que lleva a una disfunción sináptica, seguida de una atrofia celular y, finalmente, ocasiona una muerte celular (Gamadiel y Gilabert, 2021).

Aunque no se tiene una comprensión exhaustiva de las causas de la enfermedad, sí se sabe que está relacionada con varios factores de riesgo, como son la edad, la genética –mutaciones en los genes precursores de la proteína  $A\beta$  de los cromosomas 14 y 1 se relacionan con un EA precoz y, un EA tardío se relaciona con el cromosoma 19, que origina la Apolipoproteína E–, la educación –cuanto menor es el nivel de educación, menor será la reserva cognitiva y sináptica–, factores ambientales, vasculares –tener una enfermedad cardíaca, colesterol o presión arterial alta, aumenta el riesgo de padecer Alzheimer– y psicosociales –padecer depresión puede facilitar el desarrollo de EA (Toro et al., 2022).

Según Gamadiel y Gilabert (2021), los tratamientos de la EA se suelen enfocar a realizar acciones preventivas y neuroprotectoras, acciones sobre los mecanismos patogénicos, aumentar el número de neurotransmisores, controlar los estadios de agitación y otras manifestaciones psiquiátricas, y tratar las enfermedades asociadas.

Para la prevención de esta enfermedad, se utiliza la vitamina E, el Ginkgo Biloba y los antiinflamatorios no esteroideos ya que tienen efectos antioxidantes. Además, estos autores sugieren que tener una dieta saludable a base de frutas, verduras, granos integrales y con abundantes alimentos antioxidantes, también puede ayudar a prevenir la enfermedad. Para actuar sobre los mecanismos patogénicos, se han desarrollado nuevos fármacos (como el aducanumab) dirigidos a reducir las aglomeraciones de la proteína A $\beta$ , o el empleo de ultrasonidos, cuyo objetivo es aumentar la actividad de la microglía cerebral para que elimine las placas amiloides (Gamadiel y Gilabert, 2021). Por otro lado, se utilizan inhibidores de acetilcolinesterasa de segunda generación para incrementar la concentración y duración de la acetilcolina en casos de Alzheimer leves o moderados y, la memantina (un antagonista del receptor NMDA), para evitar la excitotoxicidad en casos moderados a graves (Gamadiel y Gilabert, 2021; Toro et al., 2022). Para tratar las manifestaciones psiquiátricas, usan fármacos encargados de controlar la agitación y las conductas agresivas y, finalmente, para el tratamiento de las enfermedades asociadas a la EA, se propone administrar el factor de crecimiento nervioso (entre otros) con la finalidad de cesar la patología subyacente (Gamadiel y Gilabert, 2021).

Toda esta información expone la necesidad de estudiar más en profundidad las causas y consecuencias del EA y, concretamente, las acciones que se pueden llevar a cabo para el retraso en el avance de la enfermedad cuando se detecta en etapas iniciales, ya que esto puede suponer un menor deterioro –y más lento– de las capacidades del paciente, así como un menor impacto en su vida diaria y en la de sus familiares tras el diagnóstico. Para ello, la neuropsicología es muy importante, puesto que se trabaja con estas personas a través de programas de entrenamiento cognitivo con el objetivo de estimular sus funciones cognitivas y fortalecer sus capacidades intelectuales, demorando así la progresión del deterioro (Barrientos y Barrera, 2022).

Algunas técnicas que se suelen utilizar son la terapia de orientación a la realidad –cuyo objetivo es orientar al paciente en espacio y tiempo–, la técnica de reminiscencia –cuyo objetivo es posibilitar el recuerdo de objetos o vivencias del pasado de los pacientes–, ejercicios de estimulación cognitiva y actividades de rehabilitación en el domicilio –encargadas de aumentar la reserva cognitiva del individuo y de recuperar todo lo posible las funciones afectadas (Castillo, Fernández y Chamorro, 2020).

### **Procedimiento de Consecuencias Diferenciales**

En 1970, Trapold realizó un experimento con ratas con el objetivo de comprobar que las expectativas generadas por diferentes agentes reforzantes producen distintas consecuencias de estímulo, las cuales pueden ser utilizadas para condicionar respuestas instrumentales. Dicho estudio consistió en entrenar a un conjunto de ratas en una tarea de elección discriminativa para que aprendieran a presionar la palanca situada a la izquierda cuando escucharan un sonido de clic y, la palanca derecha, cuando sonara un tono. Se dividieron las ratas en dos grupos: la mitad de ellas fueron entrenadas con consecuencias diferenciales, es decir, se les otorgaba como reforzador pellets de comida por cada respuesta correcta al tono y, sacarosa, por responder de forma correcta al sonido de clic; mientras que, la otra mitad de las ratas fueron entrenadas con consecuencias comunes para ambos estímulos, es decir, por cada respuesta correcta se les ofrecía solo pellets de comida o solo sacarosa, con independencia del estímulo que apareciera. Como resultado del experimento obtuvo que el grupo que había recibido consecuencias diferenciales adquirió de forma significativamente más rápida la discriminación de elección de respuesta que los sujetos que habían sido entrenados con consecuencias comunes. A dicho resultado se le denominó efecto de consecuencias diferenciales (ECD); por lo que, podríamos definir el procedimiento de consecuencias diferenciales (PCD) como aquella forma de

reforzamiento en la que, en una tarea de discriminación de estímulos, cada estímulo está asociado con una consecuencia determinada (un reforzador específico).

Tal y como explican McCormack et al. (2019) en la revisión sistemática que llevaron a cabo sobre los efectos del PCD, se ha demostrado que este procedimiento mejora la velocidad y precisión en la adquisición de discriminaciones condicionales en animales en comparación con otros procedimientos, como el de consecuencias comunes –dónde las consecuencias son siempre las mismas para ambos estímulos– y el de consecuencias variables –dónde las consecuencias para ambos estímulos se administran de forma aleatoria en cada ensayo. Además, el uso del PCD también ha demostrado mejorar la retención en tareas de igualación a la muestra con demora y facilitar la generalización de la respuesta a estímulos nuevos mediante el emparejamiento de un estímulo discriminativo y un reforzador en un entrenamiento con un solo estímulo; es decir, con este procedimiento se transfiere la respuesta a estímulos nuevos sin necesidad de entrenamiento directo, logrando, además, una precisión mayor (McCormack et al., 2019).

Actualmente se está estudiando el efecto del PCD en diferentes poblaciones debido a los beneficios que se han obtenido en las investigaciones con animales y, por sus características, este procedimiento podría ser muy beneficioso en personas con problemas de aprendizaje. Hasta ahora, este efecto positivo se ha comprobado tanto en niños con trastorno del espectro autista y con retraso mental severo, como en personas con distintos tipos de demencia, con síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Down y Síndrome de Korsakoff (Mateos y Flores, 2016). Gracias a estos estudios, se ha constatado que el PCD también favorece la ejecución en tareas que evalúan aspectos relacionados con la memoria y, por tanto, minimiza algunos de los efectos adversos de los desórdenes que afectan a esta, como en el caso del Alzheimer (Mateos y Flores, 2016). De hecho, se ha comprobado que, en personas con dicha enfermedad, este

procedimiento es capaz de aminorar las alteraciones en el reconocimiento de caras, la memoria de trabajo visoespacial y la memoria visual (Carmona et al., 2019; Plaza et al., 2012; Vivas et al., 2018).

McCormack et al. (2019) evaluaron el efecto combinado del PCD en humanos con las variaciones procedimentales que se correlacionan con efectos más fuertes y, encontraron que el PCD afecta de forma positiva al rendimiento de diversas poblaciones en experimentos de discriminación condicional y en la generalización a estímulos nuevos. Sin embargo, este procedimiento no tuvo efecto en otras medidas de eficacia de aprendizaje, como la latencia de respuesta o el porcentaje de errores en experimentos grupales. Además, se encontró una precisión general mayor en los experimentos que usan reforzamiento con un sistema de fichas en comparación con aquellos que usan otros tipos de reforzamiento. En cuanto a la población clínica, observaron un mayor efecto del PCD en este grupo en comparación con los adultos sanos y niños con desarrollo típico pertenecientes a los grupos controles. Por ello, sugieren que el PCD puede ser una herramienta eficaz para mejorar la precisión en la adquisición de discriminaciones condicionales en diversas poblaciones clínicas, como niños con autismo, personas con síndrome de Down y personas con problemas de memoria, como déficits relacionados con la edad, enfermedad de Alzheimer y privación del sueño (McCormack et al., 2019).

Carmona et al., en su estudio de 2019, exponen la existencia de una teoría cognitiva acerca de la enfermedad de Alzheimer, que propone que los efectos positivos del PCD se explican mejor en términos de la activación específica del sistema de memoria implícita prospectiva. Esto es debido a que, según el modelo de dos sistemas de memoria, los procedimientos de consecuencias diferenciales y no diferenciales (PCD y PCND) implican de forma distintiva a la memoria prospectiva y retrospectiva, respectivamente; de tal manera que, en la condición PCD, se activa una expectativa de

la consecuencia –que es un proceso prospectivo– y se usa como una fuente adicional de información para guiar las elecciones del comportamiento (Carmona et al., 2019). Según Carmona et al. (2019), dichas expectativas se desarrollan a través de asociaciones de condicionamiento clásico (estímulo de muestra-consecuencia), de modo que tras varios ensayos, la presentación del estímulo objetivo activa la representación de su propia y única consecuencia. Este proceso no es intencional y es una característica de la memoria implícita, la cuál no se suele ver afectada en pacientes con EA. Sin embargo, cuando las consecuencias o reforzadores se administran al azar o son comunes a todos los estímulos (condición PCND), se activa un proceso retrospectivo, que mantiene activada, durante el tiempo de demora, la representación del estímulo presentado (Carmona et al., 2019).

Según Carmona et al. (2019), esta teoría se evidencia de forma neuroanatómica gracias a un estudio realizado por Mok y colaboradores, dónde utilizaron imágenes por resonancia magnética funcional y encontraron activaciones en el surco angular –situado en la corteza parietal posterior– relacionadas con el proceso de memoria prospectiva (condición PCD) y, actividad en el hipocampo –situado en el lóbulo temporal medial– relacionada con el proceso de memoria retrospectiva (condición PCND). Esto hace que se llegue a la conclusión de que el PCD pueda mejorar la memoria de los pacientes con EA a través de la memoria implícita prospectiva. Por ello, en 2019, Carmona et al. realizaron un estudio cuyo objetivo era explorar más a fondo los beneficios del PCD en la mejora de la memoria de reconocimiento visual (MRV) para estímulos no faciales en pacientes con EA. Además, investigaron también los efectos a largo plazo midiendo la retención de memoria a largo plazo a través de un seguimiento realizado al cabo de una hora y al pasar una semana. Para llevar a cabo esta investigación, emplearon una tarea de igualación a la muestra con demora en dos condiciones experimentales distintas: una condición diferencial, en la que cada

estímulo visual a recordar se asoció con una consecuencia única, y una condición no diferencial, en la que las consecuencias se administraron aleatoriamente después de que el sujeto declarase las respuestas correctas. Entre los resultados más destacados, obtuvieron una mejora significativa en el reconocimiento demorado de información visual en todos los participantes, incluyendo los pacientes con EA, durante la fase de entrenamiento con el PCD y, además, una mejora en la retención de la memoria a largo plazo en dichos pacientes. Observaron que durante el seguimiento de una semana, la memoria de los pacientes que fueron entrenados con el PCND disminuyó y, en cambio, el grupo que fue entrenado con el PCD mantuvo sin variaciones su retención en la memoria. Estos resultados se pueden explicar, según Carmona et al (2019), gracias al modelo de dos sistemas de memoria (expuesto anteriormente).

En relación con estos avances, Carmona et al. (2020) realizaron una investigación donde estudiaron los mecanismos neuronales y cognitivos que subyacen al PCD en adultos jóvenes y sanos. Su objetivo principal fue esclarecer estos mecanismos en la memoria visual a corto plazo estableciendo la secuencia temporal de la activación cerebral mediante el uso de potenciales relacionados con eventos (PRE). Los resultados que obtuvieron muestran que, al establecerse la asociación entre el estímulo objetivo y su consecuencia específica, se activa una representación de la consecuencia esperada durante la codificación y se mantiene durante el período de retención. Esto se evidencia a través de los componentes PRE –P3000, el potencial de onda lenta temprana (Early PSW, por sus siglas en inglés) y el potencial de onda lenta tardía (Late PSW)– observados en las regiones centro-parietales bajo la condición PCD. Sin embargo, en la condición PCND detectaron un componente de onda lenta negativa (NSW), el cuál se asocia comúnmente con el mantenimiento de la información en la memoria de trabajo. Por tanto, los procesos de memoria implicados varían en función de cómo se hayan dispuesto las consecuencias (de manera



diferencial o no diferencial), lo que a su vez determina si los procesos son prospectivos o retrospectivos. Estos hallazgos confirman la teoría de los dos sistemas de memoria en relación al efecto del PCD, ya que demuestran que el entrenamiento con este procedimiento influye en las fases de codificación, mantenimiento y recuperación de la memoria. Además, observaron que el PCD mejora el control cognitivo durante la fase de codificación y aumenta la capacidad de discriminación de los estímulos durante la fase de recuperación al reducir la carga de atención.

### **Justificación del Proyecto**

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una de las afecciones neurodegenerativas más prevalentes en la actualidad, y se caracteriza por una pérdida progresiva de las habilidades cognitivas, sobre todo de memoria. A pesar de los avances en investigación, todavía no existe una cura para esta enfermedad, por lo que es necesario seguir buscando nuevas formas de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En este contexto, el procedimiento de consecuencias diferenciales (PCD) se ha utilizado en investigaciones previas con resultados prometedores en la mejora del aprendizaje y la memoria en individuos sanos, con EA y con otras patologías (Carmona et al., 2019; Mateos y Flores, 2016; McCormack et al., 2019; Plaza et al., 2012; Vivas et al., 2018). Sin embargo, es necesario evaluar más en profundidad su efectividad en personas con EA y comparar los resultados con los obtenidos en aquellas investigaciones anteriores que también estudiaron esta población, para poder determinar si este procedimiento representa una estrategia de intervención efectiva y viable para mejorar las habilidades cognitivas en dichos pacientes.

Teniendo esto en cuenta, el presente trabajo plantea un proyecto de investigación usando el PCD en diferentes tareas de aprendizaje discriminativo para estudiar el efecto que tiene en personas con EA en estadio moderado, tanto a corto

como a largo plazo y compararlo con los resultados que se obtengan en el grupo de personas que no reciban un entrenamiento con este procedimiento. La novedad que presenta este estudio con respecto a los realizados anteriormente, es que se llevarán a cabo dos tareas de aprendizaje (asociación rostro-nombre y asociación objeto-estancia) que no han sido previamente estudiadas o, al menos, no de la forma en la que se harán en el actual trabajo de investigación.

En otras investigaciones se ha estudiado el reconocimiento de caras en personas con EA utilizando el PCD mediante una tarea de igualación a la muestra (Plaza et al., 2012); sin embargo, lo que se pretende estudiar en el presente trabajo es si el entrenamiento en PCD mejora el aprendizaje y la memoria de la asociación entre la cara de una persona y su nombre correspondiente. Por otro lado, también se ha estudiado con anterioridad el efecto de este procedimiento en la memoria de trabajo visoespacial en dicha población con Alzheimer, a través de una tarea de memoria espacial demorada en la que se presentaban, de uno en uno, cuatro cuadrados en una pantalla de fondo negro y, tras una demora, se mostraban dos cuadrados de forma simultánea, dónde uno de ellos había aparecido previamente y que el participante debía seleccionar (Vivas et al., 2018). En cambio, en el actual proyecto de investigación, se pretende estudiar si el entrenamiento con un PCD mejora el aprendizaje y la memoria en personas con EA mediante una tarea, en la que se asocian las distintas estancias de una casa (cocina, baño, comedor y dormitorio) con algunos objetos cotidianos específicos de cada una de ellas. Lo que los participantes deben hacer es identificar y recordar qué estancia se relaciona con el objeto por el que se le pregunte. Ambas tareas propuestas se detallan en profundidad más adelante.

Por lo tanto, este proyecto de investigación es importante porque busca explorar el efecto del PCD en personas con EA en estadio moderado a través de tareas de aprendizaje no utilizadas hasta el momento, lo que podría proporcionar nuevas

formas de mejorar la función cognitiva en esta población. Además, al comparar los resultados del grupo entrenado con el PCD con los del grupo entrenado con el PCND, se podría establecer la efectividad de dicho procedimiento en estos pacientes en comparación con otras intervenciones cognitivas ya existentes. En última instancia, los resultados podrían tener implicaciones importantes para el desarrollo de terapias y estrategias de intervención más efectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EA.

### **Objetivos e Hipótesis**

Los objetivos que se proponen son los siguientes:

Evaluar el efecto del PCD en personas con EA en estadio moderado, tanto a corto como a largo plazo, a través de una tarea de asociación rostro-nombre y otra de asociación objeto-estancia.

Comparar los resultados del PCD en ambas tareas y momentos temporales, con los del PCND.

Por tanto, las hipótesis que se proponen son:

El PCD presenta un efecto de adquisición del aprendizaje más rápido y preciso, y un mantenimiento en la memoria más prolongado en el tiempo que el PCND.

El PCD mejora significativamente el rendimiento en las tareas de asociación rostro-nombre y objeto-estancia de personas con EA en estadio moderado, tanto a corto como a largo plazo, en comparación con el PCND.

### **Método**

#### **Participantes**

La muestra estaría formada por 80 personas que tengan la EA con un grado de afectación moderado y que no sean analfabetos. Dichos participantes se dividirán en

dos grupos; el grupo experimental al que se le realizará un entrenamiento en Consecuencias Diferenciales (grupo PCD), y el grupo control al que se le realizará un entrenamiento en consecuencias no diferenciales (grupo PCND). Por un lado, la distribución muestral por grupos será del 50% para cada uno y, por otro lado, la distribución muestral por género será de 50% hombres y 50% mujeres, de tal forma que se utiliza un muestreo no probabilístico intencional.

Las personas que conformen la muestra serán seleccionadas por las características descritas anteriormente; es decir, tendrán que presentar un diagnóstico de EA en estadio moderado evaluado por un profesional. El contacto con dichos sujetos se realizará a través de centros de día o residencias especializadas en esta patología pertenecientes a la ciudad de Almería.

### **Estímulos y Materiales**

Se realizarán dos tareas, una de asociación rostro-nombre y otra de asociación objeto-estancia. Para el desarrollo de la primera tarea se necesitarán como estímulos una imagen del rostro de seis personas diferentes (3 hombres y 3 mujeres), los respectivos nombres, que serán Rafael, Arón, Miguel, Julia, Elena y Lucía, y seis consecuencias distintas, que serán la palabra “¡BIEN!” escrita en la pantalla, la palabra “¡GENIAL!”, un audio de aplausos, una imagen de la playa de Mónsul (Almería), un emoticono de una cara sonriente y otro de pulgar hacia arriba.

Los estímulos que se utilizarán para la segunda tarea son ocho imágenes de objetos cotidianos de una casa (cubiertos, platos, cepillo de dientes, váter, sofá, mesa, lamparita y cama), el nombre de las habitaciones escrito en la pantalla (“Cocina”, “Baño”, “Comedor” y “Dormitorio”) y ocho consecuencias distintas, que serán las palabras “¡PERFECTO!” y “¡ESTUPENDO!” escritas en la pantalla, un audio con el sonido de un arpa, otro con el sonido de un xilófono, un GIF de estrellas, otro del

emoticono de aplauso, la imagen de un ramo de rosas y otra de la “playa de los muertos” (Cabo de Gata, Almería).

La presentación de los estímulos y la recogida de datos será controlada por el Software E-Prime v. 3.0. Los materiales necesarios para llevar a cabo ambas tareas son: un ordenador donde mostrar los estímulos, un ratón para seleccionar las respuestas correspondientes y unos altavoces para escuchar los audios.

### **Procedimiento**

Los participantes llevarán a cabo la prueba en una habitación de forma individual y sin ningún tipo de estímulo distractor. El experimento constará de cuatro etapas: una fase de entrenamiento, seguida por tres fases de evaluación; la inicial, que se realiza al transcurrir una hora tras la finalización del entrenamiento, la fase media, que se lleva a cabo tras haber pasado una semana, y la final, que se realiza al transcurrir un mes.

Al comienzo de cada fase, aparecerán unos ensayos de prueba para comprobar que los sujetos han entendido las instrucciones de cada tarea. Además, para cada una de las tareas se desarrollan dos versiones, una para el grupo PCD y otra para el grupo PCND, ya que las consecuencias que se presentan en el primer grupo son específicas de cada estímulo, y las consecuencias para el segundo grupo son administradas de forma aleatoria.

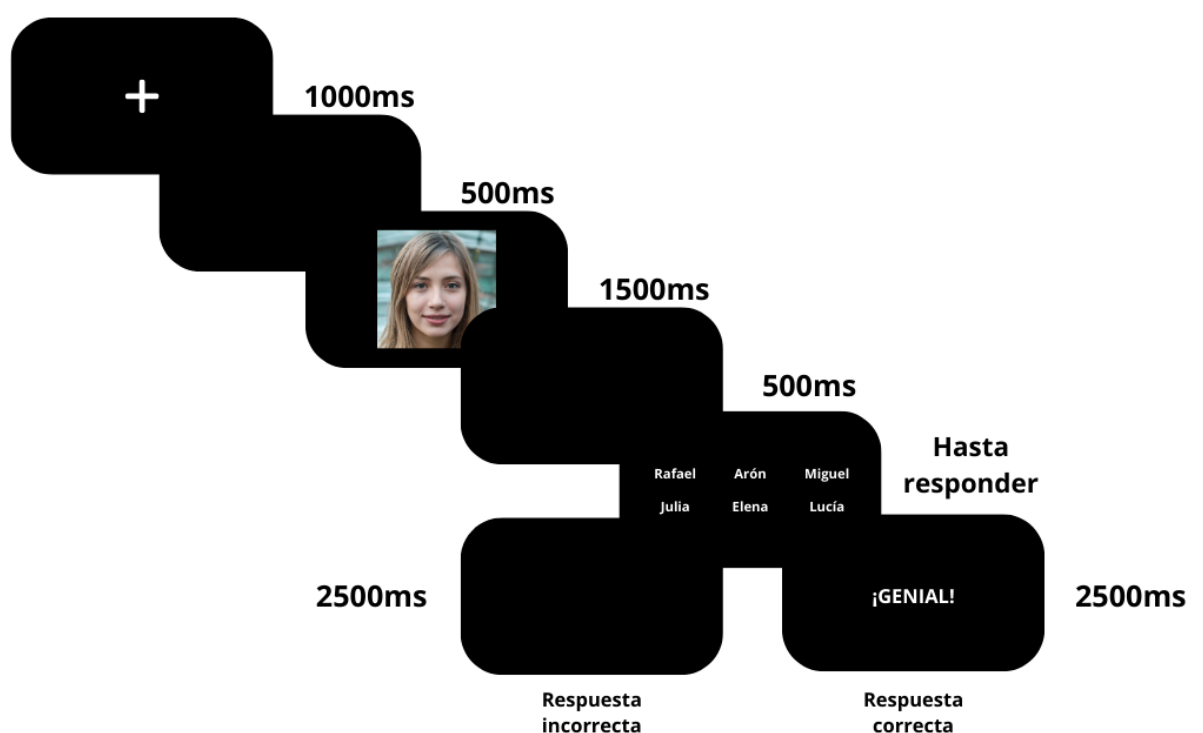
### ***Tarea de asociación rostro-nombre***

**Fase de Entrenamiento.** Al comenzar, aparecerá una pantalla con fondo negro en la que se explicarán las instrucciones de la tarea y, después, se mostrarán las seis asociaciones entre los rostros y sus respectivos nombres hasta que el sujeto presione el botón izquierdo del ratón en cualquier punto de la pantalla. Tras ello,

aparecerán seis ensayos de prueba (uno para cada rostro) en los que se mostrará una pantalla con fondo negro y, en el centro, una cruz de fijación durante 1000ms. Después, aparecerá una pantalla en negro durante 500ms, seguida de la imagen de un rostro durante 1500ms. Luego, volverá a mostrarse una pantalla en negro durante otros 500ms y, en la siguiente pantalla se mostrarán los seis nombres hasta que el sujeto seleccione uno de ellos como respuesta.

**Figura 1**

*Ejemplo del procedimiento de la tarea de asociación rostro-nombre*



Una vez completados estos ensayos y comprobar que los sujetos han entendido la prueba, le sucederán 60 ensayos de entrenamiento (cuyo procedimiento es el mismo que en los ensayos de prueba), divididos en dos bloques de 30 ensayos. Se presentarán de forma aleatoria los seis rostros, pero con la condición de que cada uno de ellos aparecerá un total de diez veces. En esta fase, las respuestas correctas del grupo PCD irán seguidas de la consecuencia específica que le corresponda a cada estímulo, con una duración de presentación de 2500ms. Sin embargo, las respuestas correctas del

grupo PCND serán reforzadas mediante la administración de estas consecuencias, pero de forma aleatoria. Estas condiciones de reforzamiento afectan también a los ensayos de prueba. Por otro lado, cada respuesta incorrecta (independientemente del grupo al que pertenezca el sujeto), irá seguida de una pantalla en negro, también con una duración de 2500ms.

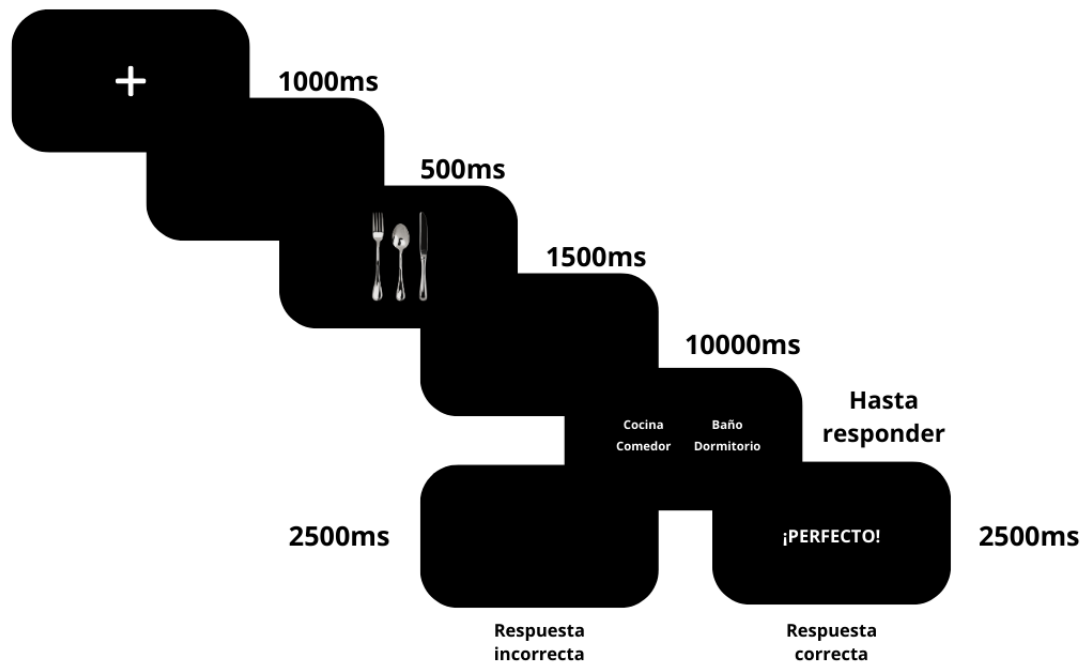
**Fase de evaluación.** Las tres etapas que componen esta fase, se desarrollarán de la misma manera que la fase de entrenamiento, excepto que, al finalizar los seis ensayos de prueba, tras cada respuesta que proporcione el sujeto (sea correcta o incorrecta), no se otorgará ningún tipo de reforzamiento. Además, esta fase estará compuesta por 90 ensayos (30 por etapa) y, tras la respuesta del sujeto, aparecerá enseguida la pantalla con la cruz de fijación, hasta que en el último ensayo, se muestre una pantalla en negro con la palabra escrita “¡FIN!”.

### ***Tarea de asociación objeto-estancia***

**Fase de entrenamiento.** Al comenzar, aparecerá una pantalla con fondo negro en la que se explicarán las instrucciones de la tarea y, después, se mostrarán las ocho asociaciones entre los objetos y las respectivas estancias a las que pertenecen, hasta que el sujeto presione el botón izquierdo del ratón en cualquier punto de la pantalla. Tras ello, aparecerán ocho ensayos de prueba (uno para cada asociación) en los que se mostrará una pantalla con fondo negro y, en el centro, una cruz de fijación durante 1000ms. Después, aparecerá una pantalla en negro durante 500ms, seguida de la imagen de un objeto durante 1500ms. Luego, se mostrará una pantalla en negro durante una demora larga de 10000ms y, en la siguiente pantalla se mostrarán los nombres escritos de las cuatro estancias hasta que el sujeto seleccione una de ellas como respuesta.

**Figura 2**

*Ejemplo del procedimiento de tarea de asociación objeto-estancia*



Una vez completados estos ensayos y habiendo comprobado que los sujetos han entendido la prueba, le sucederán 64 ensayos de entrenamiento (cuyo procedimiento es el mismo que en los ensayos de prueba), divididos en dos bloques de 32 ensayos. Se presentarán de forma aleatoria los ocho objetos, de tal manera que, cada uno de ellos aparecerá un total de ocho veces. En esta fase, las respuestas correctas del grupo PCD irán seguidas de la consecuencia específica que le corresponda a cada estímulo, con una duración de presentación de 2500ms. Sin embargo, las respuestas correctas del grupo PCND serán reforzadas mediante la administración de estas consecuencias, pero de forma aleatoria. Estas condiciones de reforzamiento afectan también a los ensayos de prueba. Por otro lado, cada respuesta incorrecta (independientemente del grupo al que pertenezca el sujeto), irá seguida de una pantalla en negro, también con una duración de 2500ms.

**Fase de evaluación.** Las tres etapas que componen esta fase, se desarrollarán de la misma manera que la fase de entrenamiento, excepto que, al finalizar los ocho



ensayos de prueba, tras cada respuesta que proporcione el sujeto (sea correcta o incorrecta), no se otorgará ningún tipo de reforzamiento. Además, esta fase estará compuesta por 96 ensayos (32 por etapa) y, tras la respuesta del sujeto, aparecerá enseguida la pantalla con la cruz de fijación, hasta que en el último ensayo, se muestre una pantalla en negro con la palabra escrita “¡FIN!”.

### **Análisis**

Para cada etapa del estudio, se recogerá el número de aciertos y se medirá el tiempo de reacción (TR) de cada sujeto para ambas tareas experimentales. Se obtendrá el porcentaje de aciertos (totales y de cada fase del estudio) perteneciente a cada grupo (PCD y PCND) y la media del TR de cada grupo en todas las etapas del estudio. Para poder comparar los resultados entre los grupos y dentro de cada grupo, y evaluar los objetivos del proyecto de investigación, se llevará a cabo un análisis de medidas repetidas ANOVA entre las variables “Grupo”, “Fase” y “Tarea” para las medias del TR y los aciertos. Los niveles de significación para estas pruebas serán fijados en  $p \leq .05$ . Además, se calculará el tamaño del efecto (índice  $d$ ) para ambos ANOVAs.

### **Resultados Esperados**

De forma general, se esperan obtener los siguientes resultados:

El porcentaje de aciertos del grupo PCD será mayor que el del grupo PCND para ambas tareas experimentales y en todas las fases del estudio. Estos resultados se apoyan en los obtenidos por Plaza et al. (2012) en una tarea de reconocimiento de caras y por Vivas et al. (2018) en una tarea de memoria de trabajo visoespacial.

El porcentaje de aciertos del grupo PCD será mayor en las fases de entrenamiento y la inicial de evaluación de ambas tareas, comparado con el resto de fases. Sin embargo, el porcentaje de aciertos del grupo PCND se mantendrá más o

menos estable en todas las fases. Este resultado se apoya en los obtenidos en la investigación de Carmona et al. (2019).

La media del TR del grupo PCD será menor que la del grupo PCND en ambas tareas y en todas las fases del estudio. Este resultado se apoya en los obtenidos por Plaza et al. (2012).

El tamaño del efecto encontrado en las comparaciones intragrupo e intergrupo será alto o muy alto.

## Discusión

Se espera que este proyecto proporcione una serie de hallazgos importantes que respalden la importancia del uso del Procedimiento de Consecuencias Diferenciales en el tratamiento no farmacológico de las personas con Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado. Como se mencionó anteriormente, para tratar de forma neuropsicológica esta enfermedad, se utilizan programas de estimulación cognitiva para frenar o detener el deterioro cognitivo. Esto es así porque la estimulación cognitiva origina neurogénesis, es decir, creación y proliferación de nuevas neuronas, y a su vez, aumenta la reserva cognitiva (Villalba y Espert, 2014).

En primer lugar, se aguarda que el grupo entrenado mediante el PCD muestre un efecto de adquisición del aprendizaje más rápido y preciso, así como un mantenimiento en la memoria más prolongado en el tiempo que el grupo entrenado a través del procedimiento de consecuencias variable. Esto implicaría que el uso del PCD pueda ser altamente efectivo para mejorar las capacidades cognitivas que precisamente están alteradas en personas con EA, lo que proporcionaría evidencia sólida de que este procedimiento puede tener un impacto significativo en el funcionamiento diario de dichas personas. Tal y como expresan Villalba y Espert (2014), “mediante entrenamientos específicos se mejoran o se restauran capacidades

cognitivas, de modo que el deterioro puede ralentizarse y también retrasar sus efectos sobre el funcionamiento en la vida diaria del paciente” (p. 82).

Concretamente, se espera que el PCD mejore significativamente el rendimiento en las tareas de asociación rostro-nombre y objeto-estancia de personas con EA en estadio moderado, tanto a corto como a largo plazo, en comparación con el PCND. Esto subrayaría la utilidad del PCD en estas habilidades, ya que son fundamentales para el reconocimiento de las personas que rodean a estos pacientes y la memoria espacial de objetos cotidianos ubicados en el entorno. Estos aspectos son importantes para el buen desempeño de la vida cotidiana, por lo que la mejora de estas funciones, derivaría en un aumento en la independencia de las personas con EA. Dicho incremento de autonomía es uno de los beneficios de la estimulación cognitiva que, a su vez, mejora la autoestima (GRADIOR, 2023).

Finalmente, la magnitud del efecto observado resaltaría la relevancia clínica del uso del PCD en el tratamiento de personas con EA moderada. El hecho de que este procedimiento mostrara un efecto significativamente mayor que el PCND destacaría la importancia de implementar programas de intervención específicos y personalizados utilizando el PCD para mejorar la cognición y la calidad de vida de los individuos afectados por esta enfermedad. Así como explica Manrique Báez (2023), la estimulación cognitiva mejora (entre otros aspectos) el estado de ánimo y la calidad de vida del paciente, ya que al realizar ejercicios cognitivos, utilizar la creatividad y desarrollar la autonomía, se ayuda a enriquecer el estado de ánimo y provocar una repercusión positiva en su calidad de vida.

## **Referencias**

Barrientos García, M. I. y Barrera Algarín, E. (2022). Eficacia del programa Grador para la estimulación cognitiva de personas con Alzheimer. *Retos. Nuevas*

*Tendencias En Deporte, Educación Física y Recreación*, 46, 151-160.

<https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/91005/69276>

Carmona I., Vivas A. B. y Estévez A. F. (2019). Differential Outcomes Training Ameliorates Visual Memory Impairments in Patients With Alzheimer's Disease: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 9(2671), 1-8.

<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02671>

Carmona, I., Ortells, J. J., Kiefer, M. y Estévez, A. F. (2020). Electrophysiological correlates of the differential outcomes effect in visual short-term memory. *International Journal of Psychophysiology*, 155, 184-193.

<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.06.010>

Castillo, G., Fernández, B. y Chamorro, D. (2020). Neuroplasticidad: Ejercicios de estimulación cognitiva para retrasar los efectos de la enfermedad de Alzheimer. En M. C. Auchter (Ed.), *Libro de Artículos Científicos en Salud* (pp. 110-113). Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Medicina.

<https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/10/libro-articulos-cientificos-2020.pdf>

Gamadiel Peniche, N. y Gilaberte Angós, B. (2021). El Alzheimer. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), ISSN-e 2660-7085.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210382>

GRADIOR. (15 de mayo de 2023). *Beneficios de la Estimulación Cognitiva en Personas Mayores*. <https://www.gradior.es/beneficios-estimulacion-cognitiva-personas-mayores/>

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Discapacidad. Cifras absolutas*.

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=51641#!tabs-tabla>

- Mateos-Morfin, L.R., y Flores-Aguirre, C.J. (2016). El efecto de consecuencias diferenciales: un caso de investigación traslacional. *Universitas Psychologica*, 15(2), 51-60. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.ecdc>
- Manrique Báez, B. J. (4 de mayo de 2023). *Beneficios de la estimulación cognitiva en las personas mayores. Mi terapia sin fronteras.* <https://www.miterapiasinfronteras.com/cerebro/estimulacion-cognitiva/beneficios-en-las-personas-mayores/#beneficios-de-la-estimulacion-cognitiva>
- McCormack, J. C., Elliffe, D. and Virués-Ortega, J. (2019). Quantifying the effects of the differential outcomes procedure in humans: A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 52(3), 870-892. <http://dx.doi.org/10.1002/jaba.578>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de marzo de 2023). *Demencia.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Plaza, V., Antúnez, C., López-Crespo, G., Fuentes, L. J. and Estévez, A. F. (2012). Improving Delayed Face Recognition in Alzheimer's Disease by Differential Outcomes. *Neuropsychology*, 26(4), 483-489. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028485>
- Pradilla Ardila, G. (2004). Enfermedad de Alzheimer. *Revista Salud Uis*, 36(3), 146-153. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8217256>
- Toro Paca, M. J., Parra Parra, D. R., Pacheco Mena, N. V. y Alvarado Galarza, A. G. (2022). Enfermedad de Alzheimer. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 6(4), 68-76. [https://dx.doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.68-76](https://dx.doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.68-76)

- Trapold, M. (1970). Are expectancies based upon different reinforcing events discriminably different? *Learning and Motivation*, 1, 129-140.  
[https://doi.org/10.1016/0023-9690\(70\)90079-2](https://doi.org/10.1016/0023-9690(70)90079-2)
- Villalba Agustín, S. y Espert Tortajada, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *TheraPeía: Revista de Estudios y Propuestas en Ciencias de la Salud*, 6, 73-93. <https://roderic.uv.es/handle/10550/71172>
- Vivas A. B., Ypsilanti A., Ladas A. I., Kounti F., Tsolaki M. and Estévez A. F. (2018). Enhancement of Visuospatial Working Memory by the Differential Outcomes Procedure in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10(364), 1-6.  
<http://dx.doi.org/10.3389/fnagi.2018.00364>

# **ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA COVID-19 EN FAMILIAS CON MIEMBROS CON TEA: EL CASO DE CEUTA**

María del Carmen González García<sup>1</sup>, Carmen del Pilar Gallardo Montes<sup>1</sup> y

Johana Muñoz López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Carmen del Pilar Gallardo Montes, Facultad de Educación, Economía y Tecnología de Ceuta (Universidad de Granada), [cgallardo@ugr.es](mailto:cgallardo@ugr.es)**

## Introducción

La gestión mundial en el ámbito sociopolítico y sociocultural se ha visto sobrepasada por la situación excepcional que se desencadenó a causa de la aparición de una enfermedad mortal y desconocida: el coronavirus SARS-CoV-2, conocida como la COVID-19. Una enfermedad que obligó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar el 30 de enero de 2020 una emergencia de salud pública de carácter internacional y que, debido a los altos niveles de transmisión mundial, declaró la COVID-19 como una pandemia (OMS, 2021). Un hecho que conlleva un gran cambio para todos los países debido a la aplicación de medidas urgentes sin precedentes con el fin de salvaguardar la salud de la población.

En España, la medida política adoptada para la gestión de la crisis sanitaria fue la declaración del estado de alarma a través del Real Decreto 463 de 14 de marzo, con el fin de limitar la movilidad de la población durante quince días naturales. Sin embargo, la evolución de la pandemia fue determinando la prórroga de las medidas que constituían al Real Decreto 463/2020, lo que suponía un cierre forzoso de todo el país y, por ende, de todas las instituciones educativas tal y como se recogía en el artículo 9 *“Medidas de contención en el ámbito educativo y de la formación”*. Así, el impacto de la prórroga del estado de alarma en el ámbito educativo conllevó al cierre masivo de los centros escolares y a la suspensión de la actividad presencial en todos los centros, etapas, ciclos, grados, cursos y niveles de enseñanza, provocando una transición forzosa y compleja de la acción socioeducativa de todas las instituciones a la no presencialidad para finalizar el curso académico de 2020/2021.

Una de las muchas consecuencias significativas que supuso este confinamiento radica aquí, en el cierre total de los centros educativos, creando severas complicaciones para conciliar el compromiso con la calidad de la atención educativa ofrecida a todo el



alumnado, pero, concretamente, a aquel con trastorno del espectro del autista (TEA) ya que la llegada de la COVID-19 descompuso por completo la estructura presumible acerca de cómo las necesidades de las personas con TEA estaban cubiertas y acogidas gracias a la labor del docente y los especialistas y de la existencia de asociaciones específicas antes de la crisis sanitaria más grave de los últimos tiempos. Modificar la rutina y los hábitos de las personas no es una tarea sencilla, pero mucho más aún si este cambio se encuentra envuelto por un contexto sociosanitario abrumador. Si hablamos de cambios en personas con TEA, las modificaciones en rutinas son más complejas, pues recordemos que el TEA conlleva un déficit social y comunicativo verbal o no verbal, presencia de patrones repetitivos y conductas estereotipadas, hipersensibilidad y/o hiposensibilidad a la información sensorial y escasa flexibilidad a los cambios fuera de una rutina establecida (Prieto-Navarro et al., 2022; Barthélémy et al., 2019). Por tanto, durante esta situación excepcional de aislamiento, las personas con TEA debían enfrentarse a unos cambios sobrevenidos y difíciles de comprender, ya que por lo general, estas muestran una mayor dificultad para amoldarse y habituarse a los cambios rutinarios requiriendo de una gran anticipación ante posibles anomalías. Un hecho que quedó relegado por el confinamiento domiciliario y que ha podido causar distintas respuestas emocionales y conductuales (Manso-Refoyo et al., 2021) llegando a sufrir episodios críticos de estrés, ansiedad, e incluso, un aumento de estereotipias pese a la consideración explícita en la instrucción del 19 de marzo de 2020 del Ministerio de Sanidad en el que se intentó proteger a los colectivos vulnerables, esclareciendo que las personas con discapacidad que presentaran alteraciones conductuales y disruptivas, como es el caso de las personas con TEA, tendrían permitido realizar desplazamientos y salidas al exterior siempre y cuando no se pusiera en riesgo la salud pública de la ciudadanía.

Por otro lado, cabe destacar el papel fundamental que durante la pandemia tuvo que asumir la familia de aquellos menores altamente vulnerables a la metamorfosis que se había producido en sus vidas y en el mundo entero. Las familias o tutores legales hicieron frente a esta situación, nueva y desconocida para ellos también, armonizando el día a día en el hogar, recopilando las fuerzas suficientes para mantener la calma y la estabilidad emocional en un contexto adverso donde la serenidad destacaba por su ausencia. No obstante, los progenitores y convivientes de personas con TEA durante la pandemia tuvieron que hacer frente a numerosas responsabilidades como continuar con la vida laboral, el cuidado de los hijos, las tareas escolares e incluso, multitud de personas tuvieron que lidiar con la pérdida del trabajo, la enfermedad o fallecimiento de algún familiar (De Armas et al., 2023). Por esta razón, el estrés, la ansiedad y la inquietud en los hogares crecieron de manera exponencial durante el confinamiento generando, en numerosas ocasiones, trastornos mentales que anteriormente no se encontraban presentes.

Sin embargo y, a pesar de los avances, aún no se puede saber con certeza cuáles fueron los daños que ocasionó la COVID-19 a los ciudadanos de todo el mundo, por lo que es de vital importancia y valor realizar estudios e investigaciones que esclarezcan qué consecuencias económicas, personales, humanas y psicológicas provocó esta gran crisis sanitaria. Por ello, esta investigación pretende conocer el estado emocional de los familiares a cargo de personas TEA durante la cuarentena a causa de la COVID-19 en la Ciudad Autónoma de Ceuta.

## Método

### Participantes

Este estudio contó con una muestra de 18 familias ceutíes compuestas por madres, padres u otros cuidadores principales. Participaron un total de 15 mujeres (83,3 %) y 3 hombres (16,7 %), identificados con el género femenino y masculino,

respectivamente. Las edades de las familias comprendían entre los 23 y los 65 años ( $M = 40,28$ ). En cuanto al estado civil de los familiares, la mayoría estaban casados (61,1 %), solteros (16,7 %) o en unión libre y/o divorciados (11,1%).

### Instrumento

Para facilitar la recopilación de muestra en la investigación, se contó con el cuestionario “Cuestionario para familias de personas con Trastorno del Espectro Autista ante la COVID-19” (Gallardo-Montes et al., 2020). Este cuestionario estaba compuesto por cinco secciones en las que se plantean cuestiones para lograr un acercamiento y conocer así, datos sobre los familiares de la persona con TEA, el ambiente que lo rodeó y cómo vivenció el estado excepcional de cuarentena tanto el/ella como sus familias. Este cuestionario obtuvo una fiabilidad aceptable según los valores de Alpha de Cronbach ( $\alpha = ,901$ ).

### Procedimiento

En primer lugar, se contactó con las personas cercanas de las que se tenía constancia de la presencia de un familiar con TEA. Para ello se utilizó la red social *WhatsApp* como canal difusor, mediante la cual se compartió un enlace de *Google Form* que transportaba al cuestionario en concreto. Por otro lado, se contactó con la Asociación de Autismo de Ceuta solicitando el apoyo y la participación de los usuarios y, por último, se puso en conocimiento de varios centros educativos de la ciudad y se compartió a través de las redes sociales. Todo ello acompañado del consentimiento de los participantes previamente informados sobre el propósito del estudio y recordando su privacidad y anonimato.

### Análisis de datos

Los datos se trataron con el paquete estadístico SPSS versión 28.0.1 para MacOS. Para conocer la distribución de los resultados, se calcularon estadísticos descriptivos ( $M$ ,  $DT$  y  $M_o$ ) y frecuencias. Una vez comprobado que los datos no seguían

una distribución normal (Test de Kolmogorov-Smirnov, para muestras <50 participantes), se realizaron análisis inferenciales mediante las pruebas no paramétricas *U* de Mann-Whitney para la variable “sexo del familiar con TEA” y *H* de Kruskal-Wallis para la variable “nivel de estudios de la familia”.

## Resultados

La experiencia de las personas con TEA durante el confinamiento dependió directamente del contexto y del entorno circundante, por lo que ser conocedores de cómo abordaron la extrema situación los familiares tanto de forma individual como con los cuidados y la convivencia con la persona en concreto es vital para comprender en profundidad la cotidianidad durante la crisis sanitaria de las familias ceutíes integradas por un sujeto con TEA (Tabla 1).

Echar de menos salir y, por ende, la socialización vital de un ser humano fueron uno de los ítems con más acuerdo entre los encuestados. La gran mayoría de las personas afirmaron echar en falta relacionarse con otros individuos de forma presencial y seguidamente manifestaron que salir a la calle era un requisito mayor en sus intereses durante el confinamiento y un deseo candente. Tras las declaraciones anteriores, podemos hilar los niveles de ansiedad experimentados durante esta forma anormal y temporal de vida. La mitad de los familiares se encontraron totalmente de acuerdo en que sufrieron con mayor frecuencia etapas de nerviosismo, agitación y ansiedad. Asimismo, la sensación de desbordamiento, es decir, de no poder controlar ni sobrellevar la situación expuesta, contribuyó al estado ansioso de las personas durante el confinamiento. A pesar de ello, la gran mayoría de los encuestados no mostraron grandes dificultades para afrontar el cuidado y la atención de las personas convivientes con TEA, estando de acuerdo en ello un 44,4 %.

Los ítems relacionados con la necesidad intensa por salir a la calle y las relaciones sociales fueron los más destacados y concurrentes entre los encuestados, así

como la presencia de mayores niveles de ansiedad en los mismos, estando estrechamente ligados.

**Tabla 1**

*Cuarentena en el hogar y estado emocional de la familia*

| Ítems                                                                                                    | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M<sub>o</sub></i> | %<br>1 2 3 4 5 |      |      |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|----------------------|----------------|------|------|------|------|
|                                                                                                          |          |           |                      | 1              | 2    | 3    | 4    | 5    |
| 1. Me siento más agotado/a al final del día.                                                             | 3,72     | 1,32      | 5                    | 5,6            | 16,7 | 16,7 | 22,2 | 38,9 |
| 2. Mi familiar con TEA está más nervioso de lo habitual.                                                 | 3,72     | 1,32      | 5                    | 5,6            | 16,7 | 16,7 | 22,2 | 38,9 |
| 3. Me ha resultado complicado reajustar la rutina diaria de mi familiar con TEA al estado de cuarentena. | 3,67     | 1,23      | 5                    | 5,6            | 11,1 | 27,8 | 22,2 | 33,3 |
| 4. Me ha resultado complicado reajustar mi rutina al estado de cuarentena.                               | 3,78     | 1,21      | 4                    | 5,6            | 11,1 | 16,7 | 33,3 | 33,3 |
| 5. He gestionado con facilidad el cuidado de mi familiar con TEA.                                        | 3,39     | 0,98      | 3                    | 0              | 16,7 | 44,4 | 22,2 | 16,7 |
| 6. He gestionado con facilidad mi estado de ánimo.                                                       | 3,28     | 0,90      | 3                    | 0              | 16,7 | 50   | 22,2 | 11,1 |
| 7. Mi apetito se ha visto modificado durante la cuarentena.                                              | 3,67     | 1,23      | 5                    | 5,6            | 11,1 | 27,8 | 22,2 | 33,3 |
| 8. Eché de menos salir.                                                                                  | 4,00     | 1,18      | 5                    | 5,6            | 5,6  | 16,7 | 27,8 | 44,4 |
| 9. Eché de menos el contacto con los demás.                                                              | 4,06     | 1,11      | 5                    | 5,6            | 0    | 22,2 | 27,8 | 44,4 |
| 10. A menudo tengo la sensación de que no puedo manejar bien las cosas.                                  | 3,83     | 1,09      | 3                    | 5,6            | 0    | 33,3 | 27,8 | 33,3 |
| 11. Siento que mis niveles de ansiedad han aumentado durante la cuarentena.                              | 3,94     | 1,39      | 5                    | 11,1           | 5,6  | 11,1 | 22,2 | 50   |

Nota. *M* = media, *DT* = desviación típica, *M<sub>o</sub>* = *Moda*, % = porcentaje.

En cuanto a los análisis inferenciales, cabe destacar que no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas según la frecuencia con la que la persona con TEA asistía a terapia, el sexo/género del participante, su estado civil, su nivel socioeconómico o la persona que ejercía como cuidador principal de la persona con TEA. Sin embargo, si se manifestaron dichas diferencias según el nivel de estudios de la familia y la edad de esta (Tabla 2). Pues, los familiares de entre 20 y 29 años, es decir, los más jóvenes, mostraron mayor acuerdo que los encuestados de otras edades en los ítems 3 y 4, que se relacionan con la dificultad de implementar un cambio radical de rutina tanto en sus parientes como en ellos mismos. Seguidamente, las personas con edades comprendidas entre los 30 y los 39 años también se posicionaron coincidentes mayoritariamente, aunque en menor medida.

**Tabla 2**

*Diferencias estadísticamente significativas según la edad del participante*

| Ítems | Grupos de edad   |       |                  |     |                  |       |                  |       | Kruskal-Wallis |        |
|-------|------------------|-------|------------------|-----|------------------|-------|------------------|-------|----------------|--------|
|       | 20-29<br>(n = 5) |       | 30-39<br>(n = 3) |     | 40-49<br>(n = 8) |       | 50-65<br>(n = 2) |       |                |        |
|       | M                | DT    | M                | DT  | M                | DT    | M                | DT    | H              | p      |
| 3.    | 4,80             | 0,447 | 4,0              | 1,0 | 3,13             | 1,246 | 2,50             | 0,707 | 8,461          | 0,037* |
| 4.    | 4,80             | 0,447 | 4,0              | 1,0 | 3,38             | 1,302 | 2,50             | 0,707 | 7,856          | 0,049* |

Nota. n = nº personas; M = Media; DT = Desviación típica; H = Estadístico asociado a Kruskal Wallis; p = Probabilidad asociada a H; Estadísticamente significativa: \* $p < .05$

Existieron también diferencias significativas en relación con el nivel educativo de los participantes y su estado emocional durante el confinamiento (Tabla 3). Las personas con estudios secundarios, universitarios o de maestría, mostraron una mayor concordancia en cuanto a cómo experimentaron y se adaptaron al cambio abrupto en la vida cotidiana de sus familiares con TEA, afirmando que fue una tarea complicada y laboriosa. En cambio, los encuestados con estudios primarios o de formación básica

indicaron haber encontrado menos dificultad en realizar la misma actividad con sus familiares con TEA.

De igual modo, gestionar el estado de ánimo resultó ser costoso para los encuestados con mayores niveles académicos y/o profesionales. En suma, la alteración del apetito aparente en la cuarentena resultó ser más evidente y tangible, de igual forma, en aquellos con formaciones académicas mayores (universitarios, máster o estudios secundarios) en comparación con el resto de encuestados. Además, echar en falta la libertad de salir libremente sin restricciones y, por ende, mantener relaciones sociales con las demás personas, resultó ser un aspecto llamativo y resaltante en el cual se muestran en sintonía los familiares que disponen de grados universitarios o máster.

**Tabla 3**

*Diferencias estadísticamente significativas según el nivel de estudios de la familia*

| Í                                     | Primarios<br>(n = 4) |      | Secundarios<br>(n = 5) |      | FP<br>(n = 3) |      | Universit.<br>(n = 5) |      | Máster<br>(n = 1) |    | Kruskal-<br>Wallis |        |
|---------------------------------------|----------------------|------|------------------------|------|---------------|------|-----------------------|------|-------------------|----|--------------------|--------|
|                                       | M                    | DT   | M                      | DT   | M             | DT   | M                     | DT   | M                 | DT | H                  | p      |
| <b>Estado emocional de la familia</b> |                      |      |                        |      |               |      |                       |      |                   |    |                    |        |
| 3.                                    | 2,00                 | 0,00 | 3,60                   | 0,90 | 3,33          | 0,58 | 3,60                  | 0,89 | 5,00              | -  | 11,244             | 0,024* |
| 5.                                    | 2,00                 | 0,82 | 3,80                   | 0,48 | 3,00          | 1,00 | 3,80                  | 0,84 | 5,00              | -  | 10,129             | 0,038* |
| 6.                                    | 2,00                 | 0,82 | 3,60                   | 0,90 | 2,00          | 0,00 | 3,60                  | 0,90 | 5,00              | -  | 12,086             | 0,017* |
| 7.                                    | 1,50                 | 0,58 | 4,00                   | 1,00 | 2,00          | 0,00 | 3,00                  | 1,41 | 5,00              | -  | 11,237             | 0,024* |
| 8.                                    | 1,25                 | 0,50 | 3,40                   | 1,14 | 2,00          | 0,00 | 3,80                  | 0,84 | 5,00              | -  | 12,029             | 0,012* |

Nota. n = nº personas; Í = Ítem; M = Media; DT = Desviación típica; H = Estadístico asociado a Kruskal Wallis; p = Probabilidad asociada a H; Estadísticamente significativas: \*p<.05

## Discusión

Este estudio se originó a partir del interés por explorar el estado emocional y la experiencia de las familias con miembros con TEA durante un periodo repleto de

inestabilidad y cambios de rutinas inmediatas, debido a la COVID-19 y su consecuente decisión de confinar y declarar un estado de alarma en España.

Bekhet y Zauszniewski (2013) demostraron en sus estudios una mayor tendencia a desarrollar depresión y estados anímicos inestables en los padres con descendientes con TEA que en el resto de los progenitores de hijos sin TEA. Siguiendo con ello, no sólo las personas con TEA experimentaron una metamorfosis en su estado de ánimo y en actividades diarias durante el confinamiento; sus familiares y convivientes también sufrieron ciertas transformaciones y vivencias desalentadoras. El 38,9 % de los encuestados afirmaron sentirse más agotados al acabar el día, teniendo en cuenta la laboriosa tarea que conlleva el cuidado de una persona con TEA en un contexto sociosanitario límite, es de esperar que el cansancio y la falta de energía fueran comunes entre ellos. A pesar de las complicaciones para reajustar la nueva rutina, tanto en sus familiares como para ellos mismos, los participantes no reportaron grandes inconvenientes en el cuidado de sus seres queridos, lo cual denota una implicación activa, un conocimiento pleno sobre qué necesitan sus familiares y cómo podrían abordar la situación. No obstante, lidiar con la vorágine de sentimientos presentes durante el confinamiento resultó ser un desafío, aunque permanecieron dedicándose al cuidado de la persona con TEA íntegramente, preocupándose por su bienestar total. En suma, un dato desolador confirma que el 50 % de los encuestados aseguraron haber sentido que sus niveles de ansiedad incrementaban en este periodo de sus vidas, coincidiendo con la afirmación de la pérdida de control de la situación, con la sensación de desbordamiento.

Para los familiares no debió ser una tarea sencilla puesto que, además de subsistir con sus propios sentimientos, emociones, descontrol social y vital, el desajuste en la alimentación y en el sueño, la ansiedad candente y el agotamiento mental, debían hacer frente a evitar que sus parientes con TEA sufrieran o



experimentaran retrocesos en su evolución comunicativa, anímica y social, todo ello recibiendo información constante sobre la cifra de fallecidos que se producían en el país cada día o el malestar que existía en todo el mundo.

## Referencias

- Barthélémy, C., Fuentes, J., Howlin, P. y Van der Gaag, R. (2019). Personas con Trastorno del Espectro del Autismo. Identificación, comprensión, intervención. Autismo-Europa. *Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión de la Comisión Europea, en el marco del Programa Comunitario Europeo*. <https://acortar.link/1CFFxV>
- Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2013). Measuring use of positive thinking skills: Psychometric testing of a new scale. *Western journal of nursing research*, 35(8), 1074-1093. <https://doi.org/10.1177/0193945913482191>
- De Armas, I., Neira, O.S., Torres, A.A., Cobos, M.F. y Colombé, M. (2023). Impacto del confinamiento en niños y adolescentes a partir de la pandemia de COVID-19. *FACSALUD-UNEMI*, 7(13), 100-110. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol7iss13.2023pp100-109p>
- Gallardo-Montes, C.P., Caurcel, M.J. y Rodríguez, A. (2020). *Cuestionario para familias de personas con Trastorno del Espectro Autista ante el COVID-19* (España/Junta de Andalucía, número de patente: 04/2020/1617). Registro de la Propiedad Intelectual de la Junta de Andalucía. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5837538>
- Manso-Refoyo, L., González-Berrocal, M.C., Verdugo, Castro, S. y Sánchez-Gómez M.C. (2021). Análisis multimedia del impacto del confinamiento por COVID-

19 en menores con autismo. *New Trends in Qualitative Research*, 7, 85-94.

<https://doi.org/10.36367/ntqr.7.2021.85-94>

OMS. (2021). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*.

<https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

Prieto Navarro, I., Martínez, M., Criado, J.J. y Martínez, A. (2022). El impacto de la pandemia por COVID-19 en población infanto-juvenil española con Trastorno del Espectro Autista y en su familia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), 0-7.

<https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.1.8>

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, 67, de 14 de marzo de 2020.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/dof/spa/pdf>

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DEL EQUIPO DE  
FÚTBOL RÁPIDO ITSON NAVOJOA MEDIANTE MODELOS  
ANATÓMICOS**

VILLELA GOCOBACHI JOSE RAFAEL, FAVELA RAMIREZ CARLOS ARTEMIO, OLOÑO  
MEZA JOEL ALEJANDRO  
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Villela Gocobachi  
José Rafael, Av marcelo pino colonia brisas del golfo privada alelies,  
jovigo02@hotmail.com**

## Introducción

La valoración de la percepción de la imagen corporal en el contexto de un selectivo de fútbol rápido es fundamental para entender cómo los atletas experimentan y manejan su imagen corporal en relación con su rendimiento y bienestar general. Este proceso implica evaluar cómo los jugadores perciben sus cuerpos, cómo estas percepciones influyen en su autoestima, motivación y desempeño en el campo, y cómo pueden impactar su salud mental y física. La forma en que los jugadores perciben su cuerpo puede influir directamente en su rendimiento deportivo. Una percepción positiva de la imagen corporal puede estar asociada con mayor confianza y motivación, mientras que una percepción negativa puede afectar la autoeficacia y la disposición para entrenar y competir. La valoración de la percepción de la imagen corporal en un selectivo de fútbol no solo proporciona información sobre el estado actual de los jugadores, sino que también ofrece una base para intervenciones que pueden mejorar tanto el bienestar individual como el rendimiento colectivo, a continuación, se recopilaron los siguientes antecedentes.

Un antecedente que es la base para este estudio se llevó a cabo en la ciudad de Madrid España, en el departamento de biología facultad de ciencias. Montero et al. (2004) realizaron un estudio cuantitativo y descriptivo en donde valoraron la percepción de la imagen corporal de un grupo de adultos jóvenes mediante el uso de modelos anatómicos y compararon la percepción con los valores reales del índice de masa corporal (IMC). Los participantes estuvieron en el rango de edad de 18 a 30 años, los cuales 65 fueron sexo masculino y 93 del sexo femenino. El instrumento que se diseñó constó de siete modelos anatómicos para ambos sexos correspondientes a valores de IMC de 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40 kg/m<sup>2</sup>. Los sujetos debían elegir el modelo con el que mejor se identificaban para posteriormente compararlos con los valores reales de su IMC. Los resultados principales de este estudio fueron que el 52.3% de

los hombres y el 38.7% de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales, es decir, los hombres se auto perciben más correctamente que las mujeres. Por otro lado, el 29.2% de los hombres se ven más delgados de lo que son y el 18.5% más obesos. El 8.6% de las mujeres se ven más delgadas de lo que son y el 41.1% se auto perciben más obesas. Los autores concluyeron que los hombres se auto perciben más correctamente cuando se encuentran en peso normal y sobrepeso que las mujeres.

De manera similar, Nanguce-Castillo et al. (2019) realizaron un estudio cuantitativo descriptivo y correlacional en una muestra de 85 adolescentes de una Telesecundaria del Estado de Tabasco, México. En dicha investigación se aplicaron tres instrumentos, los cuales fueron, una cédula de datos, la escala de actitudes hacia la comida (EAT-26) y el cuestionario de la forma corporal (BSQ). Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 24. La media de edad en los participantes fue de 13 años ( $DE= 0.96$ ) de los cuales el 52.9% pertenece al sexo masculino y el 47.1% al femenino. Los resultados indicaron que el 54.1% cuenta con IMC normal, el 29.4% con bajo peso, el 11.8% sobrepeso y el 4.7% con obesidad. El resultado fue que el 17.6% presentaron riesgo de desarrollar Trastorno Compulsivo Alimentario (TCA) y el 20% de la muestra presenta algún grado de preocupación por su imagen corporal. También como resultado principal se encontró una asociación altamente significativa entre el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y la insatisfacción con la imagen corporal. Los autores concluyeron que a mayor insatisfacción corporal existe un mayor riesgo de desarrollar algún TCA.

Un antecedente relacionado con esta investigación fue en México donde se llevó a cabo en el estado de Baja California, en la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California. Este estudio de Jiménez-Flores et al. (2017) tuvo como objetivo evaluar los métodos utilizados para medir la Insatisfacción de la Imagen Corporal (IMCO) y la frecuencia de la IMCO en niños y adolescentes. Para ello

realizaron una revisión sistemática de estudios relacionados con la insatisfacción corporal. Para ello se buscaron artículos en las bases de datos de PubMed, EBSCOhost y Scielo. Se buscaron estudios transversales en inglés y español, que valoraran la IMCO en niños y adolescentes publicados de abril de 2010 al mes de abril de 2015. Se registraron las variables de edad, sexo, tamaño de la muestra, peso corporal, tipo de método para valorar la IMCO y estimación de la IMCO. Los resultados cumplieron con los criterios de inclusión 16 estudios que valoraron la IMCO en niños y adolescentes de 5 a 19 años de edad. De los artículos analizados se encontraron 9 métodos de valoración de la IMCO. En la mayoría se realizaron pruebas de estabilidad temporal y validez. La frecuencia de IMCO por tener sobrepeso u obesidad, osciló de 44% a 83% y por bajo peso, de 1,7% a 37%. La IMCO aumentó de acuerdo al IMC, y en algunos estudios se asoció con la edad. Los autores concluyeron que la IMCO fue más frecuente en las mujeres, y en algunos casos se presenta IMCO en los niños delgados.

En el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON) que pertenece al municipio de Navojoa, en el estado de Sonora en México, el cual cuenta con una cantidad aproximada de 2500 estudiantes se ha detectado una situación poco favorable en la valoración y percepción de la imagen corporal del equipo selectivo de fútbol rápido de la institución, lo cual pone en riesgo o desventaja su proceso de entrenamiento y rendimiento en competencias deportivas. El principal aporte de la investigación es valorar la imagen corporal de los estudiantes, además, los resultados permitirán valorar tanto la imagen y las inconformidades de las personas con su cuerpo físico, directamente se beneficiarán los estudiantes con buena imagen corporal y salud mental, por otro parte también se obtendrá resultados concretos en porcentajes exactos.

Ante la necesidad de ofrecer alternativas que permitan mejorar o solucionar este problema, se ha formulado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la

percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos de jóvenes deportistas del selectivo de fútbol rápido de ITSON Navojoa? Derivado de esta pregunta se plantea como objetivo general evaluar la percepción de la imagen corporal de los deportistas del selectivo de fútbol rápido del ITSON mediante modelos anatómicos basados en el IMC para la identificación de alteraciones en su autopercepción.

### Método

#### Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio es tipo descriptivo con enfoque cuantitativo ya que describe cada uno de los participantes y especifica con números los resultados obtenidos, de corte transversal.

### Participantes

Se seleccionaron de manera intencional y por conveniencia a 28 jugadores del equipo de fútbol rápido varonil y femenino de ITSON del municipio de Navojoa con edades comprendidas entre los 14 a 25 años de edad, de los cuales 15 fueron hombres y 13 mujeres.

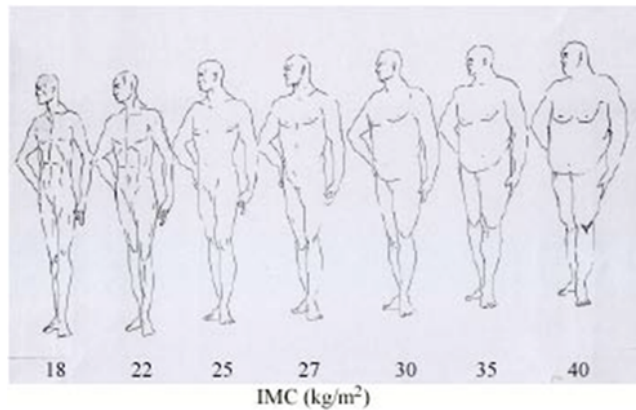
### Instrumento

***Autopercepción de la imagen corporal.*** Se evaluó mediante modelos anatómicos que son modelos tridimensionales y homólogos que muestran las estructuras anatómicas en tamaño real o en forma ampliada. Estos modelos se basaron en los modelos anatómicos utilizados por Montero et al. (2004), utilizando como base perfiles del cuerpo humano que representan una talla aproximada de 175 cm y pesos de 55kg, 67 kg, 77 kg, 83 kg, 92 kg, 107 kg y 122 kg para los modelos masculinos (Figura 1). En los modelos femeninos la silueta representa una talla aproximada de 165 cm y

pesos de 50 kg, 60 kg, 68 kg, 74 kg, 82 kg, 95 kg y 109 kg (Figura 2). Los modelos anatómicos representan para ambos sexos un IMC de 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40 kg/m<sup>2</sup> respectivamente.

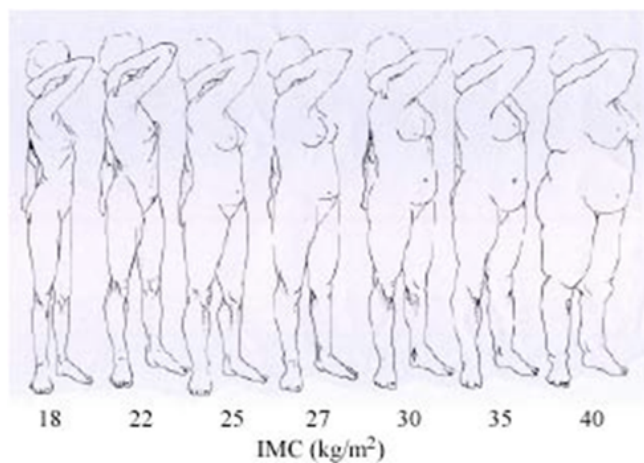
### **Figura 1**

#### *Modelos anatómicos de hombres*



### **Figura 2**

#### *Modelos anatómicos de mujeres*



### **Procedimiento**

Se diseñó un cuestionario en línea en la plataforma de Formularios de Google con datos sociodemográficos y las preguntas con los modelos anatómicos. Cada persona eligió el modelo con el que mejor se identifique, respondiendo a la pregunta “Cuándo se mira desnudo al espejo, ¿Con cuál de estas imágenes se siente más



identificado?”. A cada sujeto y, a partir del modelo elegido, le correspondió un IMC percibido. En segunda instancia se midió el peso y la talla para determinar el IMC real. Para estos procedimientos se utilizará una báscula antropométrica Tanita FitScan BC-601 y un estadiómetro portátil SECA 213. La clasificación de los individuos de la muestra en grupos se realizará utilizando los valores establecidos por Organización Mundial de la Salud (OMS): bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad tipo I, obesidad tipo II y obesidad tipo III que se corresponden con los valores de bajo peso:  $IMC < 18.5$ , peso normal:  $IMC \geq 18.5$  y  $< 25$ , sobrepeso:  $IMC \geq 25$  y  $< 30$ , obesidad tipo I:  $\geq 30$  y  $< 35$ , obesidad tipo II:  $\geq 35$  y  $< 40$  (Moreno, 2012). Posteriormente se clasificó como fue la percepción de los sujetos: 1. Se ve igual, se ve más delgado y se ve más obeso comparando el IMC real según la OMS y el IMC percibido según las imágenes de los modelos anatómicos presentados.

## Resultados

Los resultados indicaron que el 7.14% de los deportistas se identificaron con un IMC percibido en el rango de clasificación bajo peso, 50.0% en peso normal, 35.71 en sobrepeso, 3.57% en obesidad tipo I y 3.57% en obesidad tipo II. En cuanto al IMC real, el 3.57% se encontró en una clasificación de bajo peso, el 67.86% en peso normal, el 25.00% en sobrepeso y el 3.57% en obesidad tipo I (Tabla 1).

Tabla 1

*Porcentaje de clasificación de IMC real y percibido por los jugadores de fútbol rápido en relación con la clasificación de acuerdo a la OMS*

| Clasificación OMS | IMC real | IMC percibido | Diferencia |
|-------------------|----------|---------------|------------|
| Bajo peso         | 3.57%    | 7.14%         | 3.57%      |
| Peso normal       | 67.86%   | 50.00%        | 17.86%     |
| Sobrepeso         | 25.00%   | 35.71%        | 10.71%     |

|          |       |       |       |
|----------|-------|-------|-------|
| Obesidad |       |       |       |
| tipo I   | 3.57% | 3.57% | 0.00% |
| Obesidad |       |       |       |
| tipo II  | 0.00% | 3.57% | 3.57% |
| Total    | 100%  | 100%  |       |

*Nota.* De acuerdo a la OMS la clasificación es: bajo peso:  $IMC < 18.5$ , peso normal:  $IMC \geq 18.5$  y  $< 25$ , sobrepeso:  $IMC \geq 25$  y  $< 30$ , obesidad tipo I:  $\geq 30$  y  $< 35$ , obesidad tipo II:  $\geq 35$  y  $< 40$ .

### Discusión

Respecto a los resultados obtenidos se puede concluir que la hipótesis plateada después de aplicar las medidas antropométricas de los deportistas, los resultados fueron de forma negativa y positiva, ya que fueron evaluadas 4 personas del género masculino y 2 del género femenino, dando por resultado final que el 33.3% del IMC real de esta población tiene un índice de masa corporal normal y el resto tiene sobrepeso u obesidad, a sí mismo dando por hecho que el hombre se percibe mejor manera que la mujer aunque estas diferencias no son significativas.

Por otro lado, los resultados coinciden con el estudio de Montero et al. (2004) sobre la influencia en la distorsión de la imagen corporal como factores principales son los sociales, la alimentación y culturales dando por hecho que el hombre se percibe mejor que la mujer, pero por porcentaje fueron más elevadas la de otros autores mencionados anteriormente ya que tiene más población para su muestra de trabajo.

Como recomendaciones para posteriores investigaciones se debería tomar en cuenta mejorar el componente cognitivo de los deportistas, su alimentación, las persona que los rodean y por último y muy importante entender su entrenamiento

físico, al igual que hacer las medidas antropométricas cuando el atleta está en su mejor forma física y mental.

## Referencias

- Jiménez-Flores, P., Jiménez-Cruz, A., Bacardí-Gascón, M., Jiménez-Flores, P., Jiménez-Cruz, A., & Bacardí-Gascón, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479–489. <https://doi.org/10.20960/nh.455>
- Montero, P., Morales, E. M., & Carbajal, Á. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107–116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2237103>
- Moreno, G. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124–128. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)
- Nanguce-Castillo, Sandy & López-Cocotle, José & Díaz-Laynes, Yari & Silva Ramos, María. (2021). Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria e insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes escolarizados. *Revista Ocronos*. 4. 260.

# **METODOLOGÍAS ÁGILES EN LA REHABILITACIÓN DE EXTREMISTAS: UN ENFOQUE POST-RADICALIZACIÓN (MARE)**

José Antonio Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, Josefina Rodríguez Góngora<sup>2</sup>, Juan Carlos

Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup> y Julia Martínez Gonzálvez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Almería

<sup>2</sup>Diputación de Almería

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a Juan Carlos Rodríguez, [jucar61@ual.es](mailto:jucar61@ual.es)

## **Introducción**

En las últimas décadas, el fenómeno de la radicalización violenta ha sido objeto de creciente preocupación global. El auge de organizaciones terroristas, el extremismo político y los movimientos basados en ideologías radicales ha generado una respuesta por parte de gobiernos y organizaciones no gubernamentales para contrarrestar la creciente amenaza que estos grupos representan para la paz social y la seguridad internacional. La radicalización es un proceso gradual y multifacético que implica la adopción de creencias extremas, que pueden llevar a individuos a justificar o perpetrar actos violentos en nombre de una causa ideológica.

Los programas de desradicalización han surgido como una respuesta fundamental a este problema, con el objetivo de ayudar a los individuos radicalizados a renunciar a las creencias violentas y a reintegrarse pacíficamente en la sociedad. Sin embargo, estos programas han enfrentado numerosos desafíos. El proceso de desradicalización es complejo, y los enfoques tradicionales, que a menudo dependen de intervenciones psicológicas, educativas y comunitarias, no siempre han demostrado ser efectivos a largo plazo.

En este contexto, surge la necesidad de explorar enfoques innovadores para la rehabilitación de extremistas radicalizados. Las metodologías ágiles, como Scrum, ampliamente utilizadas en el desarrollo de software, han demostrado ser eficaces en la facilitación de procesos colaborativos y adaptativos en diversos contextos no tecnológicos. Aplicadas a la rehabilitación psicosocial, estas metodologías ofrecen la posibilidad de involucrar activamente a los participantes en su propio proceso de desradicalización, fomentando el cambio desde dentro y facilitando la reintegración social.

Este artículo tiene como objetivo explorar el uso de la metodología Scrum como una herramienta para la rehabilitación de extremistas radicalizados. Proponemos que

Scrum, con su enfoque colaborativo y adaptable, puede proporcionar un marco estructurado pero flexible para que los ex-extremistas trabajen en la reformulación de sus creencias, la adopción de valores no violentos y la reintegración en sus comunidades. A través de la implementación de Scrum, los participantes pueden asumir un papel más activo en su proceso de cambio, lo que podría resultar en resultados más sostenibles y efectivos en comparación con los enfoques tradicionales.

## **Estado del arte**

### **Radicalización y desradicalización**

La radicalización es un proceso multifactorial que lleva a individuos o grupos a adoptar ideologías extremistas que justifican el uso de la violencia para alcanzar fines políticos, religiosos o sociales. Diversos autores han intentado comprender los factores psicológicos, sociales y políticos que contribuyen a este proceso. Entre los factores más comunes se encuentran la marginación social, el sentimiento de injusticia, la búsqueda de identidad, y la influencia de redes sociales extremistas.

John Horgan, uno de los principales estudiosos del extremismo, plantea que la radicalización no es un fenómeno unidimensional, sino que ocurre a través de diversas fases que varían según el contexto y los individuos implicados. Horgan distingue entre la radicalización cognitiva (cambio en las creencias) y la radicalización comportamental (acción violenta), sugiriendo que no todos los individuos radicalizados participan en actos violentos, aunque todos experimentan cambios en sus creencias .

Por otro lado, el proceso de desradicalización implica ayudar a los individuos a alejarse de las creencias extremas y reincorporarse a la sociedad de manera no violenta. Los programas de desradicalización varían ampliamente en su enfoque. Algunos se centran en proporcionar apoyo psicológico y educativo, mientras que otros

buscan reestructurar las creencias ideológicas de los individuos radicalizados. Un ejemplo notable es el Programa de Desradicalización de Arabia Saudita, que ha logrado resultados mixtos al combinar la reeducación religiosa con la reintegración social.

A pesar de estos esfuerzos, la tasa de éxito de los programas de desradicalización ha sido limitada. Muchos estudiosos sugieren que el éxito de la desradicalización depende de múltiples factores, incluidos el apoyo social, la disposición del individuo a cambiar y la capacidad del programa para abordar las causas subyacentes de la radicalización . Un desafío clave es la resistencia de los radicalizados a participar activamente en su rehabilitación, lo que ha llevado a buscar enfoques más colaborativos y participativos.

### **Metodologías ágiles (Scrum) en contextos no tecnológicos**

Scrum es una metodología ágil desarrollada inicialmente para la gestión de proyectos de software, pero su enfoque colaborativo y adaptable lo ha hecho aplicable en una variedad de campos, incluidos la educación, el trabajo social y la psicología. Los principios fundamentales de Scrum incluyen la autoorganización, la adaptación constante a través de ciclos iterativos, y el enfoque en la colaboración entre los miembros del equipo para alcanzar metas comunes .

En educación, Scrum ha demostrado ser eficaz para mejorar la participación de los estudiantes y fomentar el aprendizaje colaborativo. Un estudio de Estrada-Velasco et al. (2021) mostró que los estudiantes que participaron en proyectos gestionados con Scrum obtuvieron mejores resultados en términos de comprensión del contenido y habilidades de trabajo en equipo en comparación con aquellos que utilizaron métodos tradicionales. Otro ejemplo es el uso de Scrum en programas de trabajo social, donde

se ha empleado para gestionar casos complejos, facilitando la colaboración entre los profesionales y los clientes en la resolución de problemas.

La metodología Scrum también ha sido aplicada en contextos terapéuticos, donde se ha utilizado para mejorar la adherencia de los pacientes a los programas de tratamiento y para involucrarlos de manera más activa en su proceso de recuperación. En estos entornos, la estructura de Scrum ayuda a los pacientes a visualizar su progreso y a mantenerse motivados al dividir los objetivos terapéuticos en tareas manejables y realizables.

Estos ejemplos sugieren que Scrum tiene el potencial de ser eficaz en contextos psicosociales, donde la colaboración activa y el cambio adaptativo son claves para el éxito. Aplicar Scrum en programas de desradicalización podría involucrar a los extremistas de manera más activa en su proceso de rehabilitación, ayudándoles a asumir un papel más central en la reestructuración de sus creencias y comportamientos.

## **Metodología**

### **Diseño de la investigación**

El presente estudio se plantea como una investigación exploratoria basada en un enfoque cualitativo, cuyo objetivo es evaluar la eficacia de la metodología Scrum aplicada a la rehabilitación de extremistas radicalizados. La investigación se llevaría a cabo en un centro especializado en la reintegración social de individuos que han abandonado grupos extremistas violentos, en colaboración con profesionales de la psicología, la sociología, y la educación.

El diseño incluye la implementación de un programa de intervención basado en Scrum, el cual se desarrollará en tres fases: identificación de valores, reformulación de creencias, y evaluación de la reintegración. Se utilizará un enfoque participativo, en el



que los ex-extremistas juegan un papel central en todas las etapas del proceso, desde la planificación hasta la ejecución y evaluación de las actividades.

Se prevé una duración total del programa de aproximadamente tres meses, divididos en ciclos iterativos (sprints) de dos semanas. Durante cada sprint, los participantes trabajarán en la identificación y reestructuración de sus creencias, basándose en la colaboración y el feedback continuo.

### **Participantes**

La población objetivo de este estudio estará compuesta por ex-extremistas radicalizados, que han sido liberados de centros penitenciarios o que han abandonado voluntariamente grupos extremistas. Se seleccionarán participantes que han mostrado disposición para participar en programas de rehabilitación y reintegración social, pero que no han tenido éxito en programas anteriores basados en enfoques tradicionales. Se buscará una diversidad en términos de género, edad, y tipo de radicalización (religiosa, política, etc.) para garantizar la representatividad de los resultados.

Los participantes serán organizados en equipos de 5 a 6 personas, lo que permitirá una mejor dinámica grupal y una mayor capacidad de gestión dentro del marco Scrum. Cada equipo contará con un "Scrum Master", un profesional capacitado en metodologías ágiles que supervisará el progreso del grupo y facilitará las actividades sin imponer soluciones, permitiendo a los participantes ser agentes activos de su propio proceso de rehabilitación.

### **Fases de la intervención**

La intervención basada en Scrum se estructura en tres fases principales, cada una diseñada para abordar un aspecto clave de la rehabilitación de los participantes.

### *Fase 1: Identificación de valores*

En esta fase inicial, los participantes identificarán sus valores y creencias actuales. Utilizando dinámicas grupales y herramientas visuales (como mapas de valores), los individuos reflexionarán sobre las creencias que los llevaron a la radicalización. Los equipos trabajarán juntos en un entorno colaborativo, y se utilizarán sesiones de debate estructurado para permitir que los participantes expresen sus pensamientos sin ser juzgados.

Esta fase incluye la observación de seis escenarios hipotéticos, cada uno representando situaciones de dilemas morales y conflictos de valores. Los participantes discutirán estos escenarios desde diferentes perspectivas, incluyendo las religiosas, políticas y sociales, con el objetivo de reconocer la pluralidad de valores.

### *Fase 2: Reformulación de creencias*

Una vez que los participantes han identificado sus valores, el siguiente paso es reformular aquellos que están asociados con la violencia o el extremismo. Durante esta fase, el equipo utilizará técnicas de reformulación cognitiva, apoyadas por el facilitador (Scrum Master), para dismantelar creencias extremistas y sustituirlas por valores que promuevan la convivencia pacífica y la tolerancia.

Los participantes trabajarán en "sprints" de dos semanas, donde se enfocarán en reestructurar una o dos creencias clave durante cada ciclo. Se utilizarán herramientas visuales como tableros Scrum para realizar un seguimiento de los avances en la reformulación de las creencias, y cada tarea será dividida en subtareables manejables, facilitando el progreso continuo.

### *Fase 3: Evaluación y reintegración*

La fase final de la intervención se centrará en evaluar los logros de los participantes y su preparación para reintegrarse a la sociedad. Aquí, se medirá la disposición hacia la convivencia pacífica y el respeto por la diversidad mediante

evaluaciones cualitativas y cuantitativas. Los participantes reflexionarán sobre su propio proceso, identificando áreas en las que han experimentado crecimiento y donde todavía enfrentan desafíos.

Se llevará a cabo una evaluación pretest-postest que incluirá cuestionarios estandarizados sobre predisposición hacia la violencia, tolerancia y apertura hacia otras culturas y religiones. Además, se realizarán entrevistas en profundidad para captar cambios en las creencias y percepciones de los participantes.

### **Herramientas y recursos**

La implementación de Scrum en este contexto psicosocial requerirá de herramientas específicas para facilitar la colaboración y el seguimiento del progreso. Entre las principales herramientas se encuentran:

**Tableros Scrum:** Los tableros físicos o virtuales se utilizarán para gestionar las tareas de cada sprint, permitiendo a los participantes visualizar las tareas pendientes, en progreso y completadas. Estos tableros fomentarán la transparencia y la responsabilidad compartida dentro de los equipos.

**Scrum Poker:** Esta técnica será empleada para la toma de decisiones consensuada entre los participantes. Utilizando cartas numeradas basadas en la secuencia de Fibonacci, los participantes votarán sobre la importancia y la complejidad de las tareas a realizar, fomentando la participación democrática en el proceso.

**Diarios reflexivos:** Se animará a los participantes a llevar un diario personal durante el programa, donde puedan reflexionar sobre su progreso y los cambios en sus creencias. Estos diarios servirán como una herramienta de autoevaluación y permitirán a los facilitadores rastrear el crecimiento personal de cada participante.

**Aplicaciones de comunicación:** Se empleará una aplicación móvil de comunicación para facilitar el intercambio de ideas y reflexiones entre los participantes fuera de las sesiones grupales. Esta herramienta será especialmente útil para garantizar la continuidad del proceso entre sprints.

### **Resultados esperados**

La aplicación de la metodología Scrum en la rehabilitación de extremistas radicalizados es un enfoque innovador que se espera tenga un impacto positivo en varias dimensiones del proceso de desradicalización. En comparación con los métodos tradicionales, que a menudo dependen de intervenciones pasivas como sesiones de terapia individual o programas educativos unidireccionales, Scrum ofrece un marco más dinámico y colaborativo. Este modelo promueve la participación activa de los individuos en su propio proceso de transformación, algo que es crucial para asegurar un cambio sostenible y a largo plazo .

### **Mejora en la adherencia al proceso de rehabilitación**

Uno de los mayores desafíos en los programas de desradicalización es la falta de motivación y adherencia de los participantes. Los individuos radicalizados a menudo muestran resistencia a comprometerse con programas que perciben como impuestos o que no abordan sus necesidades específicas. Sin embargo, la metodología Scrum, con su enfoque centrado en la colaboración y la autoorganización, permite a los participantes tomar un papel más activo en la definición y gestión de sus objetivos.

Al fragmentar el proceso de rehabilitación en ciclos de trabajo manejables (sprints), los participantes podrán experimentar avances tangibles en cada fase. Esto no solo aumenta la motivación al permitir que vean el progreso de manera clara y regular, sino que también reduce la sensación de estar abrumados por el proceso completo. La capacidad de establecer pequeñas metas alcanzables en cada sprint

promueve la adherencia y fomenta una mayor implicación personal en la rehabilitación.

### **Reestructuración cognitiva más efectiva**

La naturaleza iterativa de Scrum facilita la reestructuración cognitiva, ya que permite a los participantes revisar y ajustar sus creencias y valores de forma continua durante el proceso. Cada sprint proporciona una oportunidad para que los individuos reflexionen sobre sus progresos y reciban retroalimentación inmediata del equipo, lo que refuerza los cambios positivos. A diferencia de los enfoques terapéuticos tradicionales, donde las revisiones periódicas suelen ser menos frecuentes, Scrum mantiene un ritmo constante de evaluación y ajuste.

Este proceso es especialmente importante en la rehabilitación de extremistas, donde las creencias radicales pueden estar profundamente arraigadas. La capacidad de revisar, reformular y reforzar nuevas creencias en ciclos repetitivos permite que el cambio cognitivo sea más profundo y duradero. Se espera que los participantes logren internalizar nuevos valores más rápidamente y de manera más sostenida, en comparación con aquellos que participan en programas más rígidos y menos interactivos.

### **Aumento de la capacidad de resolución de conflictos y convivencia pacífica**

Uno de los objetivos clave de cualquier programa de desradicalización es preparar a los participantes para reintegrarse en la sociedad de manera pacífica. La metodología Scrum, al enfocarse en la colaboración y la toma de decisiones en equipo, fortalece las habilidades de resolución de conflictos y la capacidad de convivir en un entorno pluralista. A través de las actividades grupales, los participantes tienen la

oportunidad de practicar la toma de decisiones consensuada, resolver desacuerdos de manera constructiva y fomentar el respeto mutuo.

Durante los sprints, se espera que los participantes enfrenten dilemas y conflictos relacionados con sus creencias anteriores y sus nuevas realidades sociales. La capacidad de resolver estos conflictos dentro de un entorno supervisado y estructurado proporciona una plataforma para que los individuos aprendan a manejar diferencias de opinión y valores de manera no violenta. Este proceso también fomenta el desarrollo de habilidades de negociación y compromiso, fundamentales para la reintegración exitosa en la sociedad .

### **Reducción de la tasa de recaída en comportamientos extremistas**

Otro resultado esperado es una reducción significativa en la tasa de recaída en comportamientos extremistas entre los participantes. El enfoque participativo de Scrum, combinado con el proceso continuo de revisión y ajuste de creencias, proporciona un entorno de apoyo que puede ayudar a prevenir la recaída. Al estar activamente involucrados en la formulación de sus propios objetivos y en la identificación de los valores incompatibles con la violencia, los participantes tienen más probabilidades de mantener estos cambios después de completar el programa .

Además, la red de apoyo creada durante el proceso de Scrum, donde los participantes se ven como colaboradores en lugar de simples receptores de ayuda, podría seguir funcionando después de que el programa formal termine. Esto aumenta la probabilidad de que los ex-extremistas continúen apoyándose mutuamente en su reintegración social, reduciendo aún más el riesgo de que vuelvan a involucrarse en comportamientos extremistas.

## **Impacto en los profesionales de la intervención**

Otro aspecto relevante es el impacto esperado en los profesionales que facilitan el proceso. Al adoptar roles de apoyo como Scrum Masters, los psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la intervención tienen la oportunidad de distanciarse de los enfoques tradicionales centrados en el asistencialismo. En lugar de dirigir el proceso, facilitan el cambio, proporcionando herramientas y orientación mientras los participantes se responsabilizan de su propio crecimiento. Este enfoque puede conducir a una mayor satisfacción tanto para los profesionales como para los participantes, al promover un ambiente de co-creación y corresponsabilidad.

## **Discusión**

### **Implicaciones teóricas**

La aplicación de la metodología Scrum en la rehabilitación de extremistas radicalizados representa una innovación en el campo de la desradicalización, desafiando las aproximaciones tradicionales que a menudo son estáticas y basadas en la intervención externa. Este enfoque implica un cambio de paradigma, desde un modelo asistencialista hacia un modelo de participación activa en el que los individuos son protagonistas de su propio proceso de transformación. Esto tiene implicaciones teóricas importantes, ya que introduce un marco colaborativo que sitúa al individuo como un agente del cambio en lugar de un sujeto pasivo.

El enfoque ágil propuesto no solo promueve la reestructuración cognitiva, sino que también facilita la internalización de nuevos valores a través de la práctica constante y el feedback inmediato, lo cual coincide con teorías cognitivas del aprendizaje y el cambio conductual, como la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (2000). Según esta teoría, la motivación intrínseca y la autodeterminación son esenciales para la adopción de comportamientos sostenibles. Scrum, al proporcionar

a los participantes autonomía y responsabilidad sobre su propio progreso, puede aumentar su compromiso y la efectividad del proceso de desradicalización.

Además, la iteración constante y la adaptación que forman parte del enfoque Scrum reflejan los principios de la teoría del cambio planificado, que sostiene que el cambio social ocurre de manera más efectiva cuando es incremental y adaptativo. Esta teoría subraya la importancia de la evaluación continua y la flexibilidad en la implementación de intervenciones, lo cual está perfectamente alineado con la estructura iterativa de Scrum.

### **Implicaciones prácticas**

Desde una perspectiva práctica, el uso de Scrum en la desradicalización ofrece una serie de ventajas claras sobre los métodos tradicionales. En primer lugar, la flexibilidad inherente al marco Scrum permite que el programa se adapte a las necesidades y progresos individuales de cada participante, lo que es crucial en un contexto tan heterogéneo como la rehabilitación de extremistas. Los ex-extremistas tienen diferentes historias, motivaciones y niveles de compromiso, y un enfoque rígido puede no ser efectivo para todos los participantes.

El uso de equipos pequeños también es ventajoso. Al trabajar en grupos reducidos, los participantes pueden establecer relaciones de confianza con sus compañeros, lo que facilita un entorno seguro para la autoexploración y el cambio personal. Estos grupos fomentan la responsabilidad compartida, lo que puede ser especialmente útil para contrarrestar la alienación social y el aislamiento, factores que a menudo contribuyen a la radicalización.

Además, el uso de herramientas ágiles como el "Scrum Poker" y los tableros de tareas permite que los participantes visualicen su progreso y mantengan un sentido de propósito y dirección a lo largo del proceso. Este nivel de transparencia y estructura



puede reducir el estrés y la confusión, ayudando a los participantes a mantenerse comprometidos.

En cuanto a los profesionales que facilitan el proceso, Scrum redefine su rol de manera significativa. En lugar de ser los principales agentes del cambio, los profesionales actúan como facilitadores que apoyan y guían a los participantes mientras estos construyen sus propias estrategias de cambio. Esto puede resultar en una mayor eficacia y sostenibilidad a largo plazo, ya que se empodera a los individuos para que continúen su proceso de crecimiento incluso después de que el programa haya terminado.

### **Limitaciones**

A pesar de los beneficios proyectados, el uso de Scrum en la desradicalización también presenta algunas limitaciones y desafíos. En primer lugar, Scrum fue desarrollado para contextos tecnológicos y productivos, lo que significa que su aplicación en el ámbito psicosocial requiere ajustes importantes. Aunque su flexibilidad es una ventaja, también puede ser un desafío mantener un equilibrio adecuado entre la autoorganización de los participantes y la necesidad de orientación y supervisión por parte de los profesionales. Existe el riesgo de que algunos participantes, particularmente aquellos con una mayor resistencia al cambio, puedan no comprometerse plenamente con el proceso sin una dirección clara.

Otra limitación es la duración relativamente corta de los sprints. Aunque el enfoque iterativo es útil para mantener el compromiso, el cambio cognitivo y conductual profundo a menudo requiere más tiempo del que se puede cubrir en ciclos de dos semanas. Es posible que algunos participantes necesiten más tiempo para reformular creencias radicales, lo que sugiere que el modelo Scrum podría tener que

adaptarse para permitir ciclos más largos o una fase de seguimiento más extensa después de la intervención principal.

Además, la implementación de Scrum requiere una infraestructura adecuada, tanto en términos de personal capacitado como de recursos tecnológicos. En algunos contextos, especialmente en entornos con recursos limitados o en áreas rurales, puede ser difícil contar con los facilitadores adecuados y las herramientas tecnológicas necesarias para implementar completamente el modelo.

### **Propuestas para futuras investigaciones**

Dado que la aplicación de Scrum en la desradicalización es un enfoque emergente, hay numerosas oportunidades para futuras investigaciones. En primer lugar, sería beneficioso realizar estudios comparativos entre programas de desradicalización que utilizan Scrum y aquellos que emplean metodologías más tradicionales. Esto permitiría evaluar la eficacia relativa de Scrum en términos de reducción de la reincidencia, mejora de las habilidades de convivencia y reestructuración cognitiva.

Otra área de investigación relevante sería explorar las adaptaciones necesarias para implementar Scrum en diferentes contextos culturales y demográficos. Dado que la radicalización y el extremismo pueden variar significativamente en función del contexto, es importante adaptar el enfoque a las realidades socioculturales específicas de cada grupo de participantes. Los estudios que evalúen cómo ajustar Scrum para responder a estas diferencias serían valiosos.

También sería importante investigar cómo prolongar el impacto del proceso Scrum más allá de la finalización formal del programa. El desarrollo de redes de apoyo continuas entre los participantes, así como el uso de tecnologías digitales para el

seguimiento a largo plazo, podrían ser enfoques prometedores que merecen mayor exploración.

## **Conclusiones**

La rehabilitación de extremistas radicalizados sigue siendo uno de los mayores desafíos para la estabilidad social en todo el mundo. La complejidad del proceso de desradicalización, que implica la transformación profunda de creencias y comportamientos, requiere enfoques innovadores que vayan más allá de las intervenciones tradicionales. Este artículo ha explorado el uso de la metodología Scrum como un enfoque prometedor para involucrar a los ex-extremistas de manera más activa y participativa en su proceso de cambio.

El modelo Scrum, con su enfoque iterativo y adaptable, ofrece un marco en el que los participantes pueden trabajar colaborativamente para identificar, reformular y reemplazar creencias extremistas. A lo largo del proceso, se fomenta un entorno de apoyo mutuo y transparencia, en el que los participantes asumen roles activos, lo que les permite tomar el control de su propio proceso de transformación.

Uno de los puntos más fuertes del enfoque Scrum es su capacidad para fomentar la adherencia al proceso de rehabilitación. Al dividir los objetivos en tareas manejables y permitir la retroalimentación constante, Scrum reduce el riesgo de que los participantes se sientan abrumados y facilita una evolución gradual pero significativa. Esta estructura de trabajo colaborativo no solo promueve la autonomía individual, sino que también mejora las habilidades de resolución de conflictos y convivencia pacífica, elementos clave para la reintegración social.

Sin embargo, como se discutió en este trabajo, la implementación de Scrum en contextos de desradicalización presenta algunos desafíos. Su aplicación en un campo psicosocial requiere ajustes específicos, y la duración de los sprints puede necesitar

ampliarse en algunos casos para permitir un cambio cognitivo más profundo. Además, se necesitan más estudios empíricos para validar este enfoque y para explorar cómo se pueden superar las limitaciones contextuales y tecnológicas que surgen en entornos diversos.

En términos prácticos, el éxito de la metodología Scrum en la desradicalización dependerá de la capacidad para adaptar el modelo a las necesidades de los participantes y de los contextos en los que se implemente. Esto requerirá una formación especializada para los facilitadores y un compromiso continuo para evaluar y ajustar el proceso en función de los resultados observados.

Finalmente, este artículo abre la puerta a futuras investigaciones que podrían comparar la efectividad de Scrum con otros métodos de desradicalización y examinar cómo prolongar el impacto positivo de este enfoque más allá de la finalización del programa. La creación de redes de apoyo post-intervención y el uso de tecnologías digitales podrían ser áreas prometedoras a explorar para asegurar la sostenibilidad del proceso de desradicalización.

En resumen, aunque el enfoque Scrum no es una solución mágica para la desradicalización, ofrece un camino nuevo y esperanzador para abordar este desafío global. Su capacidad para involucrar a los participantes de manera activa y participativa puede marcar una diferencia en la forma en que se abordan los programas de rehabilitación, promoviendo cambios más sostenibles y efectivos a largo plazo.

## Bibliografía

- Cusick, H. M. (2000). *Characteristics of Families Presenting to a Family Preservation Program*. Kent State University.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Estrada-Velasco, M., et al. (2021). *Revisión Sistemática de la Metodología Scrum para el Desarrollo de Software*. *Dominio de las Ciencias*, 7(4).
- Estrada-Velasco, M., Núñez-Villacis, J., Saltos-Chávez, P., & Cunuhay-Cuchipe, W. (2021). *Revisión Sistemática de la Metodología Scrum para el Desarrollo de Software*. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 434-447.
- Hogg, M. A. (2004). *Uncertainty and Extremism: Identification with High Entitativity Groups Under Conditions of Uncertainty*. In V. Yzerbyt, C. M. Judd, & O. Corneille (Eds.), *The Psychology of Group Perception: Perceived Variability, Entitativity and Essentialism*. Psychology Press.
- Hogg, M. A. (2004). *Uncertainty and Extremism: Identification with High Entitativity Groups Under Conditions of Uncertainty*. Psychology Press.
- Horgan, J. (2009). *Deradicalization or Disengagement? A Process in Need of Clarity and a Counterterrorism Initiative in Need of Evaluation*. *Perspectives on Terrorism*, 2(4).
- Horgan, J. (2009). *Walking Away from Terrorism: Accounts of Disengagement from Radical and Extremist Movements*. Routledge.
- Jiménez, L. (2009). *Crece en familias en situación de riesgo: Análisis evolutivo durante la infancia y la adolescencia*. Universidad de Sevilla.
- López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: Respuesta familiar, escolar y social*. Pirámide.

- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). *Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation*. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Mex-Álvarez, D. C., et al. (2018). *Desarrollo del sitio web Sisconve con la metodología Scrum*. *Revista de Tecnologías de la Información*, 5(17).
- Moyano, P., & González, I. (2021). *Jóvenes y radicalización violenta: la encrucijada de la prevención*. PREDEIN.
- Navarro, M. I. (2002). *La intervención psicosocial con familias multiproblemáticas: la perspectiva ecológica*. Universidad de Valencia.

# **ESTRÉS ACADÉMICO EN DOCENTES UNIVERSITARIOS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE**

Javier Mula Falcón<sup>1</sup>, Javier de la Hoz Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Javier Mula Falcón**, [javiermf@ugr.es](mailto:javiermf@ugr.es)

## Introducción

En los últimos tiempos, los cambios del mercado laboral, claramente influenciadas por valores y principios neoliberales como la competitividad, la presión y la individualización, empiezan a influir en la vida de los trabajadores (Tabares-Díaz, Martínez-Daza y Mritza, 2020). Sin embargo, si bien es cierto que la actividad laboral tiene beneficios para la economía (Chávez, 2016), estos nuevos tintes neoliberales comienzan a afectar negativamente la salud física, mental y social de los trabajadores.

Esta revisión parte de un concepto fundamental, la salud mental. En este contexto, es crucial definir qué se entiende por salud mental y cuáles son los elementos que inciden en la salud mental del profesorado universitario. La salud mental abarca el bienestar emocional, psicológico y social, influyendo en cómo pensamos, sentimos y actuamos. Por ello, especialmente en las últimas décadas, ha aumentado el número de personas afectadas por el Síndrome de Burnout, que, según considera Byung-Chul Han (2022), es la epidemia del siglo XXI.

Para contextualizar este término, es importante destacar que el concepto de burnout aparece por primera vez en la literatura científica en la década de 1970. Sus precursores más destacados y especializados fueron Freudenberger (1974) y Maslach (1976). Sus bases terminológicas se asocian a los ámbitos socio-psicológicos, que se refieren a él como un síndrome de agotamiento que sufre la persona y que afecta a su esfera emocional. Sobre todo, suele asociarse a trabajos que requieren relaciones interpersonales/profesionales (Maslach y Jackson 1981a, 99).

En concreto, y en base a las referencias sobre el tema, este síndrome se refiere al estrés continuado en el entorno laboral caracterizado por la presencia de agotamiento (físico, emocional y mental), baja realización personal y despersonalización (Maslach y Jackson, 1981b). En este sentido, las altas exigencias, demandas y presiones en el trabajo contribuyen especialmente al desarrollo de este



síndrome (Ojeda, 2016). Sin embargo, la presencia e intensidad de este síndrome varía en función del tipo de profesión, considerándose los sectores educativo y sanitario como los más vulnerables (Cabellos et al., 2020). En el ámbito de los profesionales de la educación, este problema ha sido ampliamente estudiado en diferentes etapas educativas (Moreno-Jiménez et al., 2009), siendo la Educación Superior una de las más afectadas (Guthrie et al., 2017).

De nuevo, volviendo al ámbito educativo, las consecuencias de este burnout tienen efectos perjudiciales para la salud y la eficiencia de los educadores y, por tanto, para la calidad de la educación en el aula (Zhong et al., 2009).

Tomando ahora especial interés en los profesores universitarios, estos tienen que enfrentarse a cuestiones docentes actuales y dinámicas como el aumento de la internacionalización, la masificación de las aulas, la renovación de los procesos pedagógicos o la introducción de las nuevas tecnologías en el aula -incluida la inteligencia artificial- sin escasa formación. No obstante, esta no es la única función de los académicos, los cuales deben compaginar la función docente y sus retos con tareas de investigación, transferencia y gestión (Sestili et al., 2018) así como con frecuentes procesos de evaluación de su desempeño profesional. Esta combinación acaba provocando un progresivo agotamiento físico y emocional de estos docentes, y crea un escenario complicado de resolver (Collado et al., 2016).

Ante esta situación, se hace necesario un estudio que recopile las principales contribuciones sobre el impacto de este contexto en la salud mental de los profesores universitarios. Por tanto, el objetivo principal de este estudio es realizar una revisión sistemática de la literatura sobre el impacto que este nuevo escenario genera sobre aspectos como el estrés y el burnout.

## Método

### Objetivo

El objetivo principal de esta investigación fue el de *analizar la producción científica internacional de los últimos diez años sobre el impacto que las nuevas formas de la academia producen en la salud mental (estrés/burnout) de sus profesionales (académicos)*.

Asimismo, de este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

Describir las características principales de los estudios analizados (distribución geográfica, evolución temporal, diseños metodológicos y temáticas emergentes).

Establecer futuras líneas de investigación.

### Diseño de investigación

El estudio consiste en una *Revisión de Alcance* (Scoping Review). Este es un tipo de Revisión Sistemática de la Literatura que tiene como objetivo el de realizar una evaluación preliminar sobre un campo de investigación determinado sobre el que desarrollar futuras revisiones más amplias y concretas, así como otros estudios empíricos. (Grant y Booth, 2009). Con el objetivo de alcanzar el máximo grado de sistematización y rigurosidad, aplicamos un proceso basado en las aportaciones de Codina (2018) y formado por diferentes fases diferentes.

En primer lugar, se seleccionaron las bases de datos WoS y Scopus debido a su importancia en el ámbito internacional y por la calidad de los estudios que contienen. A continuación, se seleccionaron una serie de palabras clave que fueron traducidas al inglés y que se combinaron dando lugar a la siguiente ecuación de búsqueda: (“stress” OR “burnout” OR “psychological burnout”) AND (“university teachers” OR “higher education teachers”).

En segundo lugar, se definieron diferentes criterios de inclusión y exclusión los cuales pueden observarse en la siguiente tabla (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Criterios de inclusión/exclusión*

| Criterios de inclusión                                                                                                                                                                                                   | Criterios de exclusión                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicaciones entre 2014 – 2024.</li> <li>- Estudios resultantes de la ecuación de búsqueda.</li> <li>- Estudios en formato artículo.</li> <li>- Adecuación temática</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- No cumplir con los criterios de inclusión.</li> </ul> |

*Fuente:* Elaboración propia.

Finalmente, tras el uso de la ecuación de búsqueda en las diferentes bases de datos, la aplicación de los diferentes criterios de inclusión y exclusión, así como la lectura de los títulos y resúmenes de los diferentes documentos, un total de 45 artículos fueron seleccionados y sometidos a un doble proceso de análisis. Por un lado, se realizó un análisis de las características principales de los documentos (distribución geográfica, evolución temporal y enfoques metodológicos). Para ello se emplearon hojas de recogida de información. Y, por otro lado, se realizó un análisis temático emergente (Braun y Clarke, 2006).

Resultados

Descripción general de los estudios

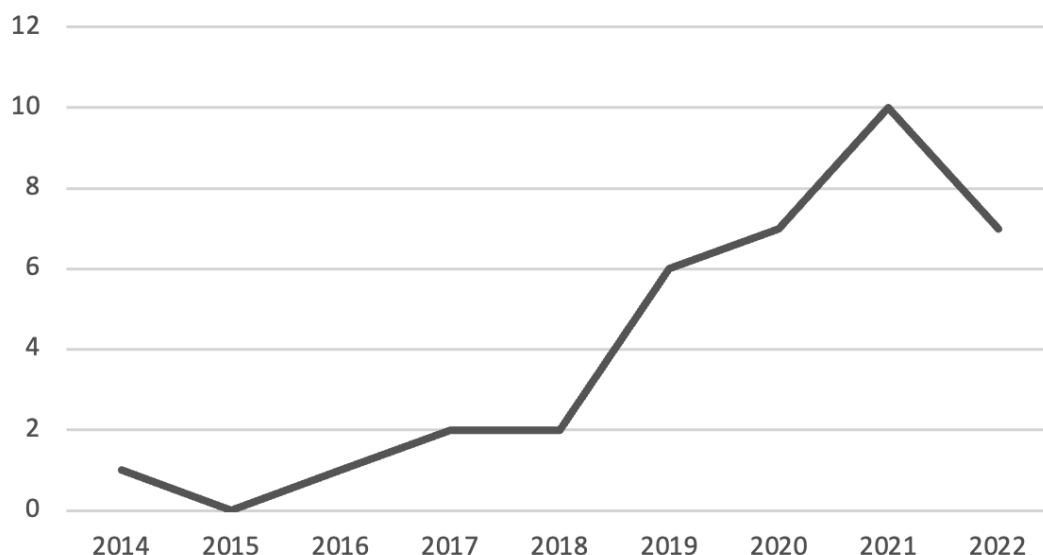
Evolución temporal

El análisis de la evolución temporal de los estudios muestra dos claros periodos (Figura 1). El primer periodo es el comprendido entre 2014 y 2018 con un ritmo constante y moderado en el número de documentos. El segundo periodo sería entre

2019 y el 2023 y se caracteriza por contener un 80 % de la producción total. Este incremento entre el primer y el segundo periodo denota un crecimiento del interés por esta temática de estudio. Por último, destacan especialmente los años 2020, 2021, 2022 y 2023 debido al elevado número de estudios (7, 10, 7 y 6 respectivamente).

### **Figura 1**

*Distribución temporal de los estudios incluidos en la revisión.*



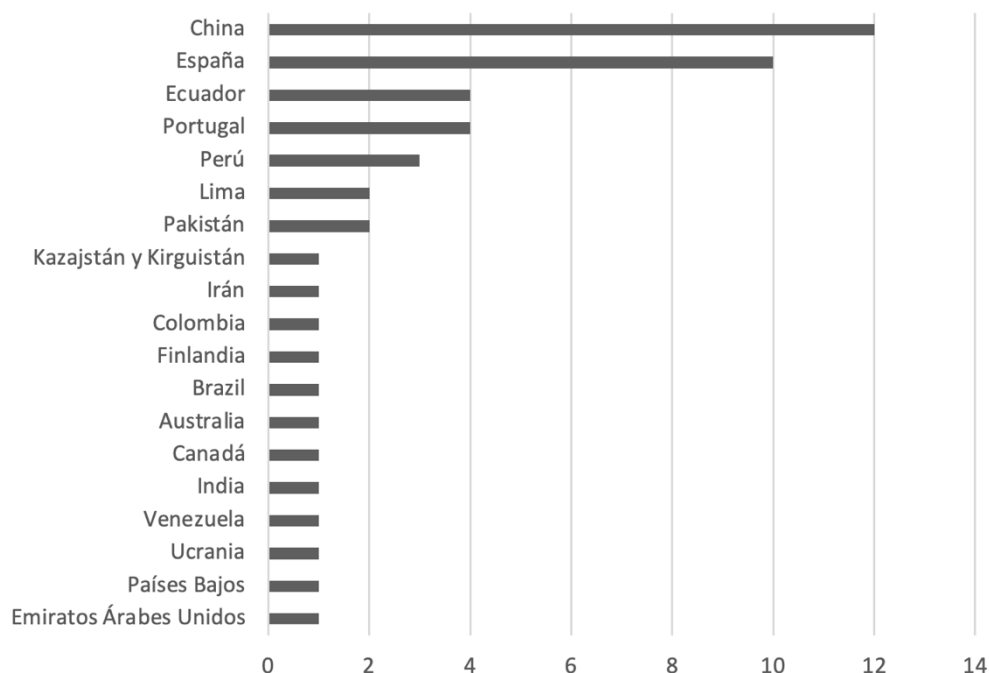
*Fuente:* Elaboración propia.

### Distribución geográfica

En relación al análisis de la distribución geográfica, se observa una gran variedad de zonas que contienen estudios sobre la temática (Irán, Colombia, Chile, Lima, Brasil, Ecuador, Emiratos Árabes Unidos, etc.). No obstante, destacan zonas como Ecuador (4), Portugal (4) o Perú (3), pero, sobre todo, España (10) y China (12). Este análisis sugiere una preocupación extendida por esta temática de estudio.

**Figura 2**

*Distribución geográfica de los estudios incluidos en la revisión.*



*Fuente:* Elaboración propia.

### Enfoques metodológicos

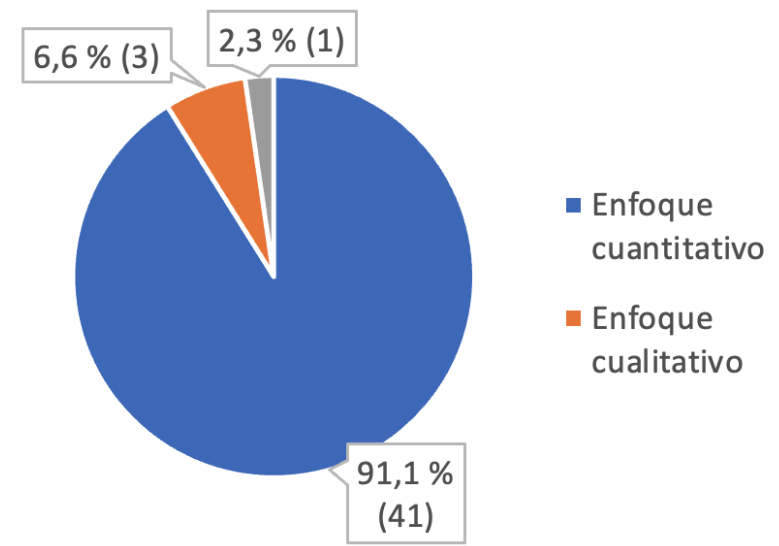
En cuanto a los enfoques metodológicos, predomina el cuantitativo (91,1%, es decir, 41 estudios) sobre el resto. Dentro de este enfoque se observa como principal herramienta de investigación el uso de diferentes tipos de encuestas, siendo el *Maslach Burnout Inventory Survey* el más utilizado. No obstante, se emplean otro tipo de encuestas como cuestionarios sobre enfoques de enseñanza - acrónimo inglés HEAT- (Virtanen y Parpala, 2013), el Teoría de la medición de Rasch -acrónimo inglés RFT- (Garces-Delgado et al., 2023), Herramienta de Evaluación del Burnout - acrónimo inglés BAT-, Escala de angustia inducida por el ordenador -acrónimo inglés CID- (Marrinhas et al., 2023), Evaluación del Síndrome de Burnout en el Trabajo - acrónimo inglés CESQT- (Deroncele-Acosta et al., 2023), entre otros.

El enfoque cualitativo tan solo es empleado por tres estudios (González-Calco, 2020; Ahmad et al., 2022; Gast et al., 2022), el cual utiliza la entrevista como

instrumento de investigación. Y, en cuanto al enfoque mixto, tan solo es usado de nuevo por una sola investigación (Xu, 20017) en el que se combinan dos encuestas diferentes (*Role Conflict Scale* y *Maslach Burnout Inventory*) en la parte cuantitativa, con entrevistas semi-estructuradas en la parte cualitativa.

### Figura 3

*Enfoques metodológicos de los estudios incluidos en la revisión.*



*Fuente:* Elaboración propia.

### Análisis temático

En cuanto al análisis temático (Braun y Clarke, 2006), se han identificado tres temáticas emergentes: *causas* que producen estrés, *consecuencias* que genera y *diferencias* de los niveles de estrés.

#### Causas que producen estrés en el profesorado

Los estudios coinciden en señalar una serie de causas que contribuyen a generar altos niveles de estrés y burnout entre el profesorado universitario. En estas líneas, los aspectos más destacados son:

La enorme sobrecarga de trabajo a la que se ven sometidos debido: 1) a la gran variedad de funciones que deben realizar (gestión, investigación, docencia y transferencia); y 2) a las innumerables evaluaciones que deben superar.

Dentro de sus labores docentes: el aumento del número de alumnos por aula, la presión continua por la innovación educativa y el fomento del uso de las TIC. Este último aspecto se ha visto incrementado en las publicaciones de los últimos años debido a la rápida transición de una docencia totalmente presencial a otra en línea provocada por la situación generada por la COVID-19. De hecho, la mayor parte de los estudios de esos años tratan sobre la salud mental del profesorado como consecuencia de esa rápida transición a una docencia completamente online.

En la investigación: la enorme de la presión por aumentar la producción científica (número de publicaciones); la continua búsqueda de financiación; y los altos niveles de competitividad.

El debate interno investigador-docente generado por las continuas evaluaciones del desempeño profesional.

La búsqueda de un equilibrio entre la familia/ocio y el trabajo.

El déficit de recursos materiales y personales para el desarrollo óptimo de sus funciones.

La insatisfacción salarial y laboral generada por la situación actual de la labor académica.

Consecuencias que en el profesorado.

Por otra parte, los estudios también mencionan una serie de consecuencias generadas en el profesorado como resultado de los elevados niveles de estrés. En este sentido, las investigaciones mencionan:

Problemas de salud como la ansiedad, la depresión o el insomnio, entre otros aspectos.

Un aumento de los niveles de insatisfacción laboral

El aumento del cansancio emocional y/o físico.

La búsqueda de opciones laborales fuera de la academia como estrategia para acabar con los elevados niveles de estrés.

Problemas sociales y/o familiares.

Diferencias en los niveles de estrés

Por último, los estudios señalan una serie de diferencias en cuanto a los niveles de estrés en función a determinadas variables. De esta manera, los estudios subrayan una serie de variables que contribuyen a generar mayores niveles de estrés y burnout como:

Ser mujer: debido a la sobrecarga que les genera el entorno familiar y las todavía desigualdades laborales existentes dentro del mundo universitario.

Ser académico joven: por su situación de precariedad laboral y por su escasa experiencia en labores de docencia.

Ser doctorando: por su infinidad de roles y por la presión que les genera las relaciones profesionales.

Ser un académico veterano (36-45): debido a la sobrecarga de funciones, responsabilidades y tareas.

Ser académico temporal: debido a la inestabilidad laboral que genera.

Ser académico con un enfoque pedagógico no reflexivo.

Por otro lado, también se destacan otras variables que fomentan los niveles de estrés entre los académicos como: 1) ser docente en pregrado; 2) pertenecer a las áreas de investigación de ciencias (por los altos niveles de competitividad); 3) o luchar o intentar cambiar las demandas de la universidad actual.

Finalmente, los estudios también mencionan que, a mayores niveles de estrés, ansiedad y burnout, se observa más estrategias de afrontamiento frente a la evitación. Dentro de las estrategias de afrontamiento destacaban la fe (religión) frente al humor.



## Discusión y Conclusiones

En la presente investigación se ha llevado a cabo una revisión de alcance de la literatura. El objetivo principal de este estudio era el de *analizar la producción científica internacional de los últimos diez años sobre el impacto que las nuevas formas de la academia producen en la salud mental (estrés/burnout) de sus profesionales (académicos)*. Tras la elección de las bases de datos (WoS y Scopus), la introducción de la ecuación de búsqueda y la aplicación de los diferentes criterios de inclusión/exclusión, un total de 45 estudios fueron seleccionados y analizados tanto topográfica como temáticamente. A continuación, resaltamos una serie de aspectos fundamentales, así como futuras líneas de investigación.

Los resultados en relación a la distribución geográfica evidencian que el estrés en el profesorado universitario no es algo puntual de un contexto determinado, sino que se trata de una realidad extendida por todo el mundo. En cuanto a la distribución temporal, el creciente número de artículos en los últimos años también sugiere un aumento de la preocupación científica por esta temática de estudio.

En cuanto al análisis temático, la presente revisión ha permitido evidenciar como el nuevo sistema universitario genera importantes niveles de estrés y burnout en el profesorado universitario. Asimismo, los estudios coinciden en destacar diferencias en los niveles de estrés en función de determinadas variables como la edad, el género, los años de experiencia, la disciplina científica o el tipo de docencia, entre otros aspectos. Por último, también se ha demostrado como este estrés desemboca en una gran variedad de problemas como: problemas de salud (insomnio, depresión, etc.); problemas laborales (insatisfacción laboral); o incluso problemas sociales y/o familiares.

En cuanto a futuras líneas de investigación, el presente estudio destaca las siguientes:

Desarrollar estudios cualitativos que permitan ahondar en la comprensión sobre los altos niveles de estrés que presenta el profesorado universitario.

Potenciar estudios que permitan comparaciones entre diferentes variables no analizadas como, por ejemplo, la familia, los hijos o poseer cargos de gestión, entre otros. Fomentar estudios desde un paradigma crítico que permitan aportar soluciones y propuestas para paliar los altos niveles de estrés y burnout.

## Referencias

- Alwaely, S. A., & Jarrah, H. Y. (2020). Occupational burnout and its relation to academic staff performance at Al Ain University, college of education (evaluation study), *International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education (IJCRSEE)*, 8(3), 19-28.
- Balaban, C., & Wright, S. (2017). European Governance and Doctoral Education: The 'Knowledge Worker' in the EU. En C. Balaben y S. Wright (Eds.) *UNIKE Notes on Doctoral Education*. Descargado de <https://cutt.ly/ryfogDM>
- Bedoya, E. A., Vega, N. E., Severiche, C. A., & Meza, M. J. (2017). Síndrome de Quemado (Burnout) en docentes universitarios: El caso de un centro de estudios del Caribe Colombiano. *Formación universitaria*, 10(6), 51-58. <http://doi.org/10.4067/S0718-50062017000600006>
- Bermúdez-Aponte, J., & Laspalas, F. (2017). El profesor universitario: integración entre lo personal y lo profesional. *Revista Interuniversitaria*, 29(2), 109-126. <http://dx.doi.org/10.14201/teoredu292109126>
- Brøgger, K. (2019). *Governing through Standards: The Faceless Masters of Higher Education*. Cham: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-00886-4>

- Cabellos, S., Loli, R., Hernán, M. and Velásquez, R. (2020). Niveles de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de educación superior. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2), 1-18.
- Cao, J., Dai, T., Dong, H., Chen, J. y Fan, Y. (2024). Research on the mechanism of academic stress on occupational burnout in Chinese universities. *Scientific Reports*, 14. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-62984-2>
- CASCADE Project. (2012). Mapping in literature reviews. Recuperado de Uk: [https://as.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/academicservices/education/enhancement/cascade/Mapping\\_in\\_literature\\_reviews.pdf](https://as.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/academicservices/education/enhancement/cascade/Mapping_in_literature_reviews.pdf)
- Cazorla, M. (2011). Una aproximación a los aspectos positivos y negativos derivados de la puesta en marcha del Plan Bolonia en la universidad española, *REJIE: Revista Jurídica de Investigación e Innovación Educativa*, 4, 91-104.
- Chávez, César. (2016). Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *INNOVA Research Journal*, 1(9), 77-95. <https://doi.org/10.33890/innova.v1.n9.2016.55>
- Dashper, K., & Fletcher, T. (2019). 'Don't call me an academic': Professional identity and struggles for legitimacy within the vocational field of events management higher education. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport & Tourism Education*, 25, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jhlste.2019.100201>
- David, I. C., & Quintão, S. (2012). Burnout in teachers: its relationship with personality, coping strategies and life satisfaction. *Acta medica portuguesa*, 25(3), 145-155.
- Deroncele-Acosta, A., Gil-Monte, P. R., Norabuena-Figueroa, R. P., y Gil-LaOrden, P. (2023). Burnout en docentes universitarios: evaluación, prevención y tratamiento. *Revista Venezolana De Gerencia*, 28(Edición Especial 10), 936-953. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.28.e10.5>

- Djerasimovic, S., & Villani, M. (2019). Constructing academic identity in the European higher education space: Experiences of early career educational researchers. *European Educational Research Journal*, 1-22. <https://doi.org/10.1177/1474904119867186>
- Farshi, S. S., & Omranzadeh, F. (2014). The effect of gender, education level, and marital status on Iranian EFL teachers' burnout level. *International Journal of Applied Linguistics and English Literature*, 3(5), 128-133.
- Garcés-Delgado, Y., García-Álvarez, E., López-Aguilar, D. y Álvarez-Pérez, P. R. (2023). Incidencia del género en el estrés laboral y burnout del profesorado universitario. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 21(3), 41-60. <https://doi.org/10.15366/reice2023.21.3.003>
- García-Arroyo, J. A., & Osa, A. (2019). Work overload and emotional exhaustion in university teachers: Moderating effects of coping styles. *Universitas Psychologica*, 18(2), 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-2.woee>
- González-Calvo, G. (2020). El Agar.io Programado en la Enseñanza Superior: Fundamentos de la Dinámica del Superrendimiento y la Superproducción. *Qualitative Research in Education*, 9(2), 160-187. <https://doi.org/10.17583/qre.2020.5412>
- Guthrie, S., Lichten, C., Van Belle, J., Ball, S., Knack, A. y Hofman, J. (2017). *Understanding mental health in the research environment. A Rapid Evidence Assessment*. RAND Corporation.
- Han, B-Ch. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder
- Han, J., Yin, H., & Wang, J. (2020). Examining the Relationships Between Job Characteristics, Emotional Regulation and University Teachers' Well-Being: The Mediation of Emotional Regulation. *Front. Psychol.* 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01727>

- Heng, S., Yang, M., Zou, B., Li, Y., & Castaño, G. (2020). The mechanism of teaching–research conflict influencing job burnout among university teachers: The roles of perceived supervisor support and psychological capital. *Psychology in the Schools*, 57(9), 1347-1364. <https://doi.org/10.1002/pits.22426>
- Holmes, C., & Lindsay, D. (2018). “Do you want fries with that?": The McDonaldization of University Education. Some Critical Reflections on Nursing Higher Education. *SAGE Open*, 8(3), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244018787229>
- Khibina, N., Salimzhanoca, A., Khibina, Z., y Kariyev, A. (2023). Distance Learning during the COVID-19 Pandemic: Stress Factors for Female School and University Teachers in Kazakhstan and Kyrgyzstan. *European Journal of Contemporary Education*, 12(2). <https://doi.org/10.13187/ejced.2023.2.493>
- Lei, W., Li, J., Li, Y., Castaño, G., Yang, M. & Zou, Z. (2020). The boundary conditions under which teaching–research conflict leads to university teachers’ job burnout, *Studies in Higher Education*, 46(2), 406-442. <https://doi.org/10.1080/03075079.2020.1811218>
- Li, W., & Kou, C. (2018). Prevalence and correlates of psychological stress among teachers at a national key comprehensive university in China. *International journal of occupational and environmental health*, 24(1-2), 7-16. <https://doi.org/10.1080/10773525.2018.1500803>
- Li, Y., Li, Y., & Castaño, G. (2019). The impact of teaching-research conflict on job burnout among university teachers. *International Journal of Conflict Management*, 31(1), 76-90. <https://doi.org/10.1108/IJCMA-05-2019-0080>
- Luengo, J., & Saura, G. (2012). Mecanismos endógenos de privatización encubierta en la escuela pública. Políticas educativas de gestión de resultados y rendición de

cuentas en andalucita. *Profesorado: revista de currículum y formación de profesorado*, 16(3), 112-126.

Marrinhas, D., Santos, V., Salvado, C., Pedrosa, D., and Pereira, A. (2023) Burnout and technostress during the COVID-19 pandemic: the perception of higher education teachers and researchers. *Frontiers in Education*, 8. <https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1144220>

Maslach, C., and Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Ngohayon, J. M., & Culimay, E. A. (2023). Stress Experiences and Coping Strategies Among Employed Teachers of Ifugao State University During the COVID-19 Pandemic. *Research in Educational Administration and Leadership*, 8(4), 826-868. <https://doi.org/10.30828/real.1227718>

Nie, Y., & Sun, H. (2016). Why do workaholics experience depression? A study with Chinese University teachers. *Journal of health psychology*, 21(10), 2339-2346. <https://doi.org/10.1177/1359105315576350>

Ojeda, G. (2016). Modelo Causal social cognitivo de burnout en profesional de la Salud de Lima Metropolitana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Avialable at: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4930>

Overac, J. (2019). The "Dark Side" of Academics? Emerging Issues in the Gaming and Manipulation of Metrics in Higher Education. *The Review of Higher Education*, 42(3), 859-877. <https://doi.org/10.1353/rhe.2019.0022>

Rodríguez, E. & Sánchez, M. (2018). Síndrome de *Burnout* y variables sociodemográficas en los docentes de una universidad privada de Lima. *Revista de Investigación Educativa*, 36(2), 401-419. <http://doi.org/10.6018/rie.36.2.282661>

- San Fabián, J. (2020). El reconocimiento de la actividad investigadora universitaria como mecanismo de regulación del mercado académico. *Márgenes, Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 1(1), 23-4. <http://dx.doi.org/10.24310/mgnmar.vii1.7208>
- Silva, S., & Oliveira, A. (2019). Burnout among teachers in private institutions of higher education. *Psicología Escolar e Educacional*, 23. <https://doi.org/10.1590/2175-35392019017785>
- Sorrel, M., Martínez-Huertas, J., & Arconada, M. (2020). It must have been burnout: Prevalence and related factors among spanish PhD students. *The Spanish Journal of Psychology*, 23. <https://doi.org10.1017/SJP.2020.31>
- Suárez, M. & Martín, J. (2019). Influence of socio-demographic profile of teachers on their levels of emotional intelligence and burnout. *Educación XX1*, 22(2), 93-117, <https://doi.org/10.5944/educXX1.22514>
- Sun, W., Wu, H., & Wang, L. (2011). Occupational stress and its related factors among university teachers in China. *Journal of occupational health*, <https://doi.org/1106160191-1106160191>
- Tabares-Díaz, Yuranny, Viviana, Martínez-Daza and Sonia Maritza. (2020). Síndrome de Burnout en docentes de Latinoamérica: Una Revisión Sistemática. *Univ. Salud*, 22(3), 265-279. <https://doi.org/10.22267/rus.202203.199>
- Teles, R., Valle, A., & Rodriguez, S. (2020a). Burnout among Teachers in Higher Education: An Empirical Study of Higher Education Institutions in Portugal. *International Journal of Management Science and Business Administration*, 6(5), 7-15. <http://dx.doi.org/10.18775/ijmsba.1849-5664-5419.2014.65.1001>
- Teles, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Regueiro, B. (2020b). Perceived stress and indicators of burnout in teachers at Portuguese higher education institutions (HEI). *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3248. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093248>

- Virtanen, P. y Parpala, A. (2023). The role of teaching processes in turnover intentions, risk of burnout, and stress during COVID-19: a case study among Finnish University teacher educators. *Frontiers in Education*, 8. <https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1066380>
- Wang, Q., Zhao, G. y Yao, N. (2024). Understanding the Impact of Technostress on University Teachers' Online Teaching During the COVID-19 Pandemic with the Transactional Theory of Stress (TTS). *Asia-Pacific Education Researcher*, 33, 187–198 <https://doi.org/10.1007/s40299-023-00718-0>
- Wang, X. & Li, B. (2019). Technostress Among University Teachers in Higher Education: A Study Using Multidimensional Person-Environment Misfit Theory. *Front. Psychol*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01791>
- Xu, L. (2017). Teacher–researcher role conflict and burnout among Chinese university teachers: a job demand-resources model perspective, *Studies in Higher Education*, 44(6), 903-919. <http://dx.doi.org/10.1080/03075079.2017.1399261>



# **EL ROL DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA AUTORREGULACIÓN DEL APRENDIZAJE**

Patricia Ayllón Salas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Patricia Ayllón-Salas, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja, s/n, 18071 Granada, Spain. Tel. +34 958242095. Fax +34 958248975. E-mail: [patriay@ugr.es](mailto:patriay@ugr.es)**

## Introducción

El aprendizaje se define como el proceso por el que la experiencia genera un cambio relativamente permanente en la conducta o en el conocimiento (Knowles, 2001). El individuo tiene un papel protagonista en el proceso de aprendizaje, lo que ha llevado a las principales instituciones a nivel mundial a considerar la competencia de aprender a aprender como una habilidad esencial.

En este sentido, la Comisión de las Comunidades Europeas (2005) define la competencia de aprender a aprender como la capacidad para iniciar, persistir, y organizar el aprendizaje. De esta manera, los estudiantes reflexionan sobre su proceso de aprendizaje, gestionan el tiempo, resuelven problemas, toman conciencia de sus habilidades y limitaciones, y se autoevalúan (Consejo de la Unión Europea, 2018, Gargallo et al., 2020).

En la actualidad, se pueden diferenciar dos tipos de aprendizaje: (a) el aprendizaje experto (Justicia et al., 2007); y (b) el aprendizaje estratégico (Cano, 2007). El aprendizaje experto incluye la identificación de las características propias del comportamiento experto y el establecimiento de diferencias entre expertos y principiantes a la hora de aprender (Justicia et al., 2007). Así, los estudiantes que tienen este tipo de aprendizaje son capaces de procesar la información en grandes unidades, mantener más información en la memoria, representar los problemas de un modo más profundo, e invertir más tiempo analizando los problemas (Justicia et al., 2007). Por otro lado, el aprendizaje estratégico recoge un conjunto de estrategias necesarias para facilitar la adquisición, almacenamiento, recuperación, uso y transferencia del conocimiento (Cano, 2007). Estas estrategias se clasifican en tres tipos (Cano, 2007): (a) estrategias cognitivas: se relacionan con los procesos básicos para adquirir y procesar la información (p.e., atención, comprensión, elaboración, y recuperación); (b) estrategias metacognitivas: se relacionan con el control y la

regulación de la propia conducta; y (c) estrategias de apoyo: se relacionan con el control de los recursos no cognitivos implicados en el aprendizaje.

En consecuencia, el aprendizaje autorregulado de los estudiantes se ha convertido en una herramienta fundamental para garantizar un aprendizaje efectivo (Jin et al., 2023).

En este contexto, en el que el papel principal del aprendizaje recae sobre el estudiante, el desarrollo de la tecnología de inteligencia artificial está creando nuevas oportunidades y desafíos en la educación (Xia et al., 2022). Sin embargo, sigue sin estar claro cómo utilizar eficazmente la tecnología emergente para fomentar el aprendizaje (Chew & Chua, 2020).

Por tanto, el objetivo de esta investigación es sintetizar la literatura publicada hasta el momento, determinando la relación en el aprendizaje autorregulado y la inteligencia artificial. Así, se pretende dar a conocer los últimos avances científicos que identifican la inteligencia artificial como una herramienta útil para promover el uso de estrategias de aprendizaje autorregulado en el estudiantado.

### El aprendizaje autorregulado

Una de las estrategias para ayudar al alumnado a afrontar su aprendizaje de forma intencional, autónoma y efectiva es mediante el aprendizaje autorregulado. El aprendizaje autorregulado se define como “todo aprendizaje en el que los sujetos son participantes activos –metacognitiva, motivacional y conductualmente– en su propio proceso de aprender, en el que se produce retroalimentación informativa autoorientada, que permite el control de dicho proceso, a través de la autoestima, la autorrealización, el autorrefuerzo, etc.” (Justicia et al., 2007, pp. 514–515). Asimismo, Panadero y Alonso (2014) lo definieron como “el control que el sujeto realiza sobre sus

pensamientos, acciones, emociones y motivación a través de estrategias personales para alcanzar los objetivos que ha establecido” (pp. 450–451).

En esta línea, los componentes que constituyen el aprendizaje autorregulado son (Panadero & Alonso, 2014): (a) el control de los pensamientos: componente cognitivo de la autorregulación, denominada metacognición, basado en el control estratégico de los procesos cognitivos; (b) el control de las acciones y de la conducta para alcanzar los objetivos; (c) el control de las emociones, tanto negativas como positivas que interfieren con su aprendizaje; (d) el control de la motivación: incluye la auto-motivación para una tarea (i.e., “querer hacer” una tarea) y el mantenimiento durante la ejecución de la concentración y el interés (i.e., “volición”); y (e) el logro de objetivos establecidos: incluye las tres grandes orientaciones motivacionales (i.e., aprendizaje, resultado y evitación).

Por tanto, el alumnado que autorregula su aprendizaje se distingue claramente del resto (Torrano & González, 2017). Estos estudiantes son capaces de organizar, supervisar y gestionar sus procesos mentales, el tiempo y el esfuerzo, creando entornos propicios para el aprendizaje. Esto incluye encontrar un lugar apropiado para estudiar y solicitar ayuda académica de profesores y compañeros cuando enfrentan dificultades. Además, domina y utiliza diversas estrategias cognitivas (como la repetición, la organización y la elaboración) que les permiten atender, transformar, organizar, elaborar y recuperar información. Asimismo, cuenta con un conjunto de creencias motivacionales y emociones adaptativas, que controla y ajusta según los requisitos de la tarea y la situación de aprendizaje específica (Torrano & González, 2017).

En la actualidad, la investigación científica considera siete modelos de aprendizaje autorregulado (Panadero, 2017): (a) modelo de seis componentes de aprendizaje autorregulado de Boekaerts (1996); (b) modelo de aprendizaje adaptable

de Boekaerts (1996); (c) modelos de aprendizaje autorregulado de Winne (1996) y de Winne y Hadwin (1998); (d) modelo de aprendizaje autorregulado de Pintrich (2000); (e) modelo de fases cíclicas de Zimmerman (2000); (f) modelo metacognitivo y afectivo de aprendizaje autorregulado de Efklides (2011); (g) modelos de aprendizaje regulado socialmente compartido de Hadwin et al. (2011) y Järvelä y Hadwin (2013).

Sin embargo, los modelos que más han destacado han sido el modelo de aprendizaje autorregulado de Pintrich (2000) y modelo de fases cíclicas de Zimmerman (2000). El modelo de aprendizaje autorregulado de Pintrich (2000) incluye cuatro fases:

La fase de preparación, planificación y activación: en esta fase se lleva a cabo el establecimiento de metas y la activación de conocimiento previo del contenido y del conocimiento. Así, los estudiantes adoptan la orientación del objetivo en función de sus creencias de autoeficacia, de su control del aprendizaje, y de la dificultad de la tarea. En ese momento se activa el interés, se planifica el tiempo y el esfuerzo (Panadero, 2017).

La fase de seguimiento (autoobservación): durante esta fase se toma conciencia metacognitiva mediante la observación de la propia cognición, motivación, afecto, esfuerzo, empleo del tiempo y necesidad de ayuda (Panadero, 2017).

La fase de control (regulación): en esta fase se seleccionan y adaptan las estrategias cognitivas para el aprendizaje, el pensamiento, el manejo de la motivación y el afecto. Esto hace que se incremente o no el esfuerzo, la persistencia, y la búsqueda de ayuda (Panadero, 2017).

La fase de reacción y reflexión (evaluación): en esta última fase se realizan juicios cognitivos, realizando una evaluación de la tarea en función del desempeño y los resultados (Panadero, 2017).

Por otro lado, el modelo de fases cíclicas de Zimmerman (2000) incluye tres fases:

La fase de planificación: en esta fase se realiza un análisis de la tarea en la que el alumno fragmenta la tarea de aprendizaje y establece las estrategias que utilizará. Asimismo, se manifiestan las creencias de autoeficacia, es decir, las variables personales que generan y sostienen la motivación para realizar la actividad. Todos estos procesos se conectan directamente con la siguiente fase (Panadero & Alonso, 2014).

La fase de ejecución: en esta fase la tarea ya se ha iniciado por lo que el estudiante lleva a cabo una auto-observación y un auto-control de su comportamiento. Así, el estudiante compara lo que está haciendo con el modelo experto de ejecución. También debe mantener la concentración y el interés a través de diversas estrategias (Panadero & Alonso, 2014).

La fase de auto-reflexión: una vez finalizada la tarea se realiza un auto-juicio en el que el estudiante juzga su ejecución, valorando los motivos de éxito y fracaso. Al mismo tiempo, se da una auto-reacción del estudiante en la que este presenta reacciones afectivas y cognitivas producidas por los auto-juicios. Una vez finalizada esta fase se inicia de nuevo la primera para afrontar la tarea y conseguir los objetivos propuestos (Panadero & Alonso, 2014).

### La inteligencia artificial

En los últimos años, la investigación y la práctica se han centrado cada vez más en la integración de la IA generativa en entornos educativos (Kohnke et al., 2023). La UNESCO ha liderado la creación de marcos de competencias de IA tanto para profesores como para estudiantes, con el objetivo de fomentar una comprensión profunda de la importancia de la inteligencia artificial en la educación (Kong & Yang,

2024). Sin embargo, la aplicación práctica de estos marcos en los entornos educativos cotidianos sigue siendo un reto (Kong & Yang, 2024).

La inteligencia artificial generativa ha catalizado el aprendizaje individualizado (Luckin et al., 2022) proporcionando una base para el compromiso continuo y el desarrollo de habilidades que son esenciales para un crecimiento educativo sostenido a lo largo de la vida (Chiu, 2024). De esta manera, según Kong & Yang (2024) la inteligencia artificial puede cumplir con cuatro funciones diferentes: (a) personalización del aprendizaje; (b) mejora de las interacciones entre el ser humano y el ordenador; (c) proporcionar información sobre el trabajo de los estudiantes; y (d) aumentar el compromiso a través de interacciones basadas en estímulos.

Para ello, es importante también educar a los alumnos en las tecnologías básicas de la inteligencia artificial, apreciando las capacidades y limitaciones de la inteligencia artificial (Kong & Yang, 2024). En este sentido, también es crucial complementar las interacciones persona-ordenador con debates dirigidos por el profesor para fomentar la empatía, la inteligencia emocional y la comprensión (Kong & Yang, 2024). Los profesores deben ofrecer una retroalimentación que abarque las facetas más cualitativas del trabajo, como la creatividad y el análisis crítico (Kong & Yang, 2024). Por lo tanto, los profesores deben desarrollar escenarios de aprendizaje asistidos por inteligencia artificial que fomenten la exploración, despierten la curiosidad y faciliten el aprendizaje interactivo (Hadi Mogavi et al., 2024).

### Aprendizaje Autorregulado e Inteligencia Artificial

La tecnología de inteligencia artificial tiene la capacidad de interactuar con los estudiantes lo que podría proporcionar un mejor entorno digital para el aprendizaje autorregulado (Xia et al., 2022). De esta manera, se ha descubierto que la inteligencia artificial proporciona entornos de aprendizaje más personalizados (Blut et al., 2021;

Pelau et al., 2021), proporcionando apoyo mediante comentarios y recomendaciones (Xia et al., 2022). Con estas posibilidades, los estudiantes pueden elegir desarrollar sus competencias a su propio ritmo sin esperar la ayuda del profesor (Xia et al., 2022).

En este sentido, el conocimiento de la inteligencia artificial podría influenciar directamente el uso de estrategias de aprendizaje autorregulado (Xia et al., 2022). El conocimiento de la inteligencia artificial se refiere a la capacidad de comprender los conceptos básicos de la inteligencia artificial, que se ve afectada por la experiencia en inteligencia artificial de los estudiantes (Kim et al., 2021; Xia et al., 2022). Por lo tanto, el conocimiento de inteligencia artificial de los estudiantes influye en su uso de estrategias de aprendizaje autorregulado con aplicaciones de inteligencia artificial (Xia et al., 2022).

Así, cuando los estudiantes utilizan la inteligencia artificial para autorregular su aprendizaje, el conocimiento de la inteligencia artificial determinará la probabilidad de hacer las preguntas adecuadas para resolver sus problemas en entornos de aprendizaje (Xia et al., 2022).

Además, la autoeficacia informática podría afectar también al uso de inteligencia artificial en el proceso de aprendizaje (Xia et al., 2022). Así, la percepción de los estudiantes sobre la utilidad y la facilidad de uso, junto con las actitudes y la intención conductual de aprender con tecnología podrían ser determinantes para este proceso (Chiu, 2017).

Desde el lanzamiento de la inteligencia artificial se han desarrollado diversas aplicaciones que apoyan el uso de estrategias de aprendizaje autorregulado de los estudiantes (Jin et al., 2023). En esta línea, para la primera fase del aprendizaje autorregulado Somasundaram et al. (2020) desarrollaron un organizador para ayudar a los estudiantes a establecer objetivos de aprendizaje y realizar planes de acción.



Respecto a la segunda fase, son especialmente útiles las aplicaciones que generan preguntas relacionadas con diferentes temas como la que desarrollaron Hussein et al. (2014) y Ross et al. (2018). De esta manera, durante el proceso de aprendizaje el estudiantado va más allá del conocimiento memorístico, mostrando si realmente han entendido el contenido.

Una parte esencial del aprendizaje es la motivación, lo que condujo a Woolf et al. (2010) a desarrollar una herramienta de inteligencia artificial que proporciona apoyo emocional, mejorando la motivación de los estudiantes. Asimismo, Srinivasa et al. (2021) desarrollaron la aplicación Notelink, que permite a los estudiantes tomar fotos de sus apuntes para redescubrir y reproducir videos relevantes en sus teléfonos inteligentes o tabletas. Así, los estudiantes conectan el contenido con contextos reales lo que puede mejorar su interés en la materia.

Para la tercera fase, la herramienta de Conati et al. (2018) podría apoyar la autorreflexión de los estudiantes durante el curso. Así, los estudiantes podrían realizar un juicio de valor más objetivo sobre su conducta, y la consecución de los objetivos planteados.

## Conclusiones

Aunque los resultados de las investigaciones publicadas hasta el momento indican la utilidad de la inteligencia artificial para mejorar la autorregulación del aprendizaje, lo cierto es que se necesita más investigación al respecto (Hussin, 2018). El aprendizaje es un proceso complejo en el que intervienen factores emocionales, que van más allá de la capacidad cognitiva. Por tanto, en futuros estudios se debería investigar el papel que puede tener la inteligencia artificial para apoyar a los estudiantes durante todo el proceso de aprendizaje.

## Referencias

- Blut, M., Wang, C., Wunderlich, N. V., & Brock, C. (2021). Understanding anthropomorphism in service provision: A meta-analysis of physical robots, chatbots, and other AI. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 49(4), 632–658. <https://doi.org/10.1007/s11747-020-00762-y>
- Boekaerts, M. (1996). Self-regulated learning at the junction of cognition and motivation. *Eur. Psychol.* 2, 100–112. doi: 10.1027/1016-9040.1.2.100
- Cano, F. (2007). *El aprendizaje estratégico*. En E. Fernández, F. Justicia, y M. C. Pichardo (Eds.), *Enciclopedia de Psicología Evolutiva y de la Educación* (pp. 485–508). Aljibe.
- Chew, E., & Chua, X. N. (2020). Robotic Chinese language tutor: Personalising progress assessment and feedback or taking over your job? *On the Horizon*, 28(3), 113–124. <https://doi.org/10.1108/OTH-04-2020-0015>
- Chiu, T. K. F. (2017). Introducing electronic textbooks as daily-use technology in schools: A top-down adoption process. *British Journal of Educational Technology*, 48(2), 524–537. <https://doi.org/10.1111/bjet.12432>
- Chiu, T. K. F. (2024). Future research recommendations for transforming higher education with generative AI. *Computers and Education: Artificial Intelligence*, 6, 100197. <https://doi.org/10.1016/j.caeai.2023.100197>
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Propuesta de recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. [https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004\\_2009/documents/com/com\\_com\(2005\)0548 /com\\_com\(2005\)0548\\_es.pdf](https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com(2005)0548 /com_com(2005)0548_es.pdf)

- Conati, C., Porayska-Pomsta, K., & Mavrikis, M. (2018). AI in Education needs interpretable machine learning: Lessons from Open Learner Modelling. *arXiv preprint* [arXiv:1807.00154](https://arxiv.org/abs/1807.00154).
- Consejo de la Unión Europea. (2018). *Recomendación del Consejo de 22 de mayo de 2018 relativa a las competencias clave para el aprendizaje permanente*. Diario Oficial de la Unión Europea. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01))
- Efklides, A. (2011). Interactions of metacognition with motivation and affect in self-regulated learning: the MASRL model. *Educ. Psychol.* 46, 6–25. doi: 10.1080/00461520.2011.538645
- Gargallo, B., Pérez, C. García, F. J., Giménez, J. A., & Portillo, N. (2020). La competencia aprender a aprender en la universidad: propuesta de modelo teórico. *Educación XX1*, 23(1), 19–44. <https://doi.org/10.5944/educXX1.23367>
- Hadi Mogavi, R., Deng, C., Juho Kim, J., Zhou, P., D. Kwon, Y., Hosny Saleh Metwally, A., Tlili, A., Bassanelli, S., Bucchiarone, A., Gujar, S., Nacke, L. E., & Hui, P. (2024). ChatGPT in education: A blessing or a curse? A qualitative study exploring early adopters' utilization and perceptions. *Computers in Human Behavior: Artificial Humans*, 2(1), 100027. <https://doi.org/10.1016/j.chbah.2023.100027>
- Hadwin, A. F., Järvelä, S., and Miller, M. (2011). “Self-regulated, co-regulated, and socially shared regulation of learning,” in *Handbook of Self-Regulation of Learning and Performance*, eds B. J. Zimmerman and D. H. Schunk (New York, NY: Routledge), 65–84.

- Hussin, A. A. (2018). Education 4.0 made simple: Ideas for teaching. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 6(3), 92–98. <https://doi.org/10.7575/aiac.ijels.v.6n.3p.92>.
- Hussein, H., Elmogy, M., & Guirguis, S. (2014). Automatic English question generation system based on template driven scheme. *International Journal of Computer Science Issues (IJCSI)*, 11(6), 45.
- Järvelä, S., and Hadwin, A. F. (2013). New frontiers: regulating learning in CSCL. *Educ. Psychol.* 48, 25–39. doi: 10.1080/00461520.2012.748006
- Jin, S.-H., Im, K., Yoo, M., Roll, I., & Seo, K. (2023). Supporting students' self-regulated learning in online learning using artificial intelligence applications. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s41239-023-00406-5>
- Justicia, F., De la Fuente, J., & Berbén, A. B. (2007). *El aprendizaje experto y la autorregulación del aprendizaje*. En E. Fernández, F. Justicia, y M. C. Pichardo (Eds.), *Enciclopedia de Psicología Evolutiva y de la Educación* (pp. 509–532). Aljibe.
- Kim, S., Jang, Y., Kim, W., Choi, S., Jung, H., Kim, S., & Kim, H. (2021). Why and what to teach: AI curriculum for elementary school. *Proceedings of the AAAI Conference on Artificial Intelligence*, 35(17), 15569–15576. <https://ojs.aaai.org/index.php/AAAI/article/view/17833>.
- Knowles, M. (2001). *Andragogía. El aprendizaje de los adultos*. Oxford.
- Kohnke, L., Moorhouse, B. L., & Zou, D. (2023). Exploring generative artificial intelligence preparedness among university language instructors: A case study. *Computers and Education: Artificial Intelligence*, 5, 100156. <https://doi.org/10.1016/j.caeai.2023.100156>

- Kong, S.-C., & Yang, Y. (2024). A Human-Centered Learning and Teaching Framework Using Generative Artificial Intelligence for Self-Regulated Learning Development Through Domain Knowledge Learning in K–12 Settings. *IEEE Transactions on Learning Technologies*, 17, 1588–1599. <https://doi.org/10.1109/tlt.2024.3392830>
- Luckin, R., Cukurova, M., Kent, C., & du Boulay, B. (2022). Empowering educators to be AI-ready. *Computers and Education: Artificial Intelligence*, 3, 100076. <https://doi.org/10.1016/j.caeai.2022.100076>
- Panadero, E., & Alonso, J. (2014). ¿Cómo autorregulan nuestros alumnos? Modelo de Zimmerman sobre estrategias de aprendizaje. *Anales de Psicología*, 30(2), 450–462. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.167221>
- Panadero, E. (2017). A review of self-regulated learning: Six models and four directions for research. *Frontiers in psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00422>
- Pelau, C., Dabija, D.-C., & Ene, I. (2021). What makes an AI device human-like? The role of interaction quality, empathy and perceived psychological anthropomorphic characteristics in the acceptance of artificial intelligence in the service industry. *Computers in Human Behavior*, 122, 106855. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106855>
- Pintrich, P. R. (2000). “The role of goal orientation in self-regulated learning,” in *Handbook of Self-Regulation*, eds M. Boekaerts, P. R. Pintrich, and M. Zeidner (San Diego, CA: Academic Press), 452–502.
- Ross, B., Chase, A. M., Robbie, D., Oates, G., & Absalom, Y. (2018). Adaptive quizzes to increase motivation, engagement, and learning outcomes in a first-year accounting unit. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 15(1), 30.

- Somasundaram, M., Junaid, K. M., & Mangadu, S. (2020). Artificial intelligence (AI) enabled intelligent quality management systems (IQMS) for the personalized learning path. *Procedia Computer Science*, 172, 438–442.
- Srinivasa, R. J., Dodson, S., Seo, K., Yoon, D., & Fels, S. (2021). NoteLink: A Point-and-Shoot Linking Interface between Students' Handwritten Notebooks and Instructional Videos. In *2021 ACM/IEEE Joint Conference on Digital Libraries (JCDL)* (pp. 140–149). IEEE.
- Torrano, F., & González, M. C. (2017). El aprendizaje autorregulado: presente y futuro de la investigación. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 2(3). <https://doi.org/10.25115/ejrep.3.120>
- Woolf, B. P., Arroyo, I., Muldner, K., Burleson, W., Cooper, D. G., Dolan, R., & Christopherson, R. M. (2010). The effect of motivational learning companions on low achieving students and students with disabilities. In: *International conference on intelligent tutoring systems* (pp. 327–337). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Xia, Q., Chiu, T. K. F., & Chai, C. S. (2022). The moderating effects of gender and need satisfaction on self-regulated learning through Artificial Intelligence (AI). *Education and Information Technologies*, 28(7), 8691–8713. <https://doi.org/10.1007/s10639-022-11547-x>
- Winne, P. H., and Hadwin, A. F. (1998). “Studying as self-regulated engagement in learning,” in *Metacognition in Educational Theory and Practice*, eds D. Hacker, J. Dunlosky, and A. Graesser (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 277–304.
- Winne, P. H. (1996). A metacognitive view of individual differences in self-regulated learning. *Learn. Individ. Differ.* 8, 327–353. doi: 10.1016/S1041-6080(96)90022-9

Zimmerman, B. J. (2000). "Attaining self-regulation: a social cognitive perspective," in *Handbook of Self-Regulation*, eds M. Boekaerts, P. R. Pintrich, and M. Zeidner (San Diego, CA: Academic Press), 13–40. doi: 10.1016/b978-012109890-2/50031-7

# **EL USO DEL SMARTPHONE EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

Viqueira-Gutiérrez, Laura<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doctora en Psicología Educativa (Universidad de La Coruña)

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Laura Viqueira Gutiérrez, Elena Quiroga Abarca, número 12, Arteixo.**  
[viqueiragutierrezlaura@gmail.com](mailto:viqueiragutierrezlaura@gmail.com).



En plena era digital el Smartphone supone una herramienta indispensable para la rutina diaria, puesto que permite navegar en internet, acceder a diversas plataformas, utilizar apps móviles, pero también es una fantástica cámara de fotos y de vídeo. Se trata de la mejor herramienta de conexión entre personas y de entretenimiento a la que tenemos acceso (Herrera, 2009).

Durante el año 2023 el 99,9% de los hogares contaban con algún tipo de teléfono (fijo o móvil) y el 57,1% con ambos. El 0,4% disponía únicamente de teléfono fijo y el 42,4% hacía uso exclusivo del teléfono móvil (INE, 2024).

La población española utiliza su Smartphone una media de tres horas y 40 minutos al día, pero es la generación Z la que más tiempo destina a dicha actividad. Estos jóvenes utilizan el dispositivo móvil una media diaria de cuatro horas y quince minutos (Europa Press, 2022).

Según el informe “Digital consumer by generation” de Smartme Analytics, durante el año 2022 los Young Millennials consultan su móvil 157 veces al día, frente a la Generación Z que lo hacían una media de 164 veces. Además, dedicaban dos horas de uso diario a las RRSS (Smartme Analytics, 2022).

Los jóvenes nacidos a partir de 1994 conforman la Generación Z. Esta generación se caracteriza por el uso de las nuevas tecnologías en todas las relaciones sociales, laborales o culturales así como por la creatividad y adaptabilidad a los nuevos entornos laborales y el respeto hacia opiniones y estilos de vida diferentes a las propias. Además muestran desconfianza hacia el sistema educativo tradicional puesto que se identifican con un tipo de aprendizaje más centrando en las experiencias (Vilanova, 2019).

La principal diferencia entre la Generación Z con respecto a las generaciones pasadas se centra en cómo las nuevas tecnologías han influido en su forma de aprender. Están acostumbrados desde pequeños a no depender en gran medida de sus

padres o profesores, ya que gracias a la aparición de internet son capaces de procesar grandes cantidades de información. Estos jóvenes presentan una capacidad para organizar y transmitir la información increíblemente flexible. Lo cual los convierte en los perfectos ciudadanos de la era digital, ocupando las nuevas profesiones emergentes e integrándose en los entornos de trabajo multiculturales (Vilanova, 2019).

La Generación Z, la primera de auténticos nativos digitales (Espiritusanto, 2016), no concibe un mundo en el que no existan ni internet ni los smartphones. Están acostumbrados a la inmediatez, por ello acceden a diario a sus dispositivos móviles para comunicarse, capturar el mundo, buscar información o divertirse. Demandan conexiones ultrarrápidas que les permitan descargar y buscar información en apenas segundos (El País, 2021). Destacan especialmente por ser el grupo más influyente en lo concerniente a tendencias tecnológicas relacionadas tanto con el uso de la tecnología como de la comunicación, pasando por la banca o los nuevos hábitos de compra. Están acostumbrados a utilizar estas herramientas digitales desde niños (Espiritusanto, 2016).

Las nuevas tecnologías junto con las redes sociales están generando una gran dependencia emocional y psicológica sobre la cual ya están alertando los especialistas (Sancho-Escrivá et al., 2020). Esta necesidad por el smartphone ha dado lugar a la aparición de una nueva fobia, la nomofobia, la cual se define como el miedo irracional a estar sin el teléfono móvil. Se trata de un desorden psicológico muy común entre los más jóvenes (Félix et al., 2017).

En relación a la nomofobia y a los universitarios, aquellos estudiantes que la padecen sienten miedo irracional al no poder usar su teléfono durante las clases. Presentan miedos diferentes, a no poder recibir o mandar mensajes, a no poder conectarse a alguna red social o a no poder comunicarse con sus amigos aun estando ambos en el mismo sitio (Luy-Montejo et al., 2020).

Esta realidad tecnológica está provocando nuevos fenómenos de comportamiento (Guzmán et al., 2022). En este sentido, Guzmán et al. (2022) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era analizar las posibles diferencias en la atención sostenida de los estudiantes universitarios en función a los niveles de uso del Smartphone. La muestra estuvo constituida por 94 estudiantes, 34 hombres y 60 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 23 años. Los resultados pusieron de manifiesto que existían diferencias en la atención sostenida de los universitarios con diferentes niveles de uso del Smartphone. Siendo los estudiantes con niveles de dependencia y adicción los que presentaban mayores dificultades cuando la tarea se prolongaba y requería de un aumento de la demanda cognitiva.

En esta misma línea se halla el estudio realizado por Muñoz y Antino (2021) en el que participaron 45 estudiantes universitarios y en el que se analizó el efecto del uso diario del smartphone. Los resultados indicaron que el uso diario del teléfono inteligente durante las clases predecía positivamente el nivel de agotamiento. Además, se encontró que el uso del dispositivo móvil durante las clases tenía efectos negativos en el engagement de los estudiantes.

Por otro lado, De Oliveira y Leite en una investigación descriptivo-analítica realizada durante el año 2024 con estudiantes universitarios de enfermería hallaron que la dependencia del Smartphone en los estudiantes era del 62,6%, existiendo relación entre los síntomas de depresión moderada y grave/muy grave y la ansiedad leve y grave/muy grave y la dependencia del teléfono móvil. Los resultados mostraron la necesidad de implementación de políticas de uso del Smartphone en el ámbito académico y hospitalario para tratar de prevenir esta dependencia.

Asimismo, Tarrega-Piquer et al. (2023) llevaron a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra de 308 estudiantes universitarios en la que encontraron que existían relaciones directas entre los

problemas que causaba el uso excesivo de los smartphones y la ansiedad y la motivación extrínseca hacia el aprendizaje.

De igual manera, Sánchez-Zafra et al. (2024) realizaron una investigación en la que analizaron el nivel de estrés y la inteligencia emocional en función del nivel de uso del Smartphone. La muestra la conformaron 433 mujeres y 204 hombres con una media de edad de 23.44 años. Los resultados indicaron que las mujeres presentaban una mejor atención emocional, mayores niveles de estrés percibido y mejor afrontamiento de éste. El uso del dispositivo móvil influyó en todas las dimensiones existiendo correlaciones entre todas las variables de la inteligencia emocional y del estrés percibido.

Por otro lado, Pérez y Toledo (2021), analizaron la relación entre el uso problemático del smartphone y la salud de los estudiantes universitarios. La muestra estuvo constituida por 106 universitarios de la Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). Los resultados obtenidos mostraron que el uso problemático del Smartphone parecía influir de manera negativa en la salud de los participantes aumentando su inestabilidad emocional así como la vulnerabilidad para padecer trastornos de personalidad o alteraciones neurológicas, además de generar una disminución en la satisfacción con la vida.

En cuanto a las diferencias en la dependencia del Smartphone según el género de los estudiantes, Aldana-Zavala et al. (2021) en su estudio con 303 estudiantes universitarios encontraron que existía una mayor adicción al teléfono móvil en la población femenina en comparación con la masculina. Como elementos generadores de la dependencia y adicción al Smartphone se situaron la ansiedad, la depresión, los trastornos del sueño o el estrés.

En este mismo sentido, Peñuela et al. (2014) investigaron el uso de los smartphones y las relaciones interpersonales en estudiantes universitarios. Se trató de

un estudio descriptivo transversal a través de una encuesta anónima a 400 estudiantes universitarios. Los resultados mostraron que el 53% de los estudiantes consultaba su dispositivo móvil cada 15 minutos o menos, el 66% lo llevaba consigo a todas partes y el 52% lo utilizaba de forma excesiva. En cuanto a las mujeres, éstas utilizaban más el Smartphone y presentaban mayores conflictos en sus relaciones interpersonales que los hombres debido al uso excesivo que hacían del mismo.

De igual modo, Sánchez Balseca (2024) trató de determinar el nivel de nomofobia que existía en los estudiantes universitarios de la Universidad Técnica de Ambato. Llevó a cabo un estudio exploratorio y descriptivo con 229 estudiantes con edades comprendidas entre los 18 y los 26 años. Los resultados del estudio cuantitativo indicaron que la nomofobia afectaba negativamente a los estudiantes puesto que presentaba un nivel entre moderado y grave. Además, se evidenciaba que existía una leve diferencia entre los hombres y las mujeres. En el estudio cualitativo se muestra cómo el Smartphone es considerado por los estudiantes como una parte fundamental de su vida, llegando incluso a sustituir el cariño de una madre. Esta problemática asociada al uso del dispositivo móvil ha provocado efectos negativos en el alumnado como ansiedad, estrés o depresión entre otros.

Finalmente y en esta misma línea, Sánchez-Sánchez et al. (2024) investigaron la dependencia de los estudiantes universitarios al Smartphone y a las redes sociales. El estudio contó con 371 estudiantes de la Universidad de Pablo Olavide (Sevilla). Los resultados pusieron de manifiesto que el 53,4% de los estudiantes se consideraban dependientes del smartphone. La edad de los estudiantes no parecía tener influencia sobre el uso problemático que éstos hacían de su dispositivo móvil. Sin embargo, si se halló una diferencia considerable en relación al género, puesto que las mujeres presentaban una mayor tendencia a hacer un mal uso del dispositivo móvil en comparación con los hombres.

No obstante no todo es negativo. También se han hallado investigaciones que muestran los efectos positivos del uso del Smartphone en las aulas. Es el caso del estudio de Roig-Vila et al. (2023) que trataron de identificar el perfil del alumnado universitario en función del grado de utilización del Smartphone determinando si éste era o no problemático. Contaron con una muestra de 350 estudiantes universitarios de primer curso de los grados de Educación Infantil y Educación Primaria de la Universidad de Alicante. Los resultados pusieron de manifiesto que desde la perspectiva de los estudiantes universitarios el uso del dispositivo móvil no podía ser considerado de dependiente o adictivo.

Por otro lado, López-Noguero et al. (2023) realizaron un análisis descriptivo en una muestra de 525 estudiantes universitarios de tres facultades regionales de Nicaragua en el que investigaron la importancia del conocimiento y el uso de los smartphones en los procesos de enseñanza-aprendizaje. La gran parte de los estudiantes expresaron haber experimentado algún tipo de práctica educativa en la que el profesor hubiera introducido el dispositivo móvil de manera pedagógica. Valoraron de manera positiva que los docentes utilizarasen los smartphones dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje y reclamaron mayor formación para la mejora de las competencias dentro de esta área.

Asimismo, Sáez et al. (2019) estudiaron la utilización que los estudiantes universitarios hacían del PC y del smartphone, tratando de identificar sus beneficios y sus aplicaciones pedagógicas. Participaron 469 estudiantes de 10 universidades, 5 de España y las otras 5 de países de Sudamérica. El estudio concluyó que existía una mayor presencia del PC en la realización de tareas académicas y en el estudio, sin embargo el dispositivo móvil estaba más presente en el área del entretenimiento y de la comunicación. Los resultados pusieron de manifiesto los beneficios y la satisfacción

en el uso de ambos dispositivos, impulsando a los docentes hacia una nueva metodología didáctica que permita obtener recursos en línea.

En cuanto a la visión docente, Torres-Rivera (2019) realizó un estudio empleando una metodología cualitativa con un diseño de estudio de caso de tipo etnográfico. Participaron siete profesores de la Facultad de Educación de la Universidad de Puerto Rico. El objetivo del estudio se centró en comprender cuál era la opinión de los docentes con respecto al uso del Smartphone durante el proceso de enseñanza-aprendizaje. Los resultados indicaron que el dispositivo móvil es una herramienta que dota al docente de múltiples ventajas y beneficios resultando idóneo para incorporarlo en el aula.

En esta misma línea se halla la investigación llevada a cabo por Salcines-Talledo et al. (2022) en la que estudiaron desde un enfoque cualitativo y longitudinal el uso, beneficios y dificultades del uso de los smartphones dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, así como las necesidades de formación percibidas por los docentes universitarios. Participaron 32 docentes de 5 universidades españolas durante los cursos 2014-15 y 2021-22. Los resultados evidenciaron que los docentes valoraban positivamente el Smartphone como herramienta para la comunicación y búsqueda de información.

Finalmente, Otero et al. (2023) trataron de evaluar la situación del aprendizaje a través del Smartphone en la educación universitaria desde la perspectiva docente. Llevaron a cabo una investigación descriptiva y correlacional. La muestra estuvo constituida por docentes de diferentes universidades de México. Los resultados pusieron de manifiesto que la gran mayoría de los docentes identificaban el aprendizaje a través del Smartphone pero no todos lo incorporaban en sus actividades docentes debido a la escasa capacitación. Sin embargo, se pudo observar interés y alta disposición por parte de los docentes para formarse en el desarrollo y uso del

dispositivo móvil como herramienta pedagógica. El estudio concluye que es preciso formar y capacitar a los docentes universitarios en relación al uso del Smartphone para que lo puedan emplear en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En definitiva, el uso inadecuado o excesivo del Smartphone se ha relacionado negativamente con el hecho de que existieran diferencias en la atención sostenida de los estudiantes universitarios en función del nivel de uso de esta herramienta (Guzmán et al., 2022), predecía positivamente el agotamiento de los estudiantes e influía negativamente en su engagement (Muñoz y Antino, 2021). También se relacionó con síntomas de depresión y ansiedad (De Oliveira y Leite, 2024; Tarrega-Piquer et al., 2023) y aumentaba la inestabilidad emocional disminuyendo la satisfacción con la vida (Pérez y Toledo, 2021).

En cuanto al género, se encontró una mayor adicción al Smartphone en la población femenina (Aldana-Zavala et al., 2021). Las mujeres utilizaban más el dispositivo móvil y presentaban mayores conflictos en sus relaciones personales y sociales porque hacía un uso inadecuado del mismo (Peñuela et al., 2014; Sánchez-Sánchez et al., 2024).

Sin embargo, también se halló que desde la perspectiva de los estudiantes universitarios el uso del Smartphone no podía ser considerado de dependiente o adictivo (Roig-Vila et al., 2023). Por otro lado, valoraron positivamente que los docentes utilizasen los dispositivos móviles durante el proceso de enseñanza-aprendizaje y reclamaron mayor formación para la mejora de las competencias digitales (López-Noguero et al., 2023).

En cuanto a la visión docente, los resultados pusieron de manifiesto que el Smartphone es una herramienta que dota a los profesores de múltiples beneficios y ventajas, resultando idóneo para poder incorporarlo en el aula (Torres-Rivera, 2019). Además, los resultados evidenciaron que el personal docente valoraba positivamente



el Smartphone como herramienta para la comunicación y búsqueda de información (Salcines-Talledo et al., 2022).

Por tanto y teniendo en cuenta las posibles potencialidades para el aprendizaje, sería necesario integrarlo en las aulas universitarias pero previniendo los riesgos asociados a su uso excesivo (Roig-Vila et al., 2023).

## Referencias

- Aldana-Zavala, J. J., Vallejo Valdivieso, P. A., Isea-Argüelles, J. J. y Colina-Ysea, F. J. (2021). Dependencia y adicción al teléfono inteligente en estudiantes universitarios. *Formación Universitaria*, 14(5), 129-136.
- De Oliveira Meneses, M. y Leite Rangel Andrade, E. M. (2024). Relación entre depresión, ansiedad, estrés y dependencia del smartphone en estudiantes de enfermería durante la COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6764.4055>
- El País (2 de junio de 2021). Generación Z: cuando el móvil se convierte en una extensión de los sentidos. *El País*. <https://elpais.com/tecnologia/con-proposito/2021-06-02/la-generacion-z-cuando-el-movil-se-convierte-en-una-extension-de-los-sentidos.html#>
- Espiritusanto Nicolás, O. (2016). Generación Z. Móviles, redes y contenido generado por el usuario. *Revista de Estudios de Juventud*, (114), 111-126.
- Europa Press (28 de abril de 2022). Crece el uso del Smartphone entre los españoles hasta las 3,4 horas diarias, según Smartme Analytics. *Europa Press*. <https://www.europapress.es/economia/noticia-crece-uso-smartphone-espanoles-34-horas-diarias-smartme-analytics-20220428174644.html>

- Félix, V. G., Mena, L. J., Ostos-Robles, R. y Acosta-Trejo, M. (2017). Nomofobia como factor para los hábitos de estudio. *Revista de Filosofía y Cotidianidad*, 3(6), 23-29.
- Guzmán Cortés, J. A., Sánchez-Betancourt, J. T., Nallely Meneses López, Vanessa Feliciano Hernández, y Vivian, R. R. (2022). Diferencias en la atención sostenida en jóvenes universitarios con distintos niveles de uso de smartphone. *Interdisciplinaria*, 39(2), 23-36. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.2>
- Herrera, M. (2009). Disponibilidad, uso y apropiación de las tecnologías por estudiantes universitarios en México: perspectivas para una incorporación innovadora. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48(6), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.35362/rie4862130>
- Instituto Nacional de Estadística (16 de junio de 2024). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Año 2023*. [https://ine.es/prensa/tich\\_2023.pdf](https://ine.es/prensa/tich_2023.pdf)
- López-Noguero, F., Romero Díaz, T. y Gallardo López, J. A. (2023). Smartphone como herramienta de enseñanza-aprendizaje en educación superior en Nicaragua. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 26(1), 307-330. <https://doi.org/10.5944/ried.26.1.34016>
- Luy-Montejo, L., Medina Gamero, A., Garcés López, J. y Tolentino Escarcena, R. E. (2020). Nomofobia. Adicción tecnológica en universitarios. *Revista Studium Veritatis*, 18(24), 43-69.
- Muñoz, A. R., y Antino, M. (2021). El uso del teléfono móvil en clase y su efecto sobre el engagement académico y el agotamiento: Un estudio de diario en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 14(1), 1-10.

- Otero Escobar, A. D., Ricardez Jiménez, J., y Vega Zárate, C. (2023). El aprendizaje móvil: una visión del docente. *Multidisciplinas De La Ingeniería*, 6(8), 76–85. <https://doi.org/10.29105/mdi.v6i08.216>
- Peñuela Epalza, M., Paternina Del Río, J., Moreno Santiago, D., Camacho Pérez, L., Acosta Barrios, L. y De León De León, L. (2014). El uso de los smartphones y las relaciones interpersonales de los jóvenes universitarios en la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(3), 335-346.
- Pérez Rodríguez, C. y Toledo Rodríguez, I. D. (2021). *Uso problemático del teléfono móvil: relaciones con personalidad y salud en estudiantes universitarios* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de La Laguna]. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/24629>
- Roig-Vila, R., López-Padrón, A., y Urrea-Solano, M. (2023). Smartphone dependence and addiction among university students: Myth or reality? *Alteridad*, 18(1), 34-47. <https://doi.org/10.17163/alt.v18n1.2023.03>
- Sáez López, J. M., Sevillano García, M. L. y Vázquez Cano, E. (2019). El uso académico del ordenador portátil y del Smartphone en estudiantes universitarios españoles e iberoamericanos. *Education in the Knowledge Society (EKS)*, 20, 12. [https://doi.org/10.14201/eks2019\\_20\\_a15](https://doi.org/10.14201/eks2019_20_a15)
- Salcines-Talledo, I., González-Fernández, N., Díaz-Herrera, L. y Area-Moreira, M. (2022). Smartphones in higher education. A longitudinal qualitative study. *Comunicar*, 30(72), 115-127. <https://doi.org/10.3916/C72-2022-0>
- Sánchez Balseca (2024). *Nomofobia en estudiantes universitarios* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/40674>
- Sánchez-Sánchez, A. M., Sánchez-Sánchez, F. y Ruiz-Muñoz, D. (2024). Factores de riesgo en el uso del teléfono móvil y de las redes sociales en los estudiantes

<https://doi.org/10.31921/doxacom.n38a1959>

Sánchez-Zafra, M., Sanabrias Moreno, D., Zagalaz-Sánchez, M. L. y Cachón-Zagalaz, J. (2024). Inteligencia emocional, estrés percibido y uso del Smartphone en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*, 54(1), 20-28.

Sancho-Escrivá, J. V., Fanjul Peyró, C., de la Iglesia Vayá, M., Montell, J. A. y Escartí Fabra, M. J. (2020). Aplicación de la inteligencia artificial con procesamiento del lenguaje natural para textos de investigación cualitativa en la relación médico-paciente con enfermedad mental mediante el uso de tecnologías móviles. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(1), 19-41.  
[http://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(1\).19-41](http://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(1).19-41)

Smartme Analytics (2022). *Digital consumer by generation. Hábitos de consumo digital en Generación Z, millennials y Generación X*.  
<https://smartmeanalytics.com/insight/digital-consumer-by-generation-2022>

Tárrega-Piquer, I., María Jesús Valero-Chillerón, González-Chordá, V. M., Llagostera-Reverter, I., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejo, L., Pérez-Cantó, V., Ortíz-Mallasén, V., Blasco-Palau, G., y Mena-Tudela, D. (2023). Nomophobia and its relationship with social anxiety and procrastination in nursing students: an observational study. *Nursing Reports*, 13(4), 1695-1705.  
<https://doi.org/10.3390/nursrep13040140>

Torres-Rivera, Y. (2019). *Uso del teléfono inteligente en el aula universitaria* [Tesis Doctoral, Universidad de Puerto Rico].  
<https://www.proquest.com/docview/2228850861?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Dissertations%20%20Theses>

Vilanova, N. (2019). Generación Z. Los jóvenes que han dejado viejos a los “millennials”. *Economistas*, (161), 43-51.

# **LA INFLUENCIA DEL TEMPERAMENTO EN EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ADAPTATIVAS DEL ALUMNADO DE 7-8 AÑOS"**

Rosa María Ruiz-Ortiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cádiz, Facultad Ciencias de la Educación.

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Rosa María Ruiz-Ortiz, Av. República Saharaui 12, 1519 Puerto Real (Cádiz), [rosamaria.ruiz@uca.es](mailto:rosamaria.ruiz@uca.es)**

## Introducción

La competencia social, puede entenderse como un constructo que hace referencia a las habilidades, comportamientos y motivaciones que permiten a una persona ser capaz de iniciar y mantener la interacción social (Rose-Krasnor y Denham, 2009). Incluye distintas habilidades como la autoconciencia, la autorregulación, la conciencia social, las habilidades relacionales y la toma de decisiones responsable.

Los déficits en habilidades sociales pueden influir de manera adversa en el rendimiento académico, las relaciones interpersonales, el comportamiento y la salud mental de la persona (Silveira-Zaldivar et al., 2021). Así, la finalidad de las habilidades adaptativas es maximizar la capacidad de un individuo para una vida independiente, autónoma y segura. Estas habilidades implican la capacidad de escucha, el respeto de los turnos, la empatía, el contacto visual, compartir, comunicarse de forma efectiva, colaborar, seguir y cumplir las normas, resolver los problemas... (Silveira-Zaldivar et al., 2021). En este sentido, la adaptabilidad del sujeto, refleja su capacidad para ajustar su respuesta tanto psicológica como conductualmente, ante las circunstancias o situaciones novedosas que se presenten (Martin et al., 2012).

Por otro lado, definir el temperamento, puede ser una tarea compleja. Una de las primeras definiciones fue la de Allport (1937), quien lo definió como las características naturales del sujeto "que incluyen la susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza y la velocidad de la respuesta, la cualidad del humor prevaleciente y todas aquellas cualidades de la fluctuación e intensidad del afecto; estos fenómenos son constitucionales y por lo tanto de origen hereditario" (p.54). Por su parte, Rothbart et al. (2006), lo describen como "las diferencias constitucionalmente basadas en la reactividad y la autorregulación, en los dominios del afecto, la actividad y la atención" (p.466). Así, aunque el temperamento tiene carácter biológico, es susceptible de cambio debido al propio proceso de maduración del individuo (González Peña et al.,

2013). El temperamento se constituye por tres componentes (Rothbart y Bates, 2006): surgencia, afectividad negativa y control de esfuerzo. La surgencia, hace referencia al grado de extraversión del sujeto, al placer de alta intensidad, a la emocionalidad positiva, a conductas de acercamiento ante los nuevos eventos y a elevados niveles de actividad (Chen y Schmidt, 2015; Rothbart y Bates, 2006). La afectividad negativa incluye sentimientos como la ira o frustración, el miedo, la tristeza y la dificultad para recuperarse de la angustia o excitación (Rothbart y Bates, 2006). El control de esfuerzo por su parte, se relaciona con la habilidad de autocontrol (Rothbart, 2011) e incluye el placer de baja intensidad, la capacidad de atención y control inhibitorio y la sensibilidad perceptiva (Rothbart y Bates, 2006).

El ajuste de los niños a su entorno social es un proceso complejo que se ve influenciado por diversos factores. En esta línea, varias investigaciones se han interesado por el estudio del temperamento, como variable individual, debido a su asociación con diferentes aspectos en el desarrollo socioemocional y comportamental de la persona (Ato et al., 2007; MacNeil y Pérez-Edgar, 2020). Los componentes de afectividad negativa, surgencia y control de esfuerzo, han manifestado ser factores predictores para el desarrollo de interacciones sociales negativas, así como problemas de conductas entre otros (Yavuz-Müren et al., 2022). Por ejemplo, la alta emocionalidad negativa o la irritabilidad, parecen ser precursoras de dificultades en la competencia y ajuste social (Aguirre-Dávila, 2015; Rothbart et al., 2001; Schwebel et al., 2004). En cambio, un alto nivel de control de esfuerzo se ha mostrado como un factor protector contra resultados negativos en el desarrollo (Yavuz-Müren et al., 2022).

La presente comunicación describe un estudio de corte transversal no experimental focalizada en la etapa de la niñez (7 - 8 años) y tiene como objetivo

examinar el efecto del temperamento de los niños y niñas en el desarrollo de sus habilidades adaptativas (habilidades sociales, adaptabilidad y liderazgo).

## Método

### Participantes

Los participantes del presente estudio fueron seleccionados a partir de un muestreo incidental realizado en cinco centros educativos de la provincia de Cádiz (Andalucía, España). La muestra final estuvo formada por un total de 203 sujetos, 96 niños (47.3%) y 107 niñas (52.7%), de entre 7-8 años de edad. La mayoría pertenecían a familias biparentales con dos o tres hijos/as (76.3%); mientras que las familias monoparentales representaban únicamente el 3.4%. Los progenitores tenían una edad media de 38.79 años en el caso de las madres (DT=4.45) y 40.41 años en el caso de los padres (DT= 4.71). El 47.3% de las madres tenían un nivel educativo medio y el 47.7% de los padres habían cursado estudios superiores (Bachiller o Formación profesional). El 74.4% de los padres se encontraban laboralmente en activo, mientras que en el caso de las madres solo era el 39.9%.

### Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos empleados en el proceso de recogida de información, indicando el informante en cada uno de ellos.

#### Cuestionario sociodemográfico ad hoc

Los padres y madres completaron conjuntamente un cuestionario sobre datos sociodemográficos elaborado ad hoc. Este cuestionario estaba compuesto por 6 ítems a través de los cuales se obtenía información sobre: número de miembros que componen la familia, la edad de cada miembro de la familia y el nivel de estudios, la categoría profesional, el grupo profesional y la situación laboral del progenitor.



## Cuestionario de Comportamiento Infantil (Children Behavior Questionnaire, CBQ)

Para evaluar el temperamento de los sujetos, las familias (madres y padres) completaron de forma conjunta, una versión reducida del *Cuestionario CBQ* (Children Behavior Questionnaire; elaborado por Rothbart et al., 2000). Este cuestionario se compone de 30 ítems en una escala tipo Likert cuyas respuestas se presentan en según el siguiente rango: (1) “falsa en extremo”, (2) “bastante falsa”, (3) “ligeramente falsa”, (4) “ni falsa ni verdadera”, (5) “ligeramente cierta”, (6) “bastante cierta”, (7) “cierta en extremo” y (8) “no aplicable”. Los distintos ítems se engloban en tres dimensiones: *Afectividad negativa* (Negative affect;  $\alpha$  de Cronbach= .72); *Surgencia/Extraversión* (Surgency;  $\alpha$  de Cronbach= .72) y *Control de esfuerzo* (Effortful Control;  $\alpha$  de Cronbach= .63). Cada una de estas dimensiones están constituidas por varias subescalas, así, la dimensión de *Afectividad negativa* incluye las subescalas de ira, malestar, tristeza, capacidad de recuperación (incapacidad para autotranquilizarse) y miedo; la dimensión de *Surgencia/Extraversión* está formada por las subescalas de impulsividad, timidez, nivel de actividad y placer de alta intensidad; y la dimensión de *Control de esfuerzo* se compone de las subescalas de control inhibitorio, atención focalizada y sensibilidad perceptiva.

## Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC,T-2)

Para obtener información sobre la conducta de los participantes, el profesorado responsable completó el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC; Reynolds y Kamphaus, 2004; adaptación española, González et al., 2004; versión T-2). Dicho instrumento incluye 149 ítems cuyas respuestas se presentan en una escala Likert (A) “nunca” a (D) “casi siempre”. En el presente estudio se utilizó únicamente, la dimensión global *Habilidades adaptativas* ( $\alpha$  de Cronbach .90), Esta dimensión incluye las escalas Adaptabilidad, Habilidades Sociales y

Liderazgo. Puntuaciones elevadas en esta dimensión indican que el sujeto dispone de habilidades prosociales lo que favorece su interacción con otras personas.

#### Procedimiento y análisis de datos

Realizada la selección de los centros educativos participantes, se acordó una entrevista con el Equipo Directivo de cada uno de ellos, donde se expusieron las intenciones del estudio y se solicitó la autorización para participar. Obtenido el consentimiento de participación de los centros, se reunió a las familias y al profesorado y se les solicitó el consentimiento informado de participación por escrito. Posteriormente, se recogieron los datos y se llevó a cabo la codificación y los análisis estadísticos de los mismos.

Las variables de estudio fueron número de hermanos/as, edad de la madre, edad del padre, estudios de la madre, estudios del padre, situación laboral de la madre y situación laboral padre (tomadas como variables de control); afectividad negativa, control de esfuerzo y surgencia (tomadas como variables predictoras); sexo (variable moderadora); y habilidades adaptativas (tomada como variable criterio).

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics 22.0, utilizando la técnica de bootstrapping. Con el fin de obtener información acerca de las características de la muestra de estudio, se realizaron los análisis descriptivos (medias, desviaciones típicas, máximos y mínimos) de las variables implicadas en el estudio.

Seguidamente, para estudiar las relaciones entre las variables, se analizaron las correlaciones bivariadas empleando el coeficiente de correlación de Pearson. Además, para analizar las posibles diferencias sexuales en las distintas variables, se aplicaron análisis de varianza de una vía (one Way ANOVA).

Finalmente, para alcanzar el objetivo del estudio, se realizó un análisis de regresión jerárquica múltiple siguiendo el procedimiento propuesto por Aiken y West (1991) y Lengua (2008). En el primer paso de la regresión se introdujo la variable *sexo*; en el segundo paso se incluyeron las covariables *número de hermanos*, *edad de la madre y del padre*, *estudios de la madre y del padre* y *situación laboral de cada progenitor*; en el tercer paso, se incluyeron las variables predictoras de temperamento; en el cuarto paso se introdujeron las interacciones dobles de temperamento; y en el quinto paso, se introdujeron las interacciones doble entre temperamento y el *Sexo*. En la tabla de estos análisis solo se presenta el modelo final que resultó significativo.

## Resultados

### Análisis preliminares

Los análisis correlacionales (Tabla 1) mostraron que las *habilidades adaptativas* del sujeto (informadas por el profesorado) se relacionaron positiva y significativamente con los *estudios de la madre y del padre* ( $r = .161$ ,  $p = .025$ ;  $r = .157$ ,  $p = 0.28$ , respectivamente) y con el componente de temperamento *control de esfuerzo* ( $r = .306$ ,  $p = .000$ ).

Por otro lado, los análisis ANOVA reflejaron diferencias sexuales en la variable *control de esfuerzo* ( $F(1, 200) = 22.615$ ,  $p = .000$ ) y en la variable *habilidades adaptativas* ( $F(1, 195) = 4.404$ ,  $p = .046$ ) en ambos casos a favor de las hijas (Tabla 2).

Tabla 1

*Descriptivos y correlaciones bivariadas entre las variables de estudio*

|                      | 1             | 2            | 3             | 4             | 5             | 6      | 7     | 8     | 9     | 10            | 11    | 12     |
|----------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------|-------|-------|-------|---------------|-------|--------|
| 1.Sexo               | -             |              |               |               |               |        |       |       |       |               |       |        |
| 2.Número de hermanos | -             | -            |               |               |               |        |       |       |       |               |       |        |
| 3.Estudios M         | .130          | .08          | -             |               |               |        |       |       |       |               |       |        |
| 4.Estudios P         | .042          | .053         | <b>.300**</b> | -             |               |        |       |       |       |               |       |        |
| 5.Edad M             | .038          | <b>.156*</b> | .102          | .122          | -             |        |       |       |       |               |       |        |
| 6.Edad P             | .081          | .010         | .047          | <b>.170*</b>  | <b>.739**</b> | -      |       |       |       |               |       |        |
| 7.SLM                | .082          | .054         | .112          | .044          | .003          | .002   | -     |       |       |               |       |        |
| 8.SLP                | .116          | .006         | <b>.154*</b>  | <b>.197**</b> | .016          | .020   | .120  | -     |       |               |       |        |
| 9.AFECN              | .035          | .045         | .031          | .133          | .018          | .007   | .068  | .058  | -     |               |       |        |
| 10.CONTESEF          | <b>.307**</b> | .079         | .012          | <b>.152*</b>  | <b>.169*</b>  | .133   | .028  | .028  | .025  | -             |       |        |
| 11.SURG              | .117          | .116         | .039          | .077          | .021          | .032   | .070  | .018  | .006  | .041          | -     |        |
| 12.HADAP             | .136          | .030         | <b>.161*</b>  | <b>.157*</b>  | .094          | .115   | .083  | .037  | .041  | <b>.306**</b> | .025  | -      |
| <i>M</i>             | .53           | .940         | 3.039         | 2.832         | 38.793        | 40.414 | 2.172 | 1.458 | .000  | .002          | .000  | 52.219 |
| <i>DT</i>            | .500          | .665         | 1.431         | 1.386         | 4.445         | 4.710  | 1.191 | .891  | 1.000 | .988          | 1.000 | 11.840 |

Notas. Sexo Dummy 0= niño, 1=niña; M madre, P padre, SLM Situación laboral madre; SLP Situación laboral padre, AFECN Afectividad negativa, CONTESEF Control de esfuerzo, SURG Surgencia, HADAP Habilidades adaptativas; *M* media, *DT* Desviación estándar; utilizando la técnica de bootstrapping; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabla 2

*Diferencias sexuales en las variables de estudio*

|                    | Niño     |             | Niña     |             | F                |
|--------------------|----------|-------------|----------|-------------|------------------|
|                    | <i>M</i> | <i>(DT)</i> | <i>M</i> | <i>(DT)</i> |                  |
| Número de hermanos | 1.000    | (.649)      | .888     | (.678)      | 1.443            |
| Estudios M         | 2.865    | (1.426)     | 3.196    | (1.424)     | 2.742            |
| Estudios P         | 2.896    | (1.418)     | 2.776    | (1.362)     | .379             |
| Edad M             | 39.135   | (4.312)     | 38.486   | (4.561)     | 1.081            |
| Edad P             | 40.885   | (4.565)     | 39.991   | (4.818)     | 1.834            |
| SLM                | 2.052    | (1.109)     | 2.280    | (1.257)     | 1.864            |
| SLP                | 1.552    | (1.025)     | 1.374    | (.746)      | 2.035            |
| AFECN              | -.027    | (.984)      | .025     | (1.019)     | .138             |
| CONTESEF           | -.331    | (.939)      | .299     | (.937)      | <b>22.615***</b> |
| SURG               | .108     | (1.106)     | -.099    | (.886)      | 2,146            |
| HADAP              | 50.407   | (11.071)    | 53.790   | (12.304)    | <b>4.044*</b>    |

*Nota.* *M* Puntuación media; *DT* Desviación típica; M madre, P padre, SLM Situación laboral madre; SLP Situación laboral padre, AFECN Afectividad negativa, CONTESEF Control de esfuerzo, SURG Surgencia, HADAP Habilidades adaptativas; utilizando la técnica de bootstrapping; \*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

## Análisis principales

Como se observa en la Tabla 3, sólo los *estudios de la madre*, pero no los del padre, mostraron un efecto predictor sobre el desarrollo de las *habilidades adaptativas* del sujeto ( $\beta = .151$ ,  $p = .044$ ; Tabla 3). Además, el componente de temperamento *control de esfuerzo* también parece mostrar un efecto predictor en el desarrollo de estas habilidades ( $\beta = .279$ ,  $p = .000$ ). En cambio, no se encontraron efectos moderadores del temperamento ( $F = 2.205$ ,  $p = .948$ ,  $R^2 = .147$ ) ni del sexo en estas relaciones ( $F = 1.822$ ,  $p = .913$ ,  $R^2 = .150$ ).

Tabla 3

*Relaciones entre el temperamento y las habilidades adaptativas de niños y niñas*

|        |                    | <i>B</i> | <i>ES B.</i> | $\beta$ | $\Delta R^2$ |
|--------|--------------------|----------|--------------|---------|--------------|
|        | (Constante)        | 42.718   | 8.420        |         |              |
| Paso 1 | Sexo               | .978     | 1.783        | .042    | .019         |
| Paso 2 | Número de hermanos | -.104    | 1.270        | -.006   | .058         |
|        | Estudios M         | 1.2344   | .608         | .151*   |              |
|        | Estudios P         | .598     | .648         | .071    |              |
|        | Edad M             | -.126    | .286         | -.047   |              |
|        | Edad P             | .254     | .274         | .097    |              |
|        | SLM                | -1.000   | .695         | -.101   |              |
|        | SLP                | .156     | .994         | .011    |              |
| Paso 3 | AFECN              | .796     | .810         | .069    | .069**       |
|        | CONTESEF           | 3.370    | .915         | .279*** |              |
|        | SURG               | -.476    | .820         | -.041   |              |

*Nota.* Resultados del Modelo de Regresión final ( $F = 2.815$ ,  $p = .003$ ,  $R^2 = .145$ ); utilizando la técnica de bootstrapping; M madre, P padre, SLM Situación laboral madre; SLP Situación laboral padre, AFECN Afectividad negativa, CONTESEF Control de esfuerzo, SURG Surgencia; Categoría de referencia: Niños

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

## **Discusión**

Los resultados obtenidos en el presente estudio, indican que : (1) Los estudios de la madres y del padre se relacionaron positivamente con las habilidades adaptativas de los niños y niñas; 2) El componente de temperamento control de esfuerzo también se asoció positivamente con las habilidades adaptativas; 3) Se observaron diferencias sexuales significativas a favor de las niñas tanto en las habilidades adaptativas, como en el control de esfuerzo; 4) Los estudios de la madre parecen predecir el desarrollo de las habilidades adaptativas de sus hijos e hijas; 5) El control de esfuerzo se mostró como un predictor de estas habilidades en el alumnado de entre 7-8 años.

Las diferencias sexuales identificadas, apoyan a otros estudios en los que se han observado que las niñas suele mostrar mayores niveles de control de esfuerzo que los niños y además disponen de mejores habilidades de sensibilidad perceptiva y atención, siendo más capaces que los varones de inhibir sus impulsos y regular sus emociones (Else-Quest et al., 2006). Asimismo, que las chicas reflejen más habilidades adaptativas que los varones, ha sido también comprobado en otras investigaciones en las que las niñas presentaron más altas de habilidades sociales quizás porque alcanzan una mayor madurez de forma más temprana y porque son capaces de inhibir sus impulsos favoreciendo su adaptabilidad social respecto a los niños (Sørli et al., 2020; Westling et al., 2012).

Por otro lado, que hayan sido únicamente los estudios de la madre y no los del padre los que hayan mostrado un efecto predictor sobre el desarrollo de habilidades adaptativas en los hijos e hijas, podría deberse a la mayor implicación que a día de hoy siguen teniendo las madres en la crianza de los menores (Cantón-Cortés et al., 2014), de tal forma que cuanto mayor es el nivel formativo de las madres, más estrategias y mayor información pueden tener acerca la influencia de su crianza en el desarrollo de los hijos (Martínez-González et al., 2021).

Por último, el efecto protector observado en la variable de temperamento control de esfuerzo sobre el desarrollo de habilidades adaptativas, parece coincidir con otros estudios (Sørli et al., 2020) que también han expuesto la importancia de tener en cuenta las características individuales (por ejemplo, temperamento) en el desarrollo de las habilidades sociales y adaptativas de los niños y niñas. Un desarrollo adecuado de habilidades adaptativas proporcionará al sujeto menores problemas de conducta, mayores habilidades sociales, mejor rendimiento académico.

Por tanto, sería interesante prestar atención a este tipo de estudios que permiten identificar posibles características de riesgo y en consecuencia poder diseñar programas de intervención y prevención que tengan en cuenta la influencia de los componentes de temperamento en el ajuste del sujeto y concretamente en habilidades tan relevantes para el día a día como son las habilidades adaptativas y de relaciones con los demás, propiciando así un incremento de las conductas prosociales en detrimento de las conductas desajustadas.

No obstante, el presente estudio no está exento de limitaciones, por lo que sus resultados deben de ser analizados con cautela. En primer lugar se trata de un estudio de corte transversal, lo que impide establecer relaciones de causalidad entre las variables. En segundo lugar, es posible que otras variables de distinta naturaleza (por ejemplo los estilos parentales, la ecología familiar, etc.) puedan estar afectando también en esta interacciones. Futuros estudios deberían continuar en esta línea de investigación, mediante estudios de corte longitudinal que permitan identificar relaciones de causalidad concreta entre estas variables.

## **Referencias**

Aguirre-Dávila, E. (2015). Prácticas de crianza, temperamento y comportamiento prosocial de estudiantes de educación básica. *Revista Latinoamericana de*



- Aiken, L. A., y West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Holt.
- Ato, E., Galián, M. D., y Huéscar, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión. *Anales de Psicología*, 23(1), 33–40. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23231>
- Cantón-Cortés, D.C., Castillo, M. A. R., y Duarte, J. C. (2014). Papel moderador del sexo en las prácticas de crianza/Moderator role of sex in rearing practices. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 275-284. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.373>
- Chen, X., y Schmidt, L.A. (2015). Temperament and Personality. En M. E. Lamb (Vol. Ed.), R. M. Lerner (Series Ed.), *Handbook of child psychology and developmental science. Socioemotional Processes* (Vol.3, 7ª ed., pp. 152-200). Wiley y Sons.
- Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., y Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(1), 33-72. doi:http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.132.1.33
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española de sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. TEA Ediciones.
- González Peña, P., Delgado, B., Carrasco, M.A. y Holgado, F.P. (2013). *Aggressive Behavior in Children: The Role of Temperament and Family Socialization*.

- Lengua, L.J. (2008). Anxiousness, frustration, and effortful control as moderators of the relation between parenting and adjustment problems in middle-childhood. *Social Development*, 17(3), 554-577. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00438.x
- MacNeill, L. A., y Pérez-Edgar, K. (2020). Temperament and emotion. En S. Hupp y J. Jewell (Eds.) *The encyclopedia of child and adolescent development* (pp. 1-12). Wiley-Blackwell
- Martin, A.J., Nejad, H., Colmar, S., y Liem, G.A.D. (2012). Adaptability: Conceptual and empirical perspectives on responses to change, novelty and uncertainty. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 22(1), 58-81. <https://doi.org/10.1017/jgc.2012.8>
- Martínez González, R. A., Rodríguez Ruiz, B., y Iglesias García, M. T. (2021). Comparación de competencias parentales en padres y en madres con hijos e hijas adolescentes. *Aula abierta*, 50(4), 777-786. <https://doi.org/10.17811/rifie.50.4.2021.777-786>
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children* (2ª ed.). American Guidance Service.
- Rose-Krasnor, L., y Denham, S. (2009). Social-emotional competence in early childhood. En K. H. Rubin, W. M. Bukowski y B. Laursen (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp. 162-179). Guilford Press
- Rothbart, M.K. (2011). *Becoming who we are: Temperament, personality and development*. Guilford Press.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., y Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child development*, 72(5), 1394-1408. doi:10.1111/1467-8624.00355

- Rothbart, M. K., y Bates, J. E. (2006). Temperament. En N. Eisenberg, Damon, W., y Lerner, R.M. (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (6<sup>a</sup> ed., Vol.3, pp. 99-166). Wiley.
- Rothbart, M. K., Posner, M. I., y Kieras, J. (2006). Temperament, attention, and the development of self-regulation. En K. McCartney, y D. Phillips (Eds.), *Blackwell Handbook of early childhood development* (pp. 338-357). Blackwell Publishing.
- Schwebel, D. C., Brezaussek, C. M., Ramey, S. L., y Ramey, C. T. (2004). Interactions between child behavior patterns and parenting: Implications for children's unintentional injury risk. *Journal of pediatric psychology*, 29(2), 93-104.  
doi: 10.1093/jpepsy/jsh013
- Silveira-Zaldivar, T., Özerk, G. y Øzerk, K. (2021). Developing social skills and social competence in children with autism. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 13(3), 341-363.  
<https://doi.org/10.26822/iejee.2021.195>
- Sørli, M. A., Hagen, K. A., y Nordahl, K. B. (2021). Development of social skills during middle childhood: Growth trajectories and school-related predictors. *International Journal of School y Educational Psychology*, 9(sup1), S69-S87.  
<https://doi.org/10.1080/21683603.2020.1744492>
- Westling, E., Andrews, J. A., y Peterson, M. (2012). Gender differences in pubertal timing, social competence, and cigarette use: A test of the early maturation hypothesis. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.11.021>
- Yavuz-Müren, H. M., Korucu, I., y Selçuk, A. B. (2022). Temperament and social development in childhood. En P.K. Smith, y C.H. Hart (Eds.) *Handbook of Childhood Social Development* (3<sup>a</sup> ed., 297-315). Wiley Blackwell.

# **RELACIÓN ENTRE VARIABLES DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA EN INDIVIDUOS DENTRO DEL SISTEMA PENITENCIARIO.**

Azahara Leonor Miranda Gálvez <sup>1</sup>

José Luis Mata Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada, Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento  
Psicológico.

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a Azahara Leonor  
Miranda Gálvez, Campus Universitario Cartuja, 18011, [azaharamg@ugr.es](mailto:azaharamg@ugr.es)

## **Introducción**

El consumo de drogas y la violencia doméstica son dos problemas sociales de gran complejidad que requieren un abordaje científico riguroso. La investigación epidemiológica ha establecido una estrecha asociación entre el maltrato y el consumo de drogas, respaldada por multitud de estudios (Deckel et al., 1995; Moeller y Dougherty, 2001; Putkonen et al., 2004). Además, la evidencia neuropsicológica indica una relación entre el consumo de drogas y déficits en la función ejecutiva (Bechara, Damasio y Damasio, 2000; Verdejo et al., 2002; y Volkow et al., 2002). Por otra parte, ciertos trastornos de la personalidad, como el antisocial y el de consumo de sustancias, se han vinculado de manera significativa tanto con el consumo de drogas como con la violencia doméstica (Frädrich y Pfäfflin, 2000; Vicens et al., 2011). Estas asociaciones se atribuyen a rasgos como la impulsividad y la falta de empatía. Además, variables psicopatológicas como el trauma no resuelto, los trastornos del estado de ánimo y la exposición previa a la violencia pueden aumentar el riesgo de comportamiento violento en individuos implicados en el consumo de drogas y conflictos domésticos.

El propósito central de esta investigación consistió en llevar a cabo un análisis exhaustivo de variables relacionadas con la personalidad y la psicopatología en individuos que actualmente se encuentran privados de libertad en instituciones correccionales. De hecho, los problemas [de salud mental](#) son más comunes entre los reclusos en comparación con la población general (Andersen, 2004 ; Blaauw et al., 2000 ; Fazel & Baillargeon, 2011 ; Liu et al., 2021).

## **Método**

### *Participantes.*

Participaron 45 reclusos de la Prisión Provincial de Granada: 15 con historial de consumo de drogas, 14 con historial de violencia de género y 16 sin historial de consumo de drogas ni violencia de género. Todos los participantes eran hombres con una media de edad de 35,96 años.

### *Instrumentos.*

Las variables de personalidad se midieron con dos cuestionarios TCI-R versión española (Temperament and Character Inventory-Revisited, Gutiérrez-Zotes et al., 2004). Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV).

### *Procedimiento.*

Los participantes rellenaron el TCI-R y el MCMI-IV.

## **Resultados**

En primer lugar, se observaron diferencias significativas en la variable “búsqueda de novedad” (NS) del TCI-R, donde el grupo con historial de consumo de drogas tienen una mayor propensión a buscar experiencias novedosas y emocionantes ( $F(2,44) = 6,01, p < .05$ ) (Figura 1).

Por otro lado, al evaluar con el MCMI-IV, se encontraron diferencias significativas en la puntuaciones de varias áreas entre los grupos. En el grupo con historial de violencia de género, se observaron puntuaciones más altas en las áreas de dependencia ( $F(2,42) = 3,28, p < .05$ ) y compulsión ( $F(2,42) = 5,38, p < .05$ ), lo que sugiere una mayor tendencia hacia la dependencia emocional y patrones compulsivos de comportamiento en este grupo.

En contraste, el grupo con antecedentes de consumo de drogas mostró puntuaciones más elevadas en variables relacionadas con el comportamiento antisocial ( $F(2,42) = 6,84, p < .05$ ), agresividad ( $F(2,42) = 4,893, p < .05$ ), trastorno límite de la personalidad ( $F(2,42) = 6,17, p < .05$ ), consumo excesivo de alcohol ( $F(2,42) = 22,41, p < .001$ ) y síntomas de depresión ( $F(2,42) = 5,48, p < .05$ ).

## **Discusión**

Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la hipótesis de que los individuos encarcelados con antecedentes de consumo de drogas o violencia doméstica muestran una mayor sintomatología patológica en comparación con aquellos sin este historial. Este hallazgo sugiere que existe una conexión significativa entre la historia de consumo de drogas o violencia doméstica y la manifestación de problemas psicológicos y conductuales más graves en la población penitenciaria. Es importante destacar que los hallazgos también revelan una mayor prevalencia de trastornos de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, y síntomas de depresión en el grupo con historial de consumo de drogas (Durbéej et al., 2014; Fakhrzadegan et al., 2017).

Estas conclusiones apoyan la importancia de un enfoque multidimensional en la comprensión y el abordaje de estos problemas, que tenga en cuenta tanto los factores individuales como contextuales que contribuyen a estos comportamientos. Además, enfatizan la importancia de implementar intervenciones terapéuticas y preventivas que aborden los factores de riesgo subyacentes y promuevan relaciones saludables y libres de violencia dentro y fuera del entorno penitenciario. En conclusión, los hallazgos respaldan la premisa de que los individuos encarcelados con historiales más significativos de violencia o consumo de drogas exhiben una sintomatología patológica más pronunciada en comparación con sus pares en prisión que carecen de tales antecedentes.

## Referencias

- Andersen H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (424), 5–59. [https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00436\\_2.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00436_2.x)
- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex (New York, N.Y. : 1991)*, 10(3), 295–307. <https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>
- Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *International journal of law and psychiatry*, 23(5-6), 649–663. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00050-9](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00050-9)
- Deckel, A. W., Hesselbrock, V., & Bauer, L. (1995). Relationship between alcohol-related expectancies and anterior brain functioning in young men at risk for developing alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(2), 476–481. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1995.tb01534.x>
- Durbeej, N., Palmstierna, T., Berman, A. H., Kristiansson, M., & Gumpert, C. H. (2014). Offenders with mental health problems and problematic substance use: affective psychopathic personality traits as potential barriers to participation in substance abuse interventions. *Journal of substance abuse treatment*, 46(5), 574–583. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.002>
- Fakhrzadegan, S., Gholami-Doon, H., Shamloo, B., & Shokouhi-Moqhaddam, S. (2017). The Relationship between Personality Disorders and the Type of Crime Committed and Substance Used among Prisoners. *Addiction & health*, 9(2), 64–71.



- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet (London, England)*, 377(9769), 956–965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
- Liu, H., Li, T. W., Liang, L., & Hou, W. K. (2021). Trauma exposure and mental health of prisoners and ex-prisoners: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 89, 102069. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102069>
- Moeller, F. G., & Dougherty, D. M. (2001). Antisocial personality disorder, alcohol, and aggression. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 5–11.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C. C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 59–72. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007068>
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R., & Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal behaviour and mental health : CBMH*, 21(5), 321–332. <https://doi.org/10.1002/cbm.815>
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., & Goldstein, R. Z. (2002). Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiology of learning and memory*, 78(3), 610–624. <https://doi.org/10.1006/nlme.2002.4099>

**Figura 1**

*Diferencias en la variable “búsqueda de novedad” del TCI-R entre los tres grupos de prisión.*

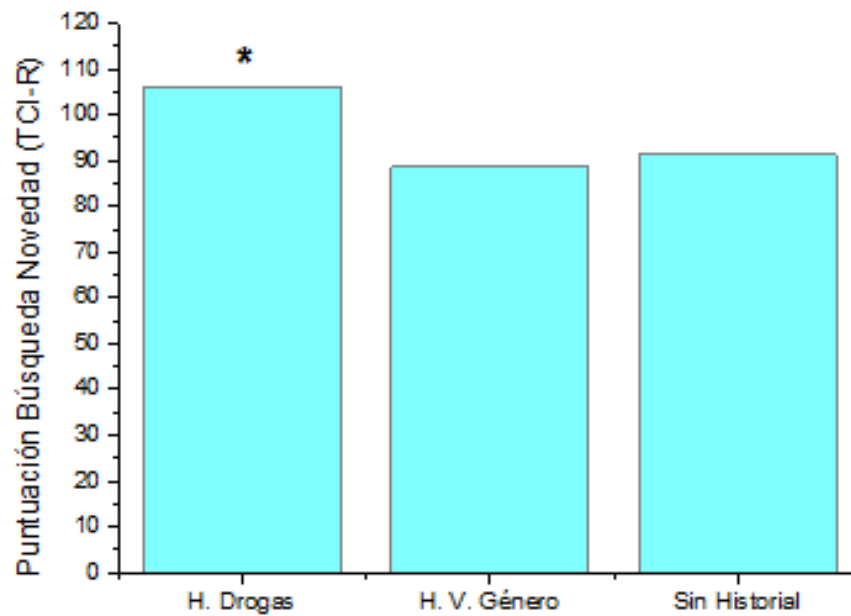
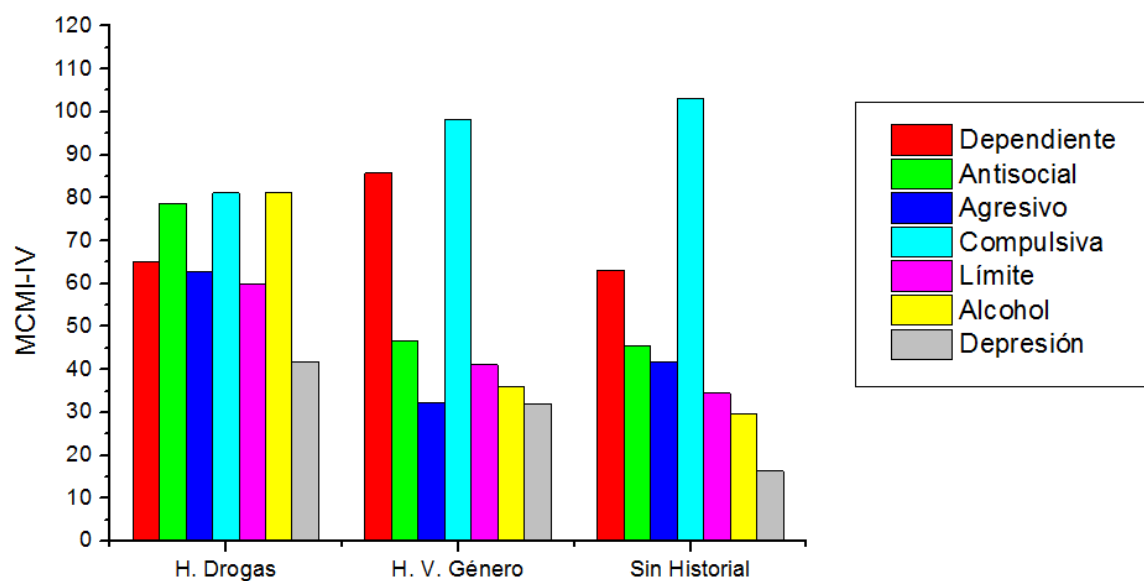


**Figura 2**

*Diferencias en el cuestionario MCMI-IV entre los tres grupos de prisión.*



# **CLAVES DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TDAH**

Francisco Jesús Lobato Carvajal

Instituto Superior de Psicología y Educación

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **Francisco J. Lobato Carvajal, [flobato@ispeduc.com](mailto:flobato@ispeduc.com)**

## Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, basando su clasificación diagnóstica en la observación de síntomas conductuales que cuentan con un inicio en la edad infantil y se prolongan hasta la adolescencia y edad adulta (Drechsler, *et al.*, 2020). Según el DSM-5 este trastorno muestra problemas de aprendizaje, inatención e hiperactividad. Además, este manual sigue un diagnóstico de exclusión, es decir, aporta que el TDAH no puede diagnosticarse si los síntomas que presenta el sujeto se pueden explicar mejor haciendo referencia a otras alteraciones como, trastornos psicóticos, ansiedad o trastornos de la personalidad.

Según Baraskewich *et al.*, (2022) el TDAH viene caracterizado por deficiencias persistentes en hiperactividad, impulsividad, atención y/o inhibición conductual, constituyendo así uno de los trastornos más frecuentes de la edad infantil. Estas características deben ser anteriores a los 12 años de edad, de tal modo que van a repercutir en la participación social, académica e incluso laboral (ya en la edad adulta) del sujeto que padece este desorden. Otras características presentes en estos sujetos son el bajo rendimiento escolar, trastornos graves de la conducta y problemas de autoestima (Santana-Vidal, *et al.*, 2020).

Por tanto, las principales características del TDAH se definen como:

**Inatención:** dificultad para cumplir mandatos e instrucciones, incapacidad para centrar y mantener la atención en determinadas tareas y/o actividades durante un tiempo prolongado. Estos individuos suelen tener mayores problemas de inatención en aquellas actividades que no son de su agrado o interés. Debido a esta dificultad en el mantenimiento de la atención los niños y adultos con TDAH presentarán problemas para mantener una conversación, cambiando de tema continuamente. Tampoco podrán mantener unos adecuados turnos conversacionales,

lo cual causa rechazo por parte de los demás interlocutores (Soutullo-Esperón, *et al.*, 2010).

**Hiperactividad:** esta característica hace referencia a un movimiento corporal constante, mostrando así continuos movimientos de brazos, piernas o cualquier otra parte del cuerpo. A causa de esta característica los niños con TDAH son incapaces de permanecer sentados durante un tiempo prolongado, causándoles así problemas en el ámbito escolar y en las relaciones sociales (Perellada, 2009).

**Impulsividad:** dificultad en la inhibición de las conductas que conlleva a determinados comportamientos como responder a algo sin haber pensado antes, falta de comprensión en enunciados largos, y de nuevo, interrupción de turnos conversacionales (Poissant, *et al.*, 2016).

El origen y por tanto causa del TDAH es multifactorial, siendo así una serie de vulnerabilidades biológicas y ambientales las que confluyen entre sí dando lugar a esta patología (Sibley, *et al.*, 2016).

### Diagnóstico

El diagnóstico clínico del TDAH consta de una evaluación detallada de los síntomas presentes en el usuario, así como también de los síntomas previos. Previamente se realizará una anamnesis donde se recaudará información sobre el embarazo, parto e información familiar relevante para el caso. Para el diagnóstico del TDAH los síntomas deben haber aparecido antes de los 12 años de edad, y según el tipo de síntomas que presente el sujeto el TDAH se clasificará en uno de los tipos descrito anteriormente (inatento, hiperactivo o impulsivo). El diagnóstico de esta patología es crónico, es decir, se prolonga a lo largo de la vida del sujeto, y su tratamiento normalmente se proporciona durante varios años. No todos los sujetos presentan las mismas características, sino que este trastorno varía de un paciente a otro (Posner, *et al.*, 2020).

## **Hipótesis general y objetivos**

Tras conocer todos los datos más relevantes acerca del TDAH se detectarán y, por tanto, trabajarán algunos modelos de evaluación basados en dicho trastorno, para que esta información ayude al desarrollo personal, académico, familiar y social del sujeto al que se le imparta desde la infancia.

### **Objetivo general**

Describir métodos de evaluación basados en el TDAH en la edad infantil.

### **Objetivos específicos**

Realizar un protocolo de detección en edades tempranas para el TDAH.

Conocer y describir las pruebas para la evaluación de la hiperactividad, atención, memoria de trabajo, impulsividad y autorregulación en la infancia.

### **Método**

Para llevar a cabo la perspectiva metodológica del TDAH se han seleccionado una serie de pruebas, test y cuestionarios que engloban los aspectos más importantes a evaluar del TDAH, destacando también su rápida y fácil aplicación, de ahí que se hayan seleccionado estas pruebas y no otras. En este trastorno es muy importante contar con la aportación de información por parte de los padres y profesores del menor, por eso para poder englobar y evaluar el comportamiento del sujeto en contextos familiares y académicos se han seleccionado las escalas de cribado SNAP-IV, Conners y EDAH. La atención, es uno de los factores más importantes del TDAH, de modo que tendrá que ser evaluada de forma global y selectiva y para ello se utilizarán las pruebas Divisa y el Test de Atención Revisado (D2-R), respectivamente. Gracias al test de CARAS-R se obtendrá información sobre la rapidez de percepción con la que cuenta el sujeto. La prueba BRIEF- 2 nos aportará información sobre las

funciones ejecutivas del usuario. Siguiendo con la evaluación de la inteligencia se recurrirá a la prueba WISC-V.

Tras realizar una evaluación exhaustiva e individual habrá que diseñar una serie de tareas, las cuales trabajarán cada uno de los de los campos evaluados anteriormente.

| <b>Evaluación</b>                   |
|-------------------------------------|
| Detección temprana.                 |
| Anamnesis.                          |
| Screening (SNAP-IV, Conners, EDAH). |
| Funciones ejecutivas (BRIEF-2).     |
| Inteligencia (WISC-V).              |
| Atención (DIVISA, d2-R, CARAS-R).   |

## Resultados

La evaluación del TDAH es un proceso costoso que no está limitado a los datos obtenidos en la entrevista inicial con el usuario y sus familiares, sino que requiere ser completada a con información aportada por cuestionarios, pruebas y test psicométricos que cuenten con una alta validez y fiabilidad. Además, será necesaria la participación de profesorado para recabar datos sobre el comportamiento académico del usuario que se somete al proceso de evaluación (Sánchez-Muñoz de León, 2017).

### Detección en edades tempranas del TDAH

La detección temprana es un factor clave para la intervención precoz de este trastorno. Es conveniente la participación directa de los familiares más cercanos como los padres y el profesional académico para obtener datos acerca del comportamiento del niño/a en diferentes contextos. También, la observación directa nos ayudará a mejorar el posible diagnóstico en edades tempranas. Lavigne y Romero (2010) aportan

una serie de aspectos considerados como fundamentales en el periodo crítico de desarrollo del sujeto para la detección precoz del TDAH. Tales aspectos se resumen en:

**Etapas del lactante:** insaciedad en la alimentación, excesiva irritabilidad, llanto desconsolado en la mayoría de las ocasiones y problemas con el sueño y la alimentación.

**Desde la lactancia hasta los dos años:** retraso en el desarrollo motor e hitos desfasados del lenguaje oral con respecto a su edad cronológica. Persisten las alteraciones en el sueño y en la alimentación, las cuales comenzaron en la etapa anterior. Sus reacciones emocionales son caracterizadas por una excesiva irritabilidad. Además, la atención dirigida hacia un objeto se da en periodos muy cortos de tiempo.

**De los dos a los cinco años de edad:** excesiva y persistente actividad motora, problemas relacionados con las relaciones sociales e inadaptación a los cambios.

**De los tres a los seis años de edad:** escaso juego simbólico, las dificultades en la lectura y escritura comienzan a ser notorias, de modo que el comportamiento y participación de los profesores es crucial en esta etapa.

#### Anamnesis

La anamnesis hace referencia a la recogida de datos del paciente que se somete al proceso de evaluación/diagnóstico. En este punto de la evaluación tendrá lugar la recogida de datos personales como nombre, apellidos, edad y sexo. Así como también los datos relevantes de su historia clínica que sean necesarios para crear un diagnóstico adecuado, tales como evolución del embarazo y parto o enfermedades médicas. Del mismo modo, será importante la recogida de datos y antecedentes familiares e información y desarrollo académico. Una vez obtenida esta información el siguiente paso será la administración de cuestionarios, pruebas y test de evaluación.



## Cuestionarios, test y pruebas de evaluación

Este apartado describirá cada uno de los cuestionarios, test y pruebas de evaluación que se han considerado fundamentales para un buen diagnóstico del TDAH y para ello se desarrollarán los siguientes subapartados:

### Cribado o screening

Los test o pruebas de screening son aquellos utilizados con el objetivo de detectar precozmente cualquier tipo de trastorno o enfermedad, dando a conocer al mismo tiempo la prevalencia de dicho trastorno o enfermedad en la población (Salinas, Valdés & Carmona, 2003).

**SNAP-IV (Swanson, *et al.*, 2001):** esta escala de cribado está dirigida a padres y profesores de niños de entre 5 y 11 años de edad y cuenta con el objetivo de realizar una evaluación básica del TDAH haciendo referencia a las conductas más comunes que suele mostrar este trastorno. Es una escala muy eficaz, puesto que su aplicación se caracteriza por la brevedad. SNAP-IV cuenta con cuatro niveles (0 = nunca, 1 = un poco, 2 = bastante, 3 = mucho) de clasificación divididos en 18 ítems diferentes. Tras contestar a todos los ítems se procederá al cálculo de la puntuación total, la cual aporta información de dos subescalas diferentes, inatención por un lado e hiperactividad/impulsividad por otro.

**Escala Conners (Conners, 2003):** esta escala cuenta con una estructura similar a la descrita anteriormente, por tanto, está dirigida a padres y profesores y describe una serie de ítems destinados a la evaluación de conductas que caracterizan al TDAH. Dicha escala cuenta con dos versiones una abreviada y otra ampliada, de modo que dependiendo del objetivo de la evaluación se pasará una u otra. La forma abreviada común para padres y profesores cuenta con 9 ítems que se pueden evaluar

en cuatro niveles dependiendo de la actitud que presente el sujeto, es decir, se pueden evaluar con 0 = nunca, 1 = un poco, 2 = bastante, 3 = mucho.

**EDAH (Farré & Narbona, 2013):** posee como principal objetivo la evaluación del TDAH, es decir, mide los principales rasgos del TDAH y los trastornos de conducta que pueden estar asociados a él, y a diferencia de las dos escalas mencionadas anteriormente, ésta solo se dirige a los profesionales educativos. Dicha escala surge como una nueva propuesta de evaluación tras actualizar la escala Conners. EDAH cuenta con una aplicación individual para niños de entre 6 y 12 años, por tanto, la podremos pasar entre 1º y 6º de primaria, la duración aproximada que se estima al pasar esta escala es de 5 a 10 minutos.

En cuanto a la baremación, ésta se mide en percentiles para las cuatro subescalas habiendo diferentes percentiles para cada curso de primaria. También establece unos puntos de corte que indican el riesgo de padecer el trastorno.

#### Evaluación de las funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas hacen referencia a una serie de habilidades conductuales, cognitivas y emocionales que se responsabilizan del funcionamiento mental de alto nivel. Éstas incluyen memoria de trabajo, control inhibitorio, planificación, organización, flexibilidad cognitiva y resolución de problemas, de modo que nos permiten adaptarnos a nuevas situaciones, alcanzar objetivos, entre otras (Cristofori, *et al.*, 2019). Como dichas funciones también se verán afectadas en los sujetos con TDAH será conveniente su evaluación, y para ello utilizaremos el test BRIEF-2.

**BRIEF-2 (Giorgia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2017):** este test nos da la oportunidad de evaluar las funciones ejecutivas desde los aspectos más cotidianos y conductuales, teniendo en cuenta tanto las respuestas de los padres como de los

profesores, por tanto, se le pasará a los progenitores del niño y al personal educativo. Este test nos aporta información acerca del grado de frecuencia con el que aparecen determinadas conductas con el sujeto. Tras la aplicación obtendremos diferentes índices y escalas en relación con las funciones ejecutivas, tales como: Índice de regulación conductual, Índice de regulación emocional, Índice de regulación cognitiva, Inhibición, Flexibilidad, Control emocional, Iniciativa, Memoria de Trabajo, Planificación, Supervisión de sí mismo y Supervisión de su tarea. Los resultados de este test nos pueden mostrar una afectación de las funciones ejecutivas como causa de trastornos conductuales de origen orgánico, dificultades de aprendizaje, TDAH, TEA o trastornos emocionales, entre otros. Este test es aplicable entre los 5 y los 18 años de edad, el tiempo aproximado para su evaluación es entorno a los 10 minutos.

#### Evaluación de la inteligencia

La inteligencia es la capacidad que nos permite aprender, resolver problemas, nos proporciona memoria, conocimiento general y competencia lingüística (Plomin & Von Stumm, 2018). La evaluación de esta capacidad se llevará a cabo con la prueba WISC-V.

**WISC-V (Weschler, 2015):** esta prueba nos proporciona información acerca del cociente global intelectual con el que cuenta el niño, además valora la capacidad de velocidad de procesamiento y atencional que posee el niño en diferentes ámbitos como la búsqueda de símbolos o la cancelación. Entre todas las pruebas que contiene el WISC las que se mencionan a continuación son las más relevantes para el logopeda: Dígitos, claves, spam de dibujos, búsqueda de símbolos, cancelación, letras y números, semejanzas y vocabulario. La prueba WISC-V consta de tres escalas, en las que se agrupan pruebas de comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, comprensión verbal, razonamiento

cuantitativo, memoria de trabajo auditiva, no verbal, capacidad general y competencia cognitiva. Edad de aplicación: desde los 6 años hasta los 16 años y 11 meses.

#### Evaluación de la atención

**Test de Discriminación Visual Simple de Árboles (DIVISA) (Santacreu- Mas, Shih Ma & Quiroga, 2011):** este test puede ser aplicado de forma individual o colectiva a niños de entre 6 y 12 años de edad. DIVISA cuenta con el principal objetivo de evaluar la atención global del sujeto (comprendido en las edades mencionadas anteriormente), tanto en contextos educativos como en contextos clínicos. Si se aplica de forma individual se podrá comparar la puntuación obtenida por el sujeto con baremos que se han establecido correspondientes a su edad. Por el contrario, si se aplica de forma colectiva se podrá comparar las capacidades atencionales de diferentes grupos de niños. Dado que el objetivo principal de test es medir la atención de forma global este test nos aportará diferentes índices de atención.

**Test de Atención-Revisado (d2-R) (Brickenkamp, Schmidt-Atzert & Liepmann, 2012):** con este test se llevará a cabo una evaluación sobre la atención selectiva a través de una tarea de cancelación. Al mismo tiempo, con este test se medirá la velocidad de procesamiento, seguimiento de instrucciones e ejecución de una tarea de discriminación de estímulos visuales semejantes. La forma de puntuación nos ofrecerá información sobre el total de respuestas dadas por el sujeto, total de aciertos, omisiones, comisiones, efectividad total de las pruebas y media de concentración. Su edad de aplicación es bastante amplia, es decir, de los 6 a los 80 años, por tanto, la podemos utilizar tanto con niños como con adultos. Tiempo de aplicación: 8-10 minutos.

**Test de Percepción de Diferencias (CARAS-R) (Thurstone &Yela, 2012):** este test permite evaluar la aptitud que posee el sujeto para percibir de una forma rápida y correcta las semejanzas y diferencias que tienen unos determinados patrones de estimulación que se encuentran parcialmente ordenados. CARAS-R consta de 60 elementos gráficos formados por 3 dibujos esquemáticos de caras con boca, cejas y pelo, por tanto, la tarea consiste en tachar la cara que es diferente a las dos restantes. Su aplicación puede ser individual o colectiva.

### Discusión y conclusiones

Tras realizar esté estudio y haber dado respuesta a los objetivos expuestos, finalizamos el desarrollo de esta comunicación con las siguientes reflexiones y conclusiones.

Se considera de vital importancia el cuidado gestacional por parte de la madre gestante. Que el TDAH sea una realidad es, en parte, a causa de los factores ambientales presentes durante el embarazo, alcohol, tabaco, fármacos u otro tipo de drogas están en el punto de mira como desencadenantes ambientales del TDAH y de cualquier otro tipo de patología, que pueda surgir durante el embarazo. El cuidado de la gestante durante este periodo es por tanto primordial para la salud del feto.

Los problemas a los que se exponen los niños con TDAH son numerosos, destacando aquellos que surgen en el ámbito escolar, familiar y social. Sus problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad los lleva a presentar problemas conductuales que no son adecuados en determinados escenarios como el aula, ambientes familiares o sociales. Muchos niños sufren a causan de estos comportamientos bajas calificaciones en la escuela, discusiones familiares con padres o hermanos e incluso rechazo por parte de sus compañeros, lo que los lleva a sufrir en

muchas ocasiones alteraciones psicológicas, así que la terapia psicológica es la más adecuada en estos casos.

Según lo mencionado en la anterior conclusión, se considera que es primordial la buena formación de los docentes en este trastorno, y por supuesto en cualquier otro tipo de trastorno que pueda surgir durante la edad académica. Los profesionales educativos son la guía y referencia de los niños fuera de casa y su ayuda será uno de los principales pilares en la intervención de cualquier tipo de trastorno. La formación del profesorado en el TDAH les permitirá conocer más en profundidad las características que presentan estos sujetos, de este modo podrán adaptar sus enseñanzas a ellos y conseguir las calificaciones esperadas por todos.

Al igual que el profesorado, la familia es otro de los principales pilares para estos niños. Es muy importante también que la familia tenga una buena formación en el trastorno, de este modo será más fácil la adaptación en casa y se podrán evitar determinados conflictos familiares. A causa de estos conflictos familiares en muchas ocasiones será recomendada la terapia psicológica también para las familias. Los familiares serán los aliados directos para cualquier profesional que esté incluido en la intervención del niño/a.

La evaluación de este trastorno es extensa, puesto que se tienen que evaluar muchas áreas y llevaría varias sesiones hacer este paso. Por eso, se han escogido una serie de pruebas cuya administración es de corta duración y que nos ofrece unos datos adecuados para el diagnóstico. La evaluación elegida es bastante completa, ya que, nos permite obtener datos de todas las características del sujeto. Es importante comenzar con una buena anamnesis y recogida de datos, para seguir con la evaluación de funciones ejecutivas, inteligencia y atención. En este punto es muy importante la colaboración de las familias y el profesorado, por eso se opta por pasar también unas pruebas de screening.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Baraskewich, J., & Climie, E.A. (2022). The relation between symptoms of ADHD and symptoms of eating disorders in university students. *Journal of General Psychology*, 149, 405-409. DOI 10.1080/00221309.2021.1874862
- Brickenkamp, Schmidt-Atzert, L. & Liepmann, D. (2012). Test de Atención-Revisado (d2-R). TEA Ediciones.
- Conners, C.K. (2003). Conner's Rating Scales-revised /CRS-R). *Technical manual*. Multi-Health Systems.
- Cristofori, I., Cohen-Zimmerman, S., & Grafman, J. (2019). Executive functions. *Handbook of clinical neurology*, 163, 197–219. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804281-6.00011-2>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315–335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
- Farré, A., & Narbona, J. (2013). Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Madrid, Spain: TEA.
- Giorgia, G.A., Isquith, P.K. Guy, S.C. & Kenworthy, L. (2017). BRIEF-F. Evaluación conductual de la función ejecutiva 2. Tea Ediciones.
- Kirk, S.A., McCarthy, J.J., & Kirk, W.D. (2004). Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA). Tea Ediciones.

- Parellada M. (2009). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Alianza Editorial.
- Plomin, R., & von Stumm, S. (2018). The new genetics of intelligence. *Nature reviews. Genetics*, 19(3), 148–159.  
<https://doi.org/10.1038/nrg.2017.104>
- Poissant, H, Rapin, L, Chenail, S, Mendrek, A. Forethought in youth with attention deficit/ hyperactivity disorder: An fMRI study of sex-specific differences. *Psychiatry J.* 2016; 2016:1-8.
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 395(10222), 450–462.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Salinas, H., Valdés, E. & Carmona, S. (2003). Screening genético antenatal para la detección de aneuploidias. *Scielo* 68 (6), 529-535.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600014>
- Sánchez-Muñoz de León, M. (2017). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Autorregulación Emocional y Funciones Ejecutivas. [Tesis Doctoral, Universidad de Málaga]. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA).
- Santacreu-Mas, J., Shih Ma, P.C. & Quiroga, M.A. (2011). Test de Discriminación Visual Simple de Árboles (DIVISA). TEA Ediciones.
- Santana-Vidal, P., Gatica-Ferrero, S. & Valdenegro-Fuentes, L. (2020). Evidencia de sobrediagnóstico en el TDAH en base a evaluación neuropsicológica: un estudio en escolares. *Psicogente* 23(44), 1-20. <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3587>
- Soutullo-Esperón C, & Mardomingo-Sanz M. (2010). Manual de psiquiatría del niño y adolescente. Editorial Médica Panamericana. p. 55-78



Swanson, Nolan & Pelham. (2001). SNAP-IV

Thurstone, L.L. & Yela, M. (2012). Test de Percepción de Diferencias (CARAS-R). TEA Ediciones.

Weschler, D. (2015). Escala de inteligencia Weschler para niños (WISC-V).  
Pearson.

# **INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS EN UN CASO DE DOLOR GENITO-PÉLVICO/PENETRACIÓN**

Valderrama-Rodríguez, M.<sup>a</sup> Fernanda<sup>1</sup>, Sánchez-Sánchez, Laura C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Almería

<sup>2</sup>Universidad de Granada

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a:

**Valderrama-Rodríguez, M<sup>a</sup> Fernanda, Ctra. Sacramento, s/n, 04120  
La Cañada, Almería, España, mvr243@inlumine.ual.es.**

## **Introducción**

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) se fusionaron el vaginismo y los trastornos por dolor (dispareunia) en una categoría denominada: "Dolor genito-pélvico/ penetración". Esta decisión ha sido bastante polémica dentro del capítulo de Trastornos Sexuales, dado que mientras el vaginismo hace referencia a un tipo específico de dolor o situación relacionado con espasmos musculares perivaginales, también es posible experimentar dolor sin necesidad de este evento y viceversa (Cabello et al., 2015; Campo-Arias y Herazo, 2018; La Calle, 2019). Los trastornos de dolor sexual suelen tener similitudes con los trastornos de dolor crónico, puesto que en ambos se evidencia una reacción psicológica que intensifica las sensaciones físicas (Meston y Bradford, 2007).

El trastorno por dolor genito-pélvico/penetración es una problemática que afecta a un 40% de las mujeres de la población mundial y ocupa la tercera causa de disfunciones sexuales femeninas, afectando a mujeres tanto en etapas reproductivas como post-reproductivas; dificultando o imposibilitando la actividad sexual que involucra penetración, debido a dolor intenso y/o contracciones musculares involuntarias (McCool et al., 2016; Muñoz et al., 2024; Schvartzman et al., 2019).

El impacto de esta problemática puede afectar gravemente al bienestar emocional y la calidad de vida de las mujeres. Se ha observado niveles significativos de ansiedad en mujeres que sufren dolor sexual (Corretti y Baldi, 2007). No obstante, cabe destacar que no todas las mujeres con ansiedad sexual también padecen dolor durante la actividad sexual. En todo caso, algunos autores han apuntado que la

presencia de ansiedad es un factor importante en el mantenimiento del dolor asociado a la actividad sexual (Meston y Bradford, 2007).

Otras de las consecuencias señaladas tras sentir dolor sexual, puede ser que la mujer presente dificultades para someterse a exámenes sanitarios como la citología, ecografías transvaginales o a la exploración ginecológica; de igual forma, puede llegar a impedir la fecundación de forma natural (Cabello, 2010). Dada la complejidad del dolor sexual es importante realizar una evaluación desde una perspectiva biopsicosocial, comprendiendo factores biológicos, psicológicos, individuales, relacionales de pareja y sociales (Castelo- Branco y Molero, 2019).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), los siguientes criterios indican el Trastorno de Penetración por Dolor Genito-pélvico:

A. Dificultad persistente o recurrente con uno o más de los siguientes:

1. Penetración vaginal durante el encuentro sexual.
2. Dolor pélvico o vulvovaginal notable durante un coito vaginal o intento de penetración.
3. Miedo o ansiedad notable anticipatorio al dolor o como resultado de la penetración vaginal.
4. Tensión o contracción notable de los músculos del suelo pélvico durante el intento de la penetración vaginal.

B. Los síntomas del criterio A deben ser recurrentes y coexistir por lo menos durante seis meses.

C. Los síntomas del criterio A causan angustia significativa en la mujer que lo padece.

D. La disfunción no se explica por otro problema de salud mental, ansiedad, abuso de sustancias u otra condición médica. (American Psychiatric

Association, 2013, p. 437)

Especificar:<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> Si es de toda la vida, primaria, adquirida o secundaria.

Especificar: Generalizada Situacional.

Especificar severidad actual: Leve<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> Moderada<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> Severa.

Según la evidencia, se ha comprobado que las mujeres que presentan dolor sexual informan de una sensación punzante, quemante o dolorosa al tocar el área cercana a las regiones vaginal y uretral (Meston y Bradford, 2007).

Ocasionalmente estos trastornos pueden ser la causa del dolor durante las relaciones sexuales; en algunos casos, la falta de lubricación vaginal puede estar relacionada con un trastorno en la excitación sexual, ya que esto podría generar fricción, resistencia y rasgaduras. Por consiguiente, la situación acaba convirtiéndose en un círculo vicioso, donde el dolor puede producir falta de lubricación y la falta de lubricación más dolor. De este modo, aquellas terapias que vayan encaminadas a romper ese círculo vicioso a través de una mayor conciencia corporal y relacional pueden repercutir positivamente en la mejora de esta problemática.

### **¿Qué es Mindfulness?**

El término Mindfulness proviene de la palabra Pali "Sati", que no dispone de una traducción directa al español (García-Campayo et al., 2015). No obstante, su significado hace referencia a la atención plena o conciencia plena; reconociendo el momento presente actual con integridad en cuanto a los pensamientos, acciones y sensaciones experimentadas tanto interna, como externamente; sin emitir juicios valorativos, mediante apertura y aceptación radical (Sánchez- Sánchez et al., 2021; Sánchez- Sánchez y Valderramma, 2022). Como terapia, se suele traducir como Terapia basada en la Toma de Conciencia/Ser Consciente (Segal et al., 2002).

Aunque la práctica de Mindfulness tiene una historia de más de 2.500 años, Jon Kabat-Zinn desarrolló una versión adaptada al contexto occidental, inicialmente como intervención para pacientes con dolor crónico. Este programa se denominó

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), traducir al español como Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness. Este programa, aunque al inicio fue pensado para promover la reducción del estrés, pronto fue usado en otras problemáticas, ya que se empezaron a evidenciar diversos efectos positivos en la calidad de vida de las personas. Estos beneficios clínicos fueron refrendados por investigaciones concienzudas que detallaron cambios a nivel neurológico y en resultados de corte más cualitativo, como la percepción subjetiva de un nivel de bienestar más alto desde la práctica de Mindfulness en comparación a cuando no se practicaba (García- Campayo et al., 2015; Kabat- Zinn, 1990,1994, 2007; Sánchez- Sánchez et al., 2021; Sánchez- Sánchez y Valderrama-Rodríguez, 2022; Valderrama-Rodríguez et al., 2023). Si bien Mindfulness posee sus cimientos en el budismo, no tiene connotación religiosa, es decir, la práctica de Mindfulness no conlleva devoción por alguna tradición espiritual o religiosa.

Dentro de los principios que establece Kabat- Zinn en 1990, se encuentran:

1. No juzgar: Supone adoptar el hecho de que no hay experiencias buenas o malas, ser un observador neutral de los contenidos de la experiencia presente.
2. Paciencia: Implica el respeto hacia la secuencia natural de los sucesos, sin intentar ejercer influencia sobre ellos ni apresurarlos.
3. Mente de principiante: Se trata de acercarnos a las experiencias y emociones tal y como son, sin dejar que influyan nuestras experiencias previas en el momento presente con actitud abierta, sin prejuicios ni expectativas.
4. Confianza: Se trata de saber escuchar a nuestra intuición y de tener el discernimiento para proceder de la manera que nos parezca adecuada, sin esperar a que alguien más nos dé una indicación. Creer en nosotros mismos.
5. No esforzarse: Se refiere a no perseguir resultados concretos con la práctica de la meditación.

6. Aceptación: El camino de la meditación Mindfulness pretende adoptar la aceptación de manera intencional, desde los primeros momentos. Se refiere a ver las cosas como son en el presente sin apego a las experiencias y emociones agradables ni rechazo a las experiencias y emociones que resultan desafiantes.

7. Ceder: Se trata de “dejar que nuestra experiencia sea la que es, aceptarla así y practicar observándola en cada momento” (Kabat-Zinn, 1990).

Mindfulness no sólo se puede entender como un estado, sino también como una tendencia disposicional o rasgo estable (Harvás, 2016). Entre las principales características de Mindfulness como estado se encuentran las actitudes, dentro de las cuales cabe destacar la curiosidad, la apertura y la aceptación hacia el objeto de observación (Bishop et al., 2004).

La mayoría de los occidentales realizan sus actividades cotidianas de modo automático, es decir, a veces no se presta atención a las actividades más simples y/o a las actividades más complejas que se realizan durante el día, se pierde mucho de la experiencia (interna y/o externa) presente, sea cual sea. Pasan inadvertidas muchas de las cualidades de la experiencia, se proporciona gran valor a los pensamientos que surgen como si de verdades se trataran; se rechazan experiencias difíciles y hay gran apego a experiencias valoradas como positivas; se piensa en exceso en el pasado o en el futuro y, en conclusión, no se extrae y se vivencia la experiencia como potencialmente se podría captar .

## **Mindfulness y sexualidad**

En el ámbito de la sexualidad, al igual que en otras áreas, se han utilizado los protocolos iniciales originales como MBSR (Kabat-Zinn, 1970) o MBCT (Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression, MBCT, Segal et al., 2002). Sin embargo, también se han ajustado estas intervenciones específicamente para este

campo creando nuevos "protocolos", los cuales tienen una duración desde 2 sesiones hasta 12. Estos protocolos se han aplicado en muestras con y sin relevancia clínica y han tenido efectos estadísticamente significativos en la vivencia de la sexualidad de las personas que han asistido con un cumplimiento mínimo del 80% de entrenamiento.

En cuanto a los estudios realizados en mujeres, se ha encontrado que son múltiples y vastos los hallazgos tras la práctica de Mindfulness en la sexualidad, ya que Mindfulness se presenta como un tratamiento no invasivo de las disfunciones sexuales (de Jong, 2009). Por ejemplo, se ha encontrado que mediante la práctica de Mindfulness hay mejoría en la atención sostenida y menor autojuicio (Silverstein et al., 2011). De igual manera, potencia la lubricación, el orgasmo y la disminución del dolor asociado a la actividad sexual en mujeres que no han sido diagnosticadas de una enfermedad de base orgánica (Leavitt et al., 2020).

Las mujeres que presentan bajo deseo sexual pueden tomar mayor consciencia de los cambios físicos que se experimentan durante la excitación sexual, lo que puede aumentar y mantener su excitación y deseo subjetivos (Brotto, 2017). Al realizar comparaciones entre mujeres que meditan y mujeres que no lo hacen, se ha encontrado que aquellas que siguen una práctica continua, tienen una mejor salud mental general, mayores puntuaciones en funcionamiento sexual y mayor nivel de deseo sexual (Dasclau y Brotto, 2018). En esta misma línea, se ha encontrado evidencia en cuanto a intervenciones basadas en Mindfulness para tratar el dolor genito-pélvico/penetración, logrando la reducción de la anticipación al dolor (Brotto, 2014; Darnell, 2021; Dunkley y Brotto, 2016;).

Un estudio de revisión realizado por Durna y colaboradores, identificó que, tras la práctica de Mindfulness en mujeres, mejora el funcionamiento sexual, el deseo, la excitación y la concordancia entre excitación mental y genital, el orgasmo y



la satisfacción sexual, entre otras (Duma et al., 2020). Del mismo modo, se ha encontrado que disminuye la angustia sexual, aumenta la satisfacción con la relación de pareja y disminuye la rumia asociada a la sexualidad (Brotto et al., 2021). Por todo ello, las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI-Mindfulness Based Interventions- por sus siglas en inglés) se consideran un adecuado tratamiento de elección para el caso que aquí se presenta.

## **Caso clínico**

### **Consideraciones éticas**

La consultante aceptó y entendió el consentimiento firmado suministrado para realizar las intervenciones descritas en este capítulo. Así mismo, la consultante aceptó hacer uso de la información recolectada referente a su caso para publicaciones y divulgación científica, siempre y cuando se garantizara la absoluta confidencialidad de la consultante.

Esta publicación cuenta con los requisitos éticos necesarios para la investigación con humanos, según la normativa de la Declaración de Helsinki, asumida por World Medical Association en 1964 y sus actualizaciones posteriores. El tratamiento de estos datos con fines divulgativos se hará anónimamente, según la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018, de 5 de diciembre de España y la Ley 1581 de 2012 se expidió el Régimen General de Protección de Datos Personales de Colombia.

### **Caso**

Se trata de una mujer de 29 años que asiste a una clínica privada de la ciudad de Bogotá, Colombia por insistencia de su pareja. Accede a iniciar el proceso ya que teme que se termine su relación de pareja si no hace algo para mejorar. Se trata de una profesional en administración de empresas y menciona que su trabajo implica trabajo de campo, donde tiene que permanecer de pie durante largos periodos de

tiempo. Mantiene una relación de pareja estable desde hace 4 años con convivencia, es nulípara y evitativa ante los encuentros sexuales (último encuentro sexual hace cuatro meses). Como motivo de consulta reporta: “Tengo temor en las relaciones sexuales con la penetración, tengo miedo a sentir dolor en las revisiones médicas, no me he hecho nunca una citología. También tengo miedo en otras cosas como hablar en público, hablar con gente desconocida y esto afecta”.

La consultante se encuentra en buenas condiciones generales, afebril e hidratada. En la evaluación general realizada la paciente está alerta, consciente, en la esfera mental sin alteraciones, tiene una fuerza muscular de 5/5, sensibilidad simétrica sin alteraciones, pares craneales normales, lenguaje sin alteraciones y sin signos meníngeos. Su índice de Masa Corporal es de 26, dentro de la normalidad. Sus ruidos cardiacos son rítmicos, de buen tono e intensidad sin soplos ni agregados y con llenado capilar distal inmediato. Su abdomen se encuentra no distendido, peristalsis positiva, efectiva, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin evidencia de signos de irritación peritoneal y no se palpan masas ni megalias.

### ***Evaluación ginecológica***

En la revisión ginecológica se descartan enfermedades orgánicas que pueden afectar su función sexual. Se descartan procesos endocrinos. Tras la evaluación con los análisis clínicos, no se identificaron alteraciones en: la hormona luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH), vitamina D, testosterona total, estradiol, prolactina, colesterol (HDL), colesterol (LDL), colesterol total y triglicéridos. No reporta consumo de drogas o fármacos, ni hace uso de anticonceptivos orales. No tiene antecedentes cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, enfermedad renal, enfermedad hepática, enfermedad gastrointestinal. La consultante no reporta diabetes mellitus, dislipidemias y trastornos tiroideos.

Tampoco tiene historia de enfermedades de transmisión sexual, antecedentes genitourinarios, psiquiátricos, farmacológicos, hospitalizaciones, ni historial quirúrgico y antecedentes neurológicos. Indica llevar a cabo una práctica deportiva de alto impacto, con una ejecución regular de 4 días a la semana.

No se logra realizar exploración ginecológica ni colocación de espéculo, ante la alta ansiedad que presenta la consultante. Ante la evaluación visual, la profesional identifica fisuras en el introito vaginal. La profesional en ginecología solicita interconsulta en sexología clínica y fisioterapia con el fin de poder realizar la exploración.

### ***Evaluación fisioterapéutica***

En cuanto a la evaluación en fisioterapia, la consultante refiere dificultades en la lubricación vaginal y dolor durante las relaciones sexuales. No hay pérdidas de orina en ninguna actividad de esfuerzo ni tampoco incontinencia fecal. Se logra realizar inicialmente evaluación de anamnesis y exploración visual, pero la consultante no permite exploración física.

### ***Evaluación en sexología y psicología***

En cuanto a la evaluación sexológica, la consultante reporta el dolor como quemante en el introito vaginal, que se mantiene durante el encuentro sexual y permanece la sensación durante días después de la actividad sexual. Indica que ha presentado esta dificultad durante toda su vida, lo cual ha impedido no solo la actividad sexual sino también las revisiones médicas. Revela que la primera vez que sintió dolor fue colocándose un tampón, agrega: “Me sentí muy nerviosa, me tensioné toda, lo intenté y sentía dolor, mi mamá me presionó para que me lo colocara porque ella lo veía más higiénico que usar toallas. Desde ahí fue una tortura”. La consultante no evalúa la sexualidad como un área relevante, placentera o satisfactoria en su vida, menciona que es más un “trabajo que corresponde a

responder a mi pareja”, lo que es reforzado por su contexto religioso. La consultante no ha sufrido abuso o violencia sexual en su infancia y/o adolescencia. Sin embargo, manifiesta experiencias traumáticas con parejas anteriores, quienes la presionaron a realizar prácticas sexuales que no deseaba. También ejercían violencia psicológica sobre ella al no acceder a tener relaciones sexuales cuando ellos lo requerían. Este hecho hacía que terminaran la relación de pareja.

Presenta ansiedad de rendimiento ante el encuentro sexual, configurada con pensamientos anticipatorios, rumia, altruismo excesivo (focalización en el placer de su pareja más que en su propio placer) y comportamientos compensatorios tras el encuentro sexual. Se identifica deseo sexual reducido con presencia de deseo sexual hacia su pareja (deseo sexual con objeto). No presenta fantasías sexuales, pensamientos eróticos ni ensoñaciones. Se identifica tendencia a mantener estrategias que afectan a su respuesta sexual, como el uso de autoinstrucciones y distracción de lo erótico. Posee escasa excitación subjetiva, indica que los pensamientos más persistentes durante el encuentro sexual son: “Esto me va a doler mucho”, “Ojalá esto acabe pronto”, “Ojalá no quede tan resentida”, “Me tengo que relajar y permitir que me penetre”, “No quiero hacer esto”. La consultante reza durante el encuentro sexual para no sentir dolor, se concentra en sonidos ambientales distales, piensa en las actividades pendientes para el siguiente día o se da autoinstrucciones para discimular el dolor o piensa en actividades que pueda ejecutar y que sean satisfactorias para su pareja. Se le dificulta identificar los inhibidores y excitadores sexuales, dado que se identifica alta erotofobia. La consultante nunca ha explorado sus genitales, evita observar su cuerpo y sobre todo su vulva. La consultante no practica la masturbación y a lo largo de su vida no ha tenido un orgasmo.

En la evaluación psicológica, la consultante se muestra ansiosa y reporta que la ansiedad se presenta en su área laboral, familiar, social y de pareja; lo que le ha traído consecuencias importantes, por ejemplo, perder trabajos por no poder exponer sus ideas en público o atender proyectos donde tenía que establecer conversaciones con personas desconocidas. Se muestra desconfiada con compañeros de trabajo o personas desconocidas, lo que le impide forjar amistades duraderas. Tiene una red de apoyo reducida, que en gran parte se relaciona únicamente con su familia nuclear.

La consultante realiza constantes juicios de valor sobre ella y usa absolutos para ejemplificar situaciones o para referirse a sí misma. Se muestra inflexible ante ideas dialécticas que le presenta la terapeuta. La consultante es autocrítica, se compara con constancia con otras mujeres, tanto a nivel intelectual como en la imagen corporal y le da importancia a la evaluación social, en especial a la de su madre y su pareja. Se identifica un locus de control interno, dificultad al gestionar la culpa, dificultad en habilidades sociales básicas y complejas y dificultad en la toma de decisiones.

En cuanto a la evaluación de la relación de pareja, se identifica escasa comunicación sexual en pareja, con tendencia a evitar el tema. Menciona una reciente infidelidad por parte de él, que están abordando con terapia de pareja. La consultante reporta verbalizaciones constantes sobre la alta insatisfacción sexual por parte de su pareja, quien se muestra poco comprensivo y la presiona a mantener relaciones sexuales con frecuencia, a pesar de que ella le menciona el dolor que persiste y del proceso emocional que está atravesando para perdonar la infidelidad.

### ***Instrumentos de evaluación***

Por las características del caso, a la consultante se le suministran las siguientes escalas de evaluación:

### **Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS; Stulhofer, Busko y Brouillard, 2010)**

En este caso se aplicó la Nueva Escala de Satisfacción Sexual en su forma abreviada validada en España (Strizzi et al., 2015). Se trata de un instrumento de 12 ítems que evalúa la satisfacción sexual global independientemente del género, la orientación sexual o el estado civil. Se valora con una escala Likert de 1 a 5 (1 = nada satisfecho, 5 = extremadamente satisfecho) (Stulhofer et al., 2010, 2011).

### **Índice de Satisfacción Sexual de Hudson (ISS; Hudson et al., 1981)**

Se empleó la versión española publicada en Crooks y Baur (2000), que está compuesta por 25 ítems que evalúan el grado de satisfacción sexual con la pareja dentro de una relación. Este instrumento se responde con una escala tipo Likert que va desde 1 (nunca) a 5 (siempre). Al igual que la anterior escala, su interpretación es que a mayor puntuación, mayor satisfacción sexual.

### **Índice de Función Sexual Femenina (FSFI; Rosen et al., 2000)**

Se utilizó la versión validada en Colombia, que cuenta con 19 ítems, relacionada con las siguientes dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo y dolor. Se contesta con una escala tipo Likert de 0 a 5, si bien el significado de cada valor varía según la pregunta. La puntuación total se obtiene sumando las 6 puntuaciones totales obtenidas de cada factor, se debe sumar las puntuaciones de cada ítem para obtener el valor del factor correspondiente y multiplicar dicho resultado por el dominio del factor. Puntuaciones totales inferiores o iguales a 26 indican la presencia de una disfunción sexual. (véase Vallejo-Medina et al., 2017).

### **Escala de Conciencia Corporal (SBC; Price, 2007).**

Se empleó en el estudio de la versión validada al castellano (Quezada-Berumen et al., 2014), que está compuesta por 20 ítems que puntúan en una escala tipo Likert desde 0 (nada en absoluto) a 4 (todo el tiempo). Existen dos factores

independientes incluidos en esta escala, el primero es la Conciencia Corporal, que evalúa la atención consciente a las señales sensoriales que indican el estado corporal y el segundo factor denominado Disociación Corporal, que al evalúa la desconexión corporal o la separación de las experiencias emocionales. Su interpretación es que a mayor puntuación, mayor es el grado de Conciencia Corporal o de Disociación Corporal.

### **Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ; Baer et al., 2006)**

Se aplicó la versión validada en castellano (Cebolla et al., 2012).

El cuestionario original en inglés es un autoinforme de 39 ítems que evalúa atención plena a partir de cinco facetas denominadas Observación, Descripción, Actuar con Conciencia, Ausencia de Juicio y Ausencia de Reactividad. Los participantes deben responder cada ítem en una escala Likert con un rango de 1 (nunca o muy raramente verdad) a 5 (muy a menudo o siempre verdad). La puntuación mínima del Cuestionario es de 39 puntos y la máxima de 195 puntos.

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988)**

Se aplicó la validación en castellano de Sanz et al. (2012) y consta de 21 preguntas con modalidad de opción múltiple y permite evaluar el grado de ansiedad tanto en niños como adultos. Está compuesto por dos dimensiones relacionadas entre sí: la somática y la dimensión afectivo-cognitiva. Se evalúa mediante una escala tipo Likert desde 0 a 3 puntos y se corrige sumando directamente toda la puntuación, obteniendo un total que oscila entre 0 a 63 puntos. El puntaje de 0–21 corresponde a Ansiedad muy baja; de 22–35 corresponde a Ansiedad moderada y de más de 36 a Ansiedad severa.

### **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE; Spielberger & Diaz-Guerrero, 1975)**

Esta escala evalúa la ansiedad de estado y de rasgo, consta de veinte afirmaciones para la escala A-Rasgo y 20 afirmaciones para la escala A-Estado. Se responde con una escala tipo Likert desde 1 (casi nunca) hasta 4 (casi siempre). Por tanto, la puntuación total de cada subescala oscila entre 20 y 80 puntos. El puntaje menor a 30, corresponde a nivel de ansiedad bajo; de 30 a 44, corresponde a un nivel de ansiedad medio y puntajes mayores a 45, corresponden a un nivel de ansiedad alto.

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996)**

Se utilizó la validación realizada por Brenlla y Rodriguez (2006). El BDI-II es un inventario de autoinforme que consta de 21 ítems, que evalúan la presencia de síntomas depresivos. Cada ítem está compuesto por 4 oraciones que se puntúan con una escala de 4 puntos, desde 0 a 3. La participante habrá de elegir aquella alternativa que mejor se ajuste a su estado general durante las últimas semanas. La puntuación total de la escala oscilará, por tanto, entre 0 y 63. El puntaje de 0-13, corresponde a mínima depresión; de 14-19, depresión leve; de 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

## **Procedimiento**

### **Intervención multidisciplinar**

#### ***Intervención ginecológica***

La profesional realiza el diagnóstico según el DSM-V como: Dolor genito-pélvico/penetración. Prescribe a la consultante Bupropión y L- Arginina. Le recomienda la utilización de lubricantes de base acuosa y de dilatadores vaginales

La ginecóloga realiza un ejercicio de reconocimiento y explicación de sus órganos genitales haciendo uso de un espejo y de diferentes modelos anatómicos. La consultante menciona durante el ejercicio: “No me gusta ver eso, es feo. Nunca me había visto, pero eso no es muy atractivo”. Tras varios intentos por parte de la



ginecóloga de realizar los procedimientos médicos sin éxito y no notar avance en la intervención, el caso se lleva a junta médica y se toma la decisión de solicitar interconsulta con fisioterapia y sexología/psicología, con el fin de lograr disminución de la ansiedad en sus diferentes áreas de ajuste, en especial la ansiedad relacionada con la sexualidad; de tal manera que se pueda realizar exploración física y los procedimientos médicos requeridos.

Al avanzar en la asistencia de las citas de sexología/psicología y fisioterapia, la profesional en sexología propone a la médica ginecóloga acompañar con el uso de ejercicios de Mindfulness durante las citas de control que requieran realizar la exploración física, lo que resulta en la posibilidad de la valoración completa con colocación de espéculo, además de toma de muestras. Para realizar este acompañamiento se le solicita a la consultante firmar un consentimiento donde se estipulan las bases y condiciones de este procedimiento poco habitual. Se le explica que la sexóloga estará dirigiendo el ejercicio de Mindfulness a espaldas de la cama ginecológica, sin observar en ningún momento el procedimiento ginecológico, con el fin de resguardar la privacidad de la consultante, pero obteniendo retroalimentación de la profesional durante todo el proceso. De este modo, se respeta el ritmo natural requerido por la consultante para realizar los ejercicios y a su vez se permite la exploración física. Este procedimiento se repitió durante cinco citas de control que se llevaban a cabo con una periodicidad de quincenal a mensual, incluyendo la cita donde se explicó y se entrenó a la consultante en la colocación de los dilatadores vaginales.

Tras la palpación, se identificó una contractura en la musculatura del piso pélvico, específicamente, en el músculo elevador del ano y se identificaron puntos gatillo. Para finalizar la intervención se realizaron cinco sesiones de aplicación de Láser Co2 fraccionado, con el fin de regenerar los tejidos y favorecer la lubricación.

### ***Intervención fisioterapéutica especializada en suelo pélvico***

La profesional prescribe el uso de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea o Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) de 7000 electrodos bilaterales. La técnica implica la administración de corriente eléctrica mediante electrodos adheridos a la piel con el propósito de aliviar o eliminar las sensaciones dolorosas.

El uso del TENS se suministró con los siguientes parámetros:

- Modo: Modulación
- Amplitud de onda: 200 microsegundos
- Frecuencia: 40 Hz
- Tiempo: 60 minutos

A la consultante se le hizo entrega de la documentación con instrucciones detalladas y se realizaron controles de quincenales a mensuales. El tiempo mínimo de uso recomendado del TENS para la consultante fue de 12 semanas de forma diaria y continua, contando con una aceptable adherencia al tratamiento. La profesional, adicionalmente, intervino en la postura, el diafragma y la respiración. También le recomendó el masaje perineal, ejercicios de relajación global y ejercicios de relajación del suelo pélvico. Por último, indicó el uso de dilatadores vaginales y realizó recomendaciones para mantener el progreso alcanzado.

### ***Intervención sexológica y psicológica***

Desde la intervención sexológica, por medio de la anamnesis, la observación directa, entrevista estructurada, entrevista semiestructurada, cuestionarios y auto registros de conducta; se realizó la identificación de los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores, desde los factores: biológico, psicológico y social. A continuación, en la Tabla 2 se describe en detalle, desde el modelo biopsicosocial,

lo identificado dentro del caso (Engel, 1977) (véase Tabla 2). La consultante asistió con constancia semana a semana con una alta adherencia al proceso de intervención.

**Tabla 2**

*Modelo de enfoque biopsicosocial de Engel explicativo del caso.*

| Factor                | Biológico                                                   | Psicológico                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                            | Social                                                                                   |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                                             | Individual                                                                                                                                                                                                                                      | Relacional                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                          |
| <b>Predisponente</b>  | -Ansiedad como rasgo<br>-Padres con tendencia a la ansiedad | -Invalidación de sus emociones desde pequeña<br>-Situaciones traumáticas relacionadas con la sexualidad con parejas anteriores.                                                                                                                 | -Infidelidad por parte de parejas anteriores<br>-Parejas que ejercen presión para tener relaciones sexuales                                                                                                                | -Escasa red de apoyo<br>-Creencias religiosas relacionadas con pecado ante la sexualidad |
| <b>Desencadenante</b> | No identificado                                             | - Creencia de que su relación puede terminar si no mejora en la sexualidad.                                                                                                                                                                     | -Relación de pareja con dificultades en la comunicación, temas y polarización<br>-Infidelidad por parte de su pareja<br>-Presión por parte de la pareja para mejorar la frecuencia y su performance en la actividad sexual | -Dificultades laborales<br>-Dificultades familiares                                      |
| <b>Mantenedor</b>     | -Disfunción del suelo pélvico                               | -No hay reconocimiento de sus genitales<br>-Sexualidad como área poco relevante<br>-Alta autocrítica<br>-Inflexibilidad psicológica<br>-Escasa tolerancia al malestar<br>-Alta evitación experiencial<br>-Dificultad para regular sus emociones | -Pareja ambivalente en el apoyo ante la dificultad emocional y sexual.<br>-Comparación constante con otras mujeres                                                                                                         | -Refuerzo secundario del entorno<br>-Escasa red de apoyo                                 |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  | -Déficit en habilidades sociales y complejas<br>-Errores de procesamiento<br>-Autoesquemas afectados (autoestima, autoeficacia)<br>-Déficit en conciencia corporal<br>-Déficit en el reconocimiento de inductores internos y externos<br>-Erotofobia<br>-Déficit en comunicación sexual asertiva<br>-Monotonía en la vivencia de la sexualidad<br>-Déficit en toma de decisiones |  |  |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

El orden del proceso terapéutico se ideó con el fin de que el avance fuera progresivo, respetando los tiempos requeridos por la consultante para dar respuesta al proceso de intervención diseñado por los diferentes profesionales. Durante todo el proceso de intervención, se mantuvo una comunicación constante entre los profesionales, con el fin de realizar los ajustes permitentes que encajaran con el avance de la consultante, con las temáticas tratadas y los ejercicios recomendados; así como también, solventar desafíos dentro del proceso de intervención. A continuación, se describe en detalle las metas terapéuticas y la descripción de las actividades realizadas en sesión desde los hallazgos del proceso de evaluación previamente señalados en la Tabla 2 (véase Tabla 3).

**Tabla 3**

*Metas terapéuticas, descripción de las actividades realizadas en sesión.*

| <b>Metas terapéuticas</b>                                                    | <b>Descripción de la actividad</b>                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Favorecer la adherencia al proceso terapéutico                               | Presentación de la formulación                                                                                     |
|                                                                              | Psicoeducación en sexualidad                                                                                       |
|                                                                              | Psicoeducación frente a la problemática.                                                                           |
|                                                                              | Psicoeducación de ansiedad                                                                                         |
|                                                                              | Psicoeducación frente a la naturaleza de las emociones                                                             |
|                                                                              | Psicoeducación sobre el papel de la evitación                                                                      |
| Aumentar la tolerancia del malestar y la regulación emocional                | Psicoeducación en Mindfulness                                                                                      |
| Aumentar la conciencia corporal                                              | Ejercicios de Mindfulness (véase tabla 4)                                                                          |
|                                                                              | Psicoeducar en etiquetación de pensamientos.                                                                       |
|                                                                              | Exposición a la activación fisiológica                                                                             |
|                                                                              | Ejercicios de exposición a la ansiedad                                                                             |
|                                                                              | Ejercicios de reconocimiento de sus genitales                                                                      |
| Lograr que la consultante valore de forma realista la activación fisiológica | Durante la exposición se realiza identificación y defusión de pensamientos catastróficos                           |
| Favorecer la intimidad emocional en pareja y el perdón de la infidelidad     | Psicoeducación en perdón, reparación y reconciliación                                                              |
| Déficit en comunicación sexual asertiva                                      | Proceso de perdón                                                                                                  |
|                                                                              | Ejercicios de separación unificada del problema y unión empática (habilidades de la Terapia Integrativa de Pareja) |
|                                                                              | Intercambio conductual                                                                                             |
|                                                                              | Entrenamiento en comunicación asertiva de pareja y comunicación sexual                                             |
|                                                                              | Solución de problemas en pareja                                                                                    |
|                                                                              | Juego de roles                                                                                                     |

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Déficit en inductores internos                                       | Entrenar en imágenes eróticas: fantasías sexuales<br>Entrenamiento en imágenes eróticas con autoexploración corporal                                                                                       |
| Déficit en inductores externos<br><br>Aumentar la creatividad sexual | Guion sexual en pareja<br><br>Mapa erótico incorporando los incitadores eróticos<br><br>Entrenamiento en creatividad erótica, focalización sensorial, variantes coitales y plan de enriquecimiento erótico |
| Aumentar la autoeficacia y el autoconcepto en la consultante         | Realizar psicoeducación en autoeficacia y autoconcepto<br><br>Ejercicios centrados en la autocompasión                                                                                                     |
| Aumentar el dominio de sus habilidades sociales básicas y complejas  | Entrenamiento y exposición de cada habilidad social desafiante                                                                                                                                             |
| Toma de decisiones                                                   | Psicoeducación y entrenamiento en toma de decisiones                                                                                                                                                       |

La terapia sexológica aplicada fue una MBI basada en el programa MBSR, con el fin de promover un mejor afrontamiento de la ansiedad y permitir, tanto la exploración ginecológica, como la realización de los ejercicios propios de la terapia sexual. Tras la identificación de la interacción de los factores mantenedores se seleccionó Mindfulness porque permitía la intervención de múltiples factores, reduciendo el tiempo de intervención (véase Tabla 4).

**Tabla 4**

*Descripción por sesiones del contenido, prácticas y actividades para casa del entrenamiento basado en Mindfulness (MBSR) empleado en la intervención del caso*

| Sesión   | Contenido                                                                                                                                                                          | Prácticas                                                                                           | Actividades para casa                                                          |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Sesión 1 | ¿Qué es Mindfulness?<br>Información sobre la postura<br>Explicación: qué hacer con el cuerpo y la mente<br>Explicación de la respiración<br>Dificultades y mitos sobre Mindfulness | Práctica de la respiración<br>Práctica de los tres minutos<br>Práctica uva pasa<br><i>Body scan</i> | Body scan (6 veces o más)<br>Ejercicio de los 9 puntos<br>Una comida “mindful” |

|          | Entrega de audios de práctica                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sesión 2 | Revisión de la práctica en casa<br>Desafíos de la práctica<br>Importancia del cuerpo                                                                                                                                  | <i>Body scan</i><br>Postura sentada<br>Atención plena en la respiración                                                                                                        | <i>Body scan</i> (6 veces o más)<br>Conciencia plena de la respiración (10-15 min día)<br>Prácticas informales<br>Diario de eventos placenteros con conciencia plena                                                                                             |
| Sesión 3 | Revisión de la práctica en casa<br>Desafíos de la práctica                                                                                                                                                            | Conciencia plena en la respiración<br>Caminata con atención plena en la respiración<br>Movimientos con conciencia plena ( <i>mindful movements</i> )<br>Breve <i>body scan</i> | <i>Body scan</i> y movimientos con conciencia plena – Caminata (6 veces o más)<br>Conciencia plena de la respiración (10-15 min día)<br>Prácticas informales<br>Diario de eventos no placenteros con conciencia plena                                            |
| Sesión 4 | Revisión de la práctica en casa<br>Meditación inicial<br>Desafíos de la práctica: somnolencia, inquietud, aversión, expectativa de “práctica buena”, dificultades en incorporar la practica en el día-a-día           | Movimientos con conciencia plena ( <i>mindful movements</i> )<br>Conciencia plena de la respiración y en el cuerpo<br>Práctica de los tres minutos                             | <i>Body scan</i> alternándolo con Movimientos con conciencia plena (6 veces o más)<br>Conciencia plena de la respiración y en el cuerpo (20 min día)<br>Prácticas informales<br>Prestar atención a los eventos placenteros y no placenteros con conciencia plena |
| Sesión 5 | Revisión de la práctica en casa<br>Reflexión: ¿ha cambiado algo en cómo se afronta el estrés? ¿Algo diferente en “luchar” o “huir”? Estrés vs. respuesta al estrés.<br>Revisión de expectativas y de la motivación de | Conciencia plena de la respiración, en el cuerpo y en los pensamientos y emociones que emergen<br>Práctica de los tres minutos                                                 | <i>Body scan</i> alternándolo con Movimientos con conciencia plena (6 veces o más)<br>Conciencia plena de la respiración y el cuerpo (20 min día)                                                                                                                |

|             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | continuar en el<br>entrenamiento<br>Desafíos de la práctica                                                                                     | Conciencia plena de<br>la respiración en<br>silencio                                                                                                                                                                                                                       | Prácticas<br>informales<br>Prestar atención a<br>los eventos<br>placenteros y no<br>placenteros con<br>conciencia plena<br>Diario de<br>comunicaciones<br>difíciles     |
| Sesión<br>6 | Revisión de la práctica en<br>casa<br>Desafíos de la práctica                                                                                   | Conciencia plena de<br>la respiración, en el<br>cuerpo y en los<br>pensamientos y<br>emociones que<br>emergen<br>Conciencia plena de<br>la respiración en<br>silencio                                                                                                      | <i>Body scan</i><br>alternándolo con<br>Movimientos con<br>conciencia plena (6<br>veces o más)<br>Respiración y en el<br>cuerpo (20 min día)<br>Prácticas<br>informales |
| Sesión<br>7 | Revisión de la práctica en<br>casa<br>Sensación de resistencia al<br>cambio                                                                     | Reflexionar sobre el<br>lugar donde se sienta<br>habitualmente al<br>acudir al<br>entrenamiento<br>(ejercicio de cambiar<br>de plaza)<br><i>Body scan</i><br>Movimientos con<br>conciencia plena<br>auto guiados<br>( <i>mindful<br/>movements</i> )<br>Meditación sentada | No usar los audios<br>Mantener 45 min<br>de prácticas diarias<br>Prácticas<br>informales                                                                                |
| Sesión<br>8 | Revisión de la práctica en<br>casa<br>Resolver dudas restantes<br>sobre las prácticas<br>Incorporación de<br>Mindfulness en la rutina<br>diaria | <i>Body scan</i><br>Movimientos con<br>conciencia plena<br>autoguiados<br>( <i>mindful<br/>movements</i> )<br>Meditación sentada<br>en silencio<br>Carta a sí mismo, con<br>retos para 3 meses o<br>3 años<br>Meditación final                                             | Se sugiere<br>continuar con<br>disciplina las<br>prácticas<br>aprendidas,<br>integrando<br>Mindfulness en la<br>vida cotidiana.                                         |

## Resultados



Al finalizar la intervención sexológica, se realizó la aplicación del post test de los cuestionarios aplicados inicialmente. Todas las medidas aplicadas mejoraron considerablemente en el post-test, incluso aquellas que no son un objetivo directo de la intervención con la MBI, como la depresión y la ansiedad.

En la Tabla 1 se pueden observar las puntuaciones obtenidas por la participante en el pre y pos-test.

**Tabla 1**

*Pre-test y post-test de los cuestionarios suministrados*

| Variable                     | Cuestionario                                                                     | Pre test | Post test | Resultados tras la intervención                          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|----------------------------------------------------------|
| <b>Satisfacción sexual</b>   | Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS)                                       | 15       | 27        | Mayor satisfacción sexual                                |
|                              | Índice de Satisfacción de Hudson (ISS)                                           | 48       | 71        | Mayor Satisfacción sexual                                |
| <b>Funcionamiento sexual</b> | Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)                                         | 4        | 30        | La consultante dejó de estar en puntos de corte clínicos |
| <b>Mindfulness</b>           | Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)                                     | 80       | 141       | Mayor consciencia plena                                  |
|                              | Observar                                                                         | 11       | 34        | Mejora la observación                                    |
|                              | Describir                                                                        | 19       | 30        | Mejora la descripción                                    |
|                              | Darse cuenta                                                                     | 17       | 29        | Mejora el darse cuenta                                   |
|                              | No juzgar                                                                        | 15       | 29        | Mejora el no juzgar                                      |
|                              | No reactividad                                                                   | 18       | 19        | Mejora la no reactividad                                 |
| <b>Conciencia Corporal</b>   | Versión Española de la Escala de Conexión Corporal (SBC)<br>Consciencia corporal | 19       | 49        | Mayor consciencia corporal                               |

|                  |                                             |    |    |                                                          |
|------------------|---------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------------------|
|                  | Disociación corporal                        | 28 | 13 | Menor conciencia corporal                                |
| <b>Depresión</b> | Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)    | 20 | 8  | La consultante dejó de estar en puntos de corte clínicos |
| <b>Ansiedad</b>  | Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)        | 24 | 15 | La consultante dejó de estar en puntos de corte clínicos |
|                  | Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) |    |    | La consultante dejó de estar en puntos de corte clínicos |
|                  | Ansiedad de rasgo                           | 50 | 30 | Ansiedad de rasgo bajo                                   |
|                  | Ansiedad de estado                          | 37 | 25 | Ansiedad de estado bajo                                  |

Tras la intervención la consultante reporta “Me siento mejor, noto menor ansiedad, me siento mejor de ánimo. Mindfulness me ha ayudado mucho, antes no me podía hacer un examen ginecológico y ahora sí. Mi sexualidad la vivo mucho mejor, estoy más tranquila con esa parte”.

Adicionalmente, se realizó una sesión de revisión y seguimiento tras seis meses de finalizada la intervención, encontrando como reporte por parte de la consultante que se mantenían los beneficios obtenidos tras la intervención multidisciplinar y continuaba realizando los ejercicios de Mindfulness señalados. Al finalizar la sesión de seguimiento, se le brinda a la consultante recomendaciones finales y solución frente a los desafíos que procura el mantenimiento de lo aprendido en las sesiones de intervención.

## Conclusiones

- Es necesario y pertinente tener un enfoque y un manejo multidimensional de los casos de mujeres diagnosticadas con dolor genito-pélvico/penetración,

dolor pélvico crónico o alguna patología del suelo pélvico en función del modelo biopsicosocial.

- La evaluación de los casos con motivos de consulta relacionados con la sexualidad debe realizarse contemplando factores biológicos, psicológicos, relacionales y socioculturales, reconociendo los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores.
- Es importante realizar una profunda evaluación de los casos con un enfoque diagnóstico estructurado, que contemple diversos componentes de evaluación para lograr identificar el mayor número de factores mantenedores.
- El plan terapéutico en los casos de mujeres diagnosticadas con dolor genito-pélvico/penetración, debe ser integrador y contemplar intervenciones desde diversas disciplinas como la medicina, la psicología, la sexología y la fisioterapia, entre otros.
- Dentro del proceso integrador multidisciplinario, es de vital importancia mantener una comunicación constante para favorecer el avance de las mujeres diagnosticadas con dolor genito-pélvico/penetración y contrarrestar los desafíos que pueden aparecer durante la intervención del caso.
- Es importante integrar en la intervención la mayor cantidad de metas terapéuticas con intervenciones basadas en la evidencia, que permitan reducir el tiempo de tratamiento y que hayan mostrado efectividad en casos de los casos de mujeres diagnosticadas con dolor genito- pélvico/penetración, dolor pélvico crónico o alguna patología del suelo pélvico.
- La intervención basada en el programa MBSR para casos de mujeres diagnosticadas con dolor genito-pélvico/penetración, dolor pélvico crónico o alguna patología del suelo pélvico es una herramienta efectiva a la hora de

disminuir la ansiedad y la sintomatología de la depresión, reducir la anticipación al dolor, aumentar la satisfacción sexual, aumentar la consciencia corporal, disminuir la disociación corporal y mejorar el funcionamiento sexual.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed.* Arlington VA. American Psychiatric Publishing.
- Baer, RA., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13,27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck depression inventory-II*. The Psychological Corporation.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Brenlla, M.L., & Rodríguez, C.M.(2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Paidós.
- Brotto, L. A., & Smith, K. B. (2014). Applications of mindfulness in the treatment of women's sexual dysfunction. In A. Ie, C.T. Ngnoumen, & E. J. Langer (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness* (pp. 864-880). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118294895.ch44>
- Brotto, L. A., Dunkley, C. R., Breckon, E., Carter, J., Brown, C., Daniluk, J., & Miller, D. (2017). Integrating quantitative and qualitative methods to evaluate an online psychoeducational program for sexual difficulties in colorectal and

- gynecologic cancer survivors. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7), 645-662. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1230805>
- Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A., Lalumière, M. L., & Weinberg, J., Schonert-Reichl, K. A., & Basson, R. (2021). A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(7), 626–639. <https://doi.org/10.1037/ccp0000661>
- Cabello-Santamaría, F., del Río-Olvera, F. J. & Cabello-García, M. A. (2015). Sexual pain disorders [Trastornos del dolor sexual]. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 412–417. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000200>
- Campo-Arias A., & Herazo E. (2018). Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.008>
- Castelo-Branco, C., & Rodríguez, F. M. (2019). *Manual de sexología clínica*. Editorial Panamericana.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler J., Guillen V., Baños R., & Botella C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*. 26(2), 118-26. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Corretti, G., & Baldi, I. (2007). The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatric Times*, 24(9), 16-21.
- Crooks, R., & Baur, K. (2000). *Nuestra sexualidad*. International Thompson.
- Darnell, C. (2021). Tending to painful sex: applying the neuroscience of trauma and anxiety using mindfulness and somatic embodiment in working with genito-

- pelvic pain and penetration disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(3), 398–410. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1881771>
- Dascalu, I., & Brotto, L. A. (2018). Sexual functioning in experienced meditators. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(5), 459-467. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405311>
- de Jong, D. C. (2009). The Role of Attention in Sexual Arousal: Implications for Treatment of Sexual Dysfunction. *Journal of Sex Research*, 46(2–3), P. 237–248. <https://doi.org/10.1080/00224490902747230>
- Dunkley, C. R., & Brotto, L. A. (2016). Psychological treatments for provoked vestibulodynia: Integration of mindfulness-based and cognitive behavioral therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 637-650. <https://doi.org/10.1002/jclp.22286>
- Duma, G., Ülbe, S., & Dirik, G. (2020). Mindfulness-based interventions in the treatment of female sexual dysfunction: A systematic review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 12(1), 72-90. <https://doi.org/10.18863/pgy.470683>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- García-Campayo, J.G., & Demarzo, M. (2015). *Mindfulness, Curiosidad y Aceptación: Manual Práctico*. Siglantana.
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *The Journal of Sex Research*, 17(2), 157–174. <https://doi.org/10.1080/00224498109551110>

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hyperion
- Kabat-Zinn J.(2007). *La práctica de la atención plena*. Kairós.
- Leavitt, C. E., Allsop, D. B., Busby, D. M., Driggs, S. M., Johnson, H. M., & Saxey, M. T. (2020). Associations of mindfulness with adolescent outcomes and sexuality. *Journal of Adolescence*, 81, 73-86.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.008>
- Lopez-Brull, A., Perez-Dominguez, B., Blasco-Ortiz, C., Morales-Baixaui, M., Nahon, I., & Casaña-Granell, J. (2023). Assessing Sexual Functioning with the Female Sexual Function Index in Women Suffering from Genito-Pelvic Pain Penetration Disorder Undergoing a Therapeutic Educational Program. *American Journal of Sexuality Education*, 19(3), 337-346.  
<https://doi.org/10.1080/15546128.2023.2243809>
- Marcos, P. L. C. (2019). *Manual de asesoramiento sexológico en ginecología: Ideas sexológicas*. Síntesis.
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual Medicine Reviews*, 4(3), 197-212. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.002>
- Muñoz, M. P. L., & Vilariño, M. C. S. (2024). Efectividad de los Tratamientos Psicológicos y Fisioterapéuticos para el Trastorno de Dolor Genito-Pélvico/Penetración: Una Revisión Sistemática. *Revista de psicoterapia*, 35(128), 13-22. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i128.40257>

- Meston, C. M., & Bradford, A. (2007). Sexual dysfunctions in women. *Annual Review Clinical Psychology*, 3, 233-256.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091507>
- Price, C.J., & Adams, E. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 945-953.  
<https://doi.org/10.1089/acm.2007.0537>
- Quezada, L., González, M., Cebolla, A., Soler, J., & García-Campayo, J. (2014). Body awareness and mindfulness: Validation of the Spanish version of the Scale of Body Connection. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(2), 57-67.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191–208.  
<https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., & Fortún, M. (2012). El “Inventario de ansiedad de Beck” (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20, 563-583.
- Sánchez-Sánchez, L.C., Valderrama-Rodríguez, M.F., García-Montes, J. M., Petisco-Rodríguez, C., & Fernández-García, R. (2021). Mindfulness in Sexual Activity, Sexual Satisfaction and Erotic Fantasies in a Non-Clinical Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1161. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031161>
- Sánchez-Sánchez, L. C., & Valderrama-Rodríguez, M. F. (2022). Mindfulness en la salud sexual y bienestar psicológico de profesionales y cuidadores/as de



- personas en riesgo de exclusión social. *Revista Internacional de Andrología*, 20(1), 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2020.10.003>
- Schvartzman, R., Schvartzman, L., Ferreira, C. F., Vettorazzi, J., Bertotto, A., & Wender, M. C. O. (2019). Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial [Intervención de fisioterapia para mujeres con dispareunia: un ensayo clínico aleatorizado]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(5), 378-394. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1549631>
- Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression. A new Approach to Preventing Relapse*. Guilford.
- Silverstein, R. G., Brown, A.-C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of Mindfulness Training on Body Awareness to Sexual Stimuli. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 817–825. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318234e628>
- Spielberger, C. D., & Diaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. El Manual Moderno, S. A.
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and Bicultural Validation of the New Sexual Satisfaction Scale. *The Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2011). *The New Sexual Satisfaction Scale and Its Short Form*. In T.D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis, S. L (Eds), *Handbook of sexuality-related measures (3rd Edition)* (pp. 530-533). Routledge.
- Strizzi, J., Fernández-Agis, I., Alarcón-Rodríguez, R., & Parrón-Carreño, T. (2016). Adaptation of the New Sexual Satisfaction Scale-Short Form Into Spanish. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(7), 579–588. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113580>

- Valderrama-Rodríguez, M. F., Sánchez-Sánchez, L. C., García-Montes, J. M., & Petisco-Rodríguez, C. (2023). A scoping review of the influence of mindfulness on men's sexual activity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3739. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043739>
- Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C. & Saavedra-Roa, A. (2018). Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Archives of Sexual Behaviour*, 47, 797–810. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0976-7>

# RELACIÓN ENTRE NOMOFOBIA Y FOMO Y SU IMPACTO EN LA ANSIEDAD ESTADO-RASGO DE LOS ADOLESCENTES

Marta Díaz Medina<sup>1</sup> y José M.<sup>a</sup> Martínez Marín<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Universidad Católica de Ávila y Uned

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **José M<sup>a</sup> Martínez**. Correo electrónico: [jmaria.martinez@ucavila.es](mailto:jmaria.martinez@ucavila.es) o [jmmartinez@unex.es](mailto:jmmartinez@unex.es)

## **Introducción**

En la sociedad actual, los smartphone o móviles inteligentes han emergido como elementos fundamentales de comunicación entre los adolescentes. El Instituto Nacional de Estadística (2022) informa que, el porcentaje de jóvenes de entre 12 y 16 años que disponen de teléfono móvil y conexión a Internet aumenta cada año. Encontrándose actualmente, entre un 68,8% y un 99,2%, lo que evidencia una adopción generalizada de estas tecnologías en este segmento demográfico. La interconexión digital ha transformado la forma en la que los adolescentes se relacionan, acceder a la información y participan en actividades sociales.

Por ello, en la última década ha habido un creciente interés por el estudio del impacto que estos dispositivos tienen en el desarrollo y bienestar socioemocional de los más jóvenes (Morales y cols., 2020). No hay duda de que los móviles suponen un efecto social importante a la hora de relacionarse y comunicarse, sobre todo para los que han crecido con esta tecnología desde su nacimiento, denominados “nativos digitales”. Pero, como todo comportamiento, el uso de estos dispositivos tiene tanto ventajas como inconvenientes (Castillo, 2020).

Aunque la mayoría de estudios se centran en los riesgos del uso del teléfono móvil, en los últimos años hay estudios que también ponen de manifiesto algunos efectos beneficiosos que aportan estos dispositivos en la población más joven, como la oportunidad de extender el aprendizaje a diferentes contextos, desarrollando habilidades y competencias en múltiples áreas de conocimiento (Guénaga y cols., 2012), ofrecer alternativas de comunicación (Besolí, Palomas y Chamarro, 2018) y aumentar las relaciones sociales (McBride, 2011). Además de poder desarrollar su propia identidad y personalidad (Arab y Díaz, 2015; Malo, Martín y Viñas, 2018).

Por otro lado, uno de los mayores inconvenientes que plantea el uso y el abuso de estos dispositivos a edades tempranas es principalmente el riesgo de adicción (Ho,

Lwin y Lee, 2017), entendiéndose está como la dependencia o el deseo incontrolable de estar constantemente conectado. Además, se plantea que no es tan crucial para sufrir adicción el número de horas conectado a internet como el nivel de interferencia negativa que esto pueda tener en la vida diaria del menor (Echeburúa y Requesens, 2012).

No existe una causa única que explique por qué algunos adolescentes hacen un mal uso de los dispositivos móviles, por lo que hablamos de que es un fenómeno multicausal, en el que hay una interacción compleja entre factores ambientales, psicológicos y sociales (Hock y Yong, 2020). Destacamos los factores ambientales como los estilos de crianza más permisivos o una mala comunicación familiar. Los factores psicológicos y sociales los podemos resumir en trastornos de ansiedad social, algunos patrones de personalidad y falta de apoyo por parte de los iguales. Todos estos factores pueden ser considerados tanto causas como efecto de la conducta problemática (Hock y Yong, 2020).

Frente a todos los factores de riesgo y los predictores de un uso excesivo de las nuevas tecnologías en general, se han encontrado algunos factores de protección frente al abuso y adicción de estos dispositivos entre los que se encuentran recursos personales como la autoestima, las habilidades sociales o de comunicación, la capacidad de una persona para solucionar los problemas, buen control de las emociones o un afrontamiento adecuado del estrés; recursos familiares como una buena comunicación y buen clima de convivencia (Echeburúa y Requesens, 2012).

En este estudio nos centraremos en dos fenómenos que han emergido hace poco más de una década y que se caracterizan por el impacto que tienen en el bienestar psicológico y social de los adolescentes: la nomofobia y el FoMO.

La nomofobia es definida como el miedo irracional a estar desconectado del teléfono móvil, de la red o a no tenerlo cerca (King, Valença y Nardi, 2010; Anshari, Alas y Sulaiman, 2019; Vagka y cols., 2023).

Por otro lado, el Fear of Missing Out, más conocido como FoMO, fue definido por Przybylski y cols. (2013) como “una aprehensión generalizada de que otros podrían estar teniendo experiencias gratificantes de las que uno está ausente” (p.1841). Además, se caracteriza por el deseo de estar conectado en todo momento para ver lo que otros están haciendo.

Ambos conceptos tienen una relación significativa y positiva, de manera que los jóvenes que presentan un nivel elevado de nomofobia, también tienden a experimentar niveles altos de FoMO y viceversa (Braña y Moral, 2022).

La constante conexión a través de las redes sociales amplifica la necesidad de mantenerse actualizado respecto a las actividades de los demás, generando una presión social y emocional que se manifiesta de manera destacada en los individuos más jóvenes. Este sector de la población, aún inmerso en el proceso de formación de su identidad, se ve particularmente influenciado por esta dinámica, lo cual subraya la relevancia de explorar más a fondo los impactos psicológicos derivados de la constante interacción con la tecnología.

Ante este complejo escenario, la investigación sobre la interrelación entre nomofobia, FoMO y ansiedad en la población adolescente, específicamente en el rango de edad entre 12 y 16 años, que correspondería con el período de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), emerge como un campo de estudio de crucial importancia. Cabe señalar que la mayoría de estudios existentes centran su atención en una población universitaria o adulta.

Por todo esto, esta investigación pretende analizar las relaciones entre los factores sociodemográficos la nomofobia, el FoMO y la ansiedad estado-rasgo manifestada por una muestra de alumnos de la ESO de entre 12 y 16 años.

## **Método**

### **Diseño**

El campo de aplicación de este trabajo es el de la investigación clínica. Dentro de este campo, el estudio que se realiza puede ser enmarcado en la modalidad cuantitativa o empírico-analítica.

La metodología empleada ha sido ex-post-facto o no experimental. Dentro de este enfoque se han adoptado las metodologías descriptivo-relacional y comparativo-causal mediante estudios de encuesta, ya que esta investigación se “adapta más a la obtención de hechos personales y sociales, creencias y actitudes” (Kerlinger y Lee, 2002).

Cabe señalar que se trata de una investigación transeccional ya que los datos de cada uno de los instrumentos son recolectados en un único momento, con el propósito de describir las variables implicadas en el fenómeno de estudio y analizar su incidencia e interrelación.

### **Muestra y población**

La muestra de la investigación estuvo formada por un total de 205 adolescentes procedentes de diferentes localidades de la provincia de Cádiz.

De los 205 participantes, 96 eran hombres (46,8%) y 109 mujeres (53,2%). Así mismo, las edades estaban comprendidas entre 12 y 16 años, lo que corresponde a todo el período de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), siendo la edad media de 13,83

años (DT = 1,329). En la Tabla 1 se puede observar la distribución de los miembros de la muestra por sexo y edad.

**Tabla 1**

*Distribución de los participantes del estudio por sexo y edad*

| Sexo   | Edad |    |    |    |    | Total |
|--------|------|----|----|----|----|-------|
|        | 12   | 13 | 14 | 15 | 16 |       |
| Hombre | 17   | 16 | 24 | 29 | 10 | 96    |
| Mujer  | 27   | 21 | 22 | 34 | 5  | 109   |
| Total  | 44   | 37 | 46 | 63 | 15 | 205   |

## Instrumentos

Para llevar a cabo el presente estudio se han utilizado tres instrumentos que miden las variables de nomofobia, FoMO y ansiedad. Para medir nomofobia se utilizó el Cuestionario de Nomofobia (NMP-Q); para el FoMO la adaptación española de la Fear of Missing Out Scale (FoMOs); por último, la ansiedad ha sido medida con el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

El Cuestionario de Nomofobia (NMP-Q) cuenta con 20 ítems que evalúan la interacción entre la persona y su móvil a través de 4 dimensiones de nomofobia: (1) No ser capaz de acceder a la información; (2) Renunciar a la comodidad; (3) No poder comunicarse y (4) Pérdida de conexión. Este instrumento emplea una escala tipo Likert de 7 puntos que va de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Con respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, León y cols. (2021) hallaron en las cuatro dimensiones que lo componen, coeficientes de consistencia interna adecuados, obteniendo valores entre 0,77 y 0,91.

La adaptación española de Fear of Missing Out Scale (FoMOs) consta de 10 ítems que evalúan los miedos e inquietudes de una persona al no ser participe o no



mantener contacto con las experiencias de su red social más amplia. Para ello, se utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde 1 (nada) hasta 5 (mucho). Gil et al. (2015) y Braña y Moral (2022) obtuvieron coeficientes de consistencia interna adecuados con valores entre 0,81 y 0,85.

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberg, Gorsuch y Lushene (2023) cuenta con 40 ítems que miden dos dimensiones independientes: la ansiedad como estado (A/E), referida al estado emocional temporal que se distingue por sensaciones subjetivas, conscientemente experimentadas, de atención y ansiedad, y una hiperactivación del sistema nervioso autónomo; y la ansiedad como rasgo (A/R), referida a una inclinación ansiosa que es relativamente constante y define a las personas con una tendencia a percibir las situaciones como amenazantes. Para ello, se utiliza una escala tipo Likert de 3 puntos que va desde 0 (nada o casi nunca) a 3 (mucho o casi siempre). Guillén y Buela (2011) obtuvieron índices de consistencia interna de 0,90 para la dimensión ansiedad-rasgo y de 0,94 en la dimensión ansiedad-estado. Por otro lado, Guillén (2014) obtuvo una consistencia interna de 0,94 para todos los ítems.

## **Procedimiento**

Para llevar a cabo este estudio se hizo una recogida de datos de manera remota a través de un formulario de Google, empleando un enfoque de muestreo incidental para la selección de los participantes. Este cuestionario se administró únicamente una vez a cada sujeto en un momento temporal específico. El único criterio de inclusión fue la edad, limitando la participación a individuos con edades comprendidas entre los 12 y 16 años.

Con el fin de salvaguardar la confidencialidad de los participantes, se les solicitó la firma del consentimiento informado al inicio del estudio. Aquellos que optaron por

no aceptar el consentimiento no pudieron continuar completando el cuestionario. Es importante destacar que, para garantizar la privacidad de los sujetos, no se solicitó información personal adicional más allá de aspectos básicos como la edad, el género y la provincia de residencia. Este enfoque se adoptó con el objetivo de mantener un equilibrio entre la obtención de datos significativos y el respeto a la confidencialidad de los participantes.

## **Resultados**

Se utilizó la regresión lineal múltiple para calibrar los efectos de las dimensiones nomofobia y FoMO en la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Las variables independientes fueron incluidas en dos pasos. En el primer paso se introdujeron como covariables la edad y el género de los participantes para ver si tenían algún efecto en las variables de estudio. En el segundo paso, se introdujeron las variables propiamente dichas, es decir, las cuatro dimensiones de nomofobia y el FoMO.

En la Tabla 2 se pueden observar los resultados obtenidos mediante regresión lineal múltiple de la ansiedad-estado. En el primer bloque, se incluyen las variables de edad y género y se ve que es algo significativo ( $F=3,104$ ;  $p=0,047$ ) pero, solo explicaría un 3% de la varianza de la ansiedad-estado. En el segundo bloque se incluyen además las cuatro dimensiones de nomofobia medidas por el NMP-Q y el FoMO medido por la escala FoMOs. Este bloque, resulta más significativo ( $F=2,928$ ;  $p=0,006$ ) y la varianza explicada aumenta un 6,5%, alcanzando un 9,5%. La ansiedad-estado sólo se explica de manera significativa y positiva por la edad ( $\beta=0,156$ ;  $p=0,25$ ) y el FoMO ( $\beta=0,126$ ;  $p=0,031$ ). Por su parte, ninguna de las cuatro dimensiones de nomofobia explica la ansiedad-estado de manera significativa.

**Tabla 2***Análisis de regresión lineal para las variables predictoras de la ansiedad estado*

| VD: Ansiedad-estado                      | $\beta$ | t      | R <sup>2</sup> | $\Delta R$ | Cambio en F |
|------------------------------------------|---------|--------|----------------|------------|-------------|
| <b>Paso 1</b>                            |         |        | 0,03*          | 0,03       | 3,104       |
| Edad                                     | 0,172   | 2,453* |                |            |             |
| Género                                   | 0,051   | 0,726  |                |            |             |
| <b>Paso 2</b>                            |         |        | 0,095**        | 0,065      | 2,928       |
| Edad                                     | 0,156   | 2,262* |                |            |             |
| Género                                   | 0,048   | 0,66   |                |            |             |
| No ser capaz de acceder a la información | 0,089   | 0,903  |                |            |             |
| Renunciar a la comodidad                 | -0,008  | -0,069 |                |            |             |
| No poder comunicarse                     | -0,172  | -1,674 |                |            |             |
| Pérdida de conexión                      | 0,133   | 1,279  |                |            |             |
| FoMO                                     | 0,126   | 2,173* |                |            |             |

\*\*p&lt;0,01; \*p&lt;0,05

En la Tabla 3 se pueden observar los resultados obtenidos mediante regresión lineal múltiple para la ansiedad-rasgo. En el primer bloque, se incluyen las variables de edad y género, siendo este significativo ( $F=7,854$ ;  $p=0,001$ ) y, explicaría un 7,2% de la varianza de la ansiedad-rasgo. En el segundo bloque se incluyen además las cuatro dimensiones de nomofobia medidas por el NMP-Q y el FoMO medido por la escala FoMOs. Este bloque, resulta igualmente significativo ( $F=8,036$ ;  $p=0,001$ ), y la varianza explicada aumenta a 15,1% alcanzando un 22,3%. La ansiedad-rasgo se explica de manera significativa y positiva por la edad ( $\beta=0,152$ ;  $p=0,19$ ), el género ( $\beta=0,198$ ;  $p=0,004$ ) y el FoMO ( $\beta=0,282$ ;  $p=0,001$ ). Por su parte, e igual que en el caso anterior, ninguna de las cuatro dimensiones de nomofobia explica la ansiedad-rasgo de manera significativa.

**Tabla 3***Análisis de regresión lineal para las variables predictoras de la ansiedad rasgo*

| VD: Ansiedad-rasgo                       | $\beta$ | t       | R <sup>2</sup> | $\Delta R$ | Cambio en F |
|------------------------------------------|---------|---------|----------------|------------|-------------|
| Paso 1                                   |         |         | 0,072*         | 0,72       | 7,854       |
| Edad                                     | 0,148   | 2,163*  |                |            |             |
| Género                                   | 0,243   | 3,555** |                |            |             |
| Paso 2                                   |         |         | 0,223**        | 0,151      | 8,036       |
| Edad                                     | 0,152   | 2,372*  |                |            |             |
| Género                                   | 0,198   | 2,952** |                |            |             |
| No ser capaz de acceder a la información | 0,134   | 1,463   |                |            |             |
| Renunciar a la comodidad                 | -0,108  | -1,024  |                |            |             |
| No poder comunicarse                     | -0,083  | 0,871   |                |            |             |
| Pérdida de conexión                      | 0,06    | 0,619   |                |            |             |
| Fomo                                     | 0,282   | 3,584** |                |            |             |

\*\*p&lt;0,01; \*p&lt;0,05

## Discusión

La literatura previa nos muestra que, en general, tanto la nomofobia como el FoMO se relaciona con ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Aunque hay discrepancias en lo que al género y edad se refiere.

En el caso de la nomofobia y el FoMO en la literatura encontramos datos contradictorios con respecto al género. Aunque, algunos estudios, como los de Pérez y cols. (2021) y Braña y Moral (2022) encontraron unos niveles más altos en las mujeres en estas dos variables. En el caso de la ansiedad, los datos de la OMS (2023) y un estudio llevado a cabo por Santl, Brajkovic y Kopilas (2022) indican mayor prevalencia y resultados más elevados en las mujeres con respecto a los hombres, además de manifestar más ansiedad cuando están sin el teléfono móvil.

Con respecto a la variable edad, algunos estudios sostienen que mientras más jóvenes son los adolescentes mayores puntuaciones obtienen tanto en nomofobia como en FoMO (Rozgonjuk y cols., 2021; Barraza y Chavira, 2022). Además, informes revelan que, en la ansiedad, los adolescentes mayores, con edades comprendidas entre 15 y 19 años obtienen mayores resultados (OMS, 2021). Según los resultados obtenidos en el presente estudio, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las cuatro dimensiones de nomofobia ni en FoMO, y en el caso de la ansiedad estado-rasgo, a pesar de que explica significativamente la varianza y de encontrar unas medias más elevadas en una edad, tras analizarlo de manera más exhaustiva se comprobó que estas diferencias no eran relevantes entre los grupos de edades, esto puede deberse a que la muestra de este estudio tiene un rango de edad adolescente muy restringido.

Con respecto al análisis de la relación entre la nomofobia y la ansiedad estado-rasgo en la población adolescentes, los estudios de Gnardells y cols. (2023) y Abdoli y cols. (2023) encuentran que aquellos jóvenes con síntomas de ansiedad, puntuaban alto en nomofobia y utilizaban el dispositivo móvil en todas las actividades diarias. En este estudio se encontró una correlación positiva entre todas las dimensiones de nomofobia y la ansiedad estado-rasgo. La ansiedad-estado mantiene una correlación significativa con dos dimensiones de nomofobia, “no ser capaz de acceder a la información” y “pérdida de conexión”, mientras que la ansiedad-rasgo, tiene correlación significativa con todas las dimensiones. Aunque ninguna de las dimensiones de nomofobia predice de manera significativa la ansiedad estado-rasgo, esto puede deberse a que la ansiedad es un constructo muy complejo que puede estar influenciado por muchas otras variables que no se han contemplado en el estudio.

De forma similar, en la presente investigación se ha encontrado una correlación positiva y significativa entre la ansiedad estado-rasgo y el FoMO, además esta última predice de manera significativa la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo de manera

independiente. Esta relación fue hallada también por dos estudios independientes, llevado a cabo por Barry y cols. (2017) y Einstein, Dabb y Fraser (2023), cuyos resultados nos indican que los adolescentes con sintomatología de ansiedad obtuvieron puntuaciones más altas en FoMO, y viceversa. Además, encontraron que la ansiedad media entre la asociación de FoMO y un mayor uso del teléfono móvil.

Por último, y teniendo en cuenta los resultados, habría que destacar la consistente elevación de los niveles de ansiedad-rasgo en comparación con la ansiedad-estado en los casos examinados. Este hallazgo sugiere que, independientemente de los factores específicos como la nomofobia y el FoMO, los adolescentes participantes tienden a experimentar niveles de ansiedad más arraigados y estables en su personalidad en lugar de respuestas temporales a situaciones específicas. Esto puede deberse a múltiples factores ambientales, culturales, personales o por la complejidad de la ansiedad. Por tanto, sería interesante para futuras investigaciones determinar las causas que subyacen en estos resultados.

## **Conclusiones**

En este estudio se ha identificado una asociación entre nomofobia, FoMO y ansiedad, por lo que sería adecuado realizar intervenciones dirigidas a la psicoeducación de estos conceptos y a la reducción de los síntomas para un beneficio en la salud mental de los adolescentes (Augner y cols., 2022). Díaz y Extremera (2020) proponen unos programas educativos dirigidos tanto a profesores como alumnos sobre las ventajas y los riesgos de la tecnología, así como un uso saludable de las mismas y estrategias para gestionar la ansiedad, poniendo énfasis en aquellos estudiantes con síntomas graves de ansiedad o adicción al teléfono móvil.

Aunque no se han observado diferencias significativas en cuanto a la edad, se debe tener en cuenta que el rango de edad de la muestra del estudio es muy restringido,

y las intervenciones podrían necesitar adaptaciones según la etapa específica de la adolescencia. De esta forma, habría que implementar programas adecuados según el desarrollo cognitivo, social y emocional de cada ciclo.

Por un parte, dado que las dimensiones más destacadas de nomofobia están relacionadas con la comunicación y el acceso a la información, las instituciones educativas y las familias podrían implementar programas de educación digital que enseñen a los adolescentes habilidades para una comunicación adecuada y un uso consciente de la tecnología (Castillo, 2020; Martínez, 2023).

Por otro lado, la relación positiva y significativa entre FoMO y ansiedad destaca la importancia de promover la conciencia emocional entre los adolescentes. Podría ser útil proporcionar estrategias que ayuden a los jóvenes a reconocer y gestionar sus emociones, así como a establecer límites saludables en el uso de la tecnología (Díaz y Extremera, 2020). Además, podría ser beneficioso de igual manera integrar aspectos psicológicos en los programas educativos para su prevención como manejo del estrés, habilidades de afrontamiento y conciencia emocional para contribuir a un desarrollo emocional más saludable (Díaz, 2021).

Por último, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de investigaciones que exploren variables adicionales y comprendan mejor las complejas interrelaciones entre nomofobia, FoMO y ansiedad. Esto podría contribuir a la mejora continua de las estrategias de intervención y prevención.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar y dado que se trata de un enfoque transversal, no es posible establecer conclusiones causales entre nomofobia, FoMO y ansiedad, por lo que sería recomendable que investigaciones futuras aborden la relación causa-efecto entre las variables investigadas mediante estudios longitudinales.

Además, el presente estudio se lleva a cabo desde una perspectiva cuantitativa, por lo que se sugiere que para investigaciones futuras se realicen estudios cualitativos o con un diseño mixto. Esto permitirá ahondar en los desafíos que enfrentan las personas afectadas por nomofobia y evitaría posibles sesgos en los resultados derivados de la influencia de factores como la deseabilidad social, que está presente en la metodología basada en cuestionarios. Además, dado que la investigación se llevó a cabo mediante un muestreo intencional no probabilístico, se debe tener en cuenta que no es posible realizar generalizaciones. Por lo tanto, se insta a futuros estudios a utilizar muestras más heterogéneas y representativas.

Por último, sería conveniente que, para futuras investigaciones, se tengan en cuenta otras variables psicosociales que no se han considerado en este estudio y que pueden afectar a la salud mental de los adolescentes, como el apoyo social, el rendimiento académico o los hábitos de uso de la tecnología.

## **Referencias**

Abdoli, N., Sadegui-Bahmani, D., Salari, N., Khodamoradi, M., Garnia, V., Jahangiri, S., Brühl, A.B., Dürsteler, K.M., Stanga, Z. y Brand, S. (2023). Nomophobia (No Mobile Phone Phobia) and Psychological Health Issues among Young Adult Students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(9), 1762-1775. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13090128>

Anshari, M., Alas, Y. y Sulaiman, E. (2019). Smartphone addictions and nomophobia among youth. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 14(3), 242-247. <https://doi.org/10.1080/17450128.2019.1614709>

Arab, L.E. y Díaz, G.A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.001>



Augner, C., Vlasak, T., Aichhorn, W. y Barth, A. (2022). Tackling the “digital pandemic”: The effectiveness of psychological intervention strategies in problematic Internet and smartphone use – A meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(3), 219-229. <https://doi.org/10.1177/00048674211042793>

Barraza Macías, A. y Chavira Salas, M.G. (2022). Nomofobia (miedo desproporcionado a perder el celular) y su relación con tres variables sociodemográficas. *Perspectivas en Psicología*, 19(1), 23-36.

Barry, C.T., Sidoti, C.L., Briggs, S.M., Reiter, S.R. y Lindsey, R.A. (2017). Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of Adolescence*, 61(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.08.005>

Besolí, G., Palomas, N. y Chamarro Lusa, A. (2018). Uso del móvil en padres, niños y adolescentes: Creencias acerca de sus riesgos y beneficios. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 36(1), 29-39. <https://doi.org/10.51698/aloma.2018.36.1.29-39>

Braña Sánchez, A.J. y Moral Jiménez, M.V. (2022). Nomofobia y FoMO en el uso del smartphone en jóvenes: el rol de la ansiedad por estar conectado. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 23(1), 117-130. <https://doi.org/10.21134/haaj.v23i1.707>

Castillo Fernández, M. (2020). Estudio sobre el uso y el abuso de la tecnología en adolescentes [Tesis de doctorado, Universidad de Córdoba]. Helvia: Repositorio Institucional de la Universidad de Córdoba.

Einstein, D.A., Dabb, C. y Fraser, M. (2023). FoMO, but not self-compassion, moderates the link between social media use and anxiety in adolescence. *Australian Journal of Psychology*, 75(1). <https://doi.org/10.1080/00049530.2023.2217961>

Echeburúa, E. y Requesens, A. (2012). Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educadores. Ediciones Pirámide.

Gil, F., Del Valle, G., Oberst, U. y Chamarro, A. (2015). Nuevas tecnologías - ¿Nuevas patologías? El smartphone y el fear of missing out. *Aloma*, 33(2), 77-83. <https://doi.org/10.51698/aloma.2015.33.2.77-83>

Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.

Guillén Riquelme, A. (2014). Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas. [Tesis de doctorado, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/34045>

Guénaga, M., Mantxaka, I., Eguiluz, A., Romero, S. y Zubia, J.G. (2012). Smartphone and teenagers, threat or opportunity. 2012 15th International Conference on Interactive Collaborative Learning, ICL 2012, 1-5. <https://doi.org/10.1109/ICL.2012.6402203>

Ho, S.S., Lwin, M.O. y Lee, E.W.J. (2017). Till logout do us part? Comparison of factors predicting excessive social network sites use and addiction between Singaporean adolescents and adults. *Computers in Human Behavior*, 75, 632-642. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.002>

Hock Ting, C. y Yong Chen, Y. (2020). Smartphone addiction en C.A. Assau y P.H. Delfabbro (Ed.), *Adolescent Addiction. Epidemiology, Assessment, and Treatment* (2 ed., pp. 215-240). Academic Press.

Instituto Nacional de Estadística (2022). Uso de productos TIC por los niños de 10 a 15 años. Año 2022. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=39526>

King, A.L.S., Valença, A.M. y Nardi, A.E. (2010). Nomophobia: The Mobile Phone in Panic Disorder with Agoraphobia: Reducing Phobias or Worsening of Dependence? *Cognitive and Behavioral Neurology*, 23(1), 52-54.

<https://doi.org/10.1097/WNN.ob013e3181b7eabc> King, A.L.S., Valença, A.M., Silva, A.C.O., Baczynski, T., Carvalho, M.R. y Nardi, A.E. (2013). Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Computers in Human Behavior*, 29(1), 140-144. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.07.025>

León-Mejía, A., Calvete, E., Patino-Alonso, C., Machimbarrena, J.M. y González-Cabrera, J. (2021). Cuestionario de Nomofobia (NMP-Q): Estructura factorial y puntos de corte de la versión española. *Adicciones*, 33(2), 137-148. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1316>

Malo Cerrato, S., Martín Perpiñá, M., Viñas Poch, F. (2018). Uso excesivo de redes sociales: Perfil psicosocial de adolescentes españoles. *Comunicar*, 56(26), 101-110. <https://doi.org/10.3916/C56-2018-10>

Martínez Carrera, S. (2023). El impacto del Smartphone en adolescentes: perspectiva socioeducativa. [Tesis de doctorado, Universidad de Vigo]. Investigo: Repositorio Institucional da UVigo.

Moral, M.V. y Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 7(2), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.03.001>

Morales Rodríguez, F.M., Giménez Lozano, J.M., Linares Mingorance, P. y Pérez-Mármol, J.M. (2020). Influence of Smartphone Use on Emotional, Cognitive and Dimensions in University Students. *Sustainability*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/su12166646>

McBride, D.L. (2011). Risks and benefits of social media for children and adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(5), 498-499. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.05.001>

Organización Mundial de la Salud. (27 de septiembre de 2023). Trastornos de ansiedad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud (17 de noviembre de 2021). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=Trastornos%20emocionales&text=Se%20calcula%20que%20el%203,a%2019%20años%20padecen%20depresi3n.>

Pérez Cabrejos, R.G., Rodríguez Galán, D.B., Colquepisco Paúcar, N.T. y Enríque Ludeña, R.L. (2021). Consecuencias de la nomofobia en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista Conrado*, 17(81), 203-210.

Przybylski, A.K., Murayama, K., DeHaan, C.R. y Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841-1848. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>

Rozgonjuk, D., Sindermann, C., Elhai, J.D. y Montag, C. (2021). Individual differences in Fear of Missing Out (FoMO): Age, gender, and the Big Five personality trait domains, facets and items. *Personality and Individual Differences*, 171. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110546>

Santl, L., Brajkovic, L. y Kopilas, V. (2022). Relationship between Nomophobia, Various Emotional Difficulties, and Distress Factors among Students. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 12(7), 716-730. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12070053>

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (2023). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (G. Buela-Casal, A. Guillén-Riquelme y N. Seisdedos Cubero, adaptadores). Hogrefe TEA Ediciones.

# **ESTUDIO DE LA CARGA EMOCIONAL PERCIBIDA POR LOS CUIDADORES DE PERSONAS AFECTADAS POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EXTREMADURA**

Ana Gabriela Sosa Menayo<sup>1</sup>

José M<sup>a</sup> Martínez Marín<sup>2</sup>

María Encarnación Sosa Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Extremadura

<sup>2</sup>Universidad Católica de Ávila y Uned

La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a **José M<sup>a</sup> Martínez**. Correo electrónico: [jmaria.martinez@ucavila.es](mailto:jmaria.martinez@ucavila.es) o [jmmartinez@unex.es](mailto:jmmartinez@unex.es)

## **Introducción**

La esclerosis múltiple (EM) es una afección neurológica inflamatoria del sistema nervioso central ocasionada por una disfunción del sistema inmunitario que afecta el cerebro y la médula espinal que controlan todas las funciones corporales. Esta afección produce una pérdida de mielina que va acompañada de una disfunción de la capacidad de los nervios para conducir los impulsos eléctricos hacia y desde el cerebro, lo que provoca una serie de síntomas, los más frecuentes son visión borrosa, debilidad en los miembros, sensación de hormigueo, mareos y fatiga.

Se desconoce la etiología de esta enfermedad, pero influyen factores genéticos y geográfico-ambientales en su desarrollo. Su evolución puede ser de distintas formas, la más frecuente incluye brotes y periodos de estabilidad, pasando después en muchos casos a desarrollarse de forma progresiva y continuada, siendo menos frecuente que desde el inicio se desarrolle progresivamente (González Maldonado y Fernández López, 1998).

Actualmente se estima que en el mundo padecen esclerosis múltiple unos 2,5 millones de personas, y que en Europa afecta a unas 700.000 personas. En España, la frecuencia de la enfermedad ha aumentado progresivamente a lo largo de las últimas décadas, hasta alcanzar en la actualidad los 80-180 casos por 100.000 habitantes. Según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN), actualmente habría en España más de 50.000 afectados por esclerosis múltiple, además, se calcula que 3 de cada 4 pacientes de esclerosis múltiple son mujeres, quienes además tienen más probabilidades de comenzar con los síntomas de forma más precoz y de tener más brotes (Llaneza, 2023).

Por tanto, el inicio de la enfermedad, su progresión y la naturaleza poco predictiva representan los factores principales por los cuales los pacientes con EM necesitan de una persona que los cuide por el resto de sus vidas. Este papel de cuidador es asumido en la mayoría de los casos por un familiar cercano del enfermo.

Los cuidadores familiares asumen este rol como un asunto de compasión y amor por su familiar. Su labor consiste en dar apoyo instrumental, espiritual, social y emocional durante el proceso de enfermedad de su familiar. Esta labor produce en el cuidador, un impacto importante en su vida debido a que debe realizar tareas nuevas que pueden llegar a ser abrumadoras y afectar negativamente a su vida laboral, social y personal (Chaparro-Díaz et al., 2016a).

El ser cuidador principal de una persona afectada por la EM supone afrontar diferentes circunstancias que pueden llevar a estar en riesgo de padecer sobrecarga por el cuidado ofrecido a su familiar (Chaparro-Díaz et al., 2016b). Las demandas de cuidado se relacionan con actividades asistenciales hacia su familiar, el suministro de medicamentos, acompañamiento permanente y soporte frente a la discapacidad neurológica a la que persona que asiste (Macías Delgado y Pedraza Núñez, 2014). No obstante, otros factores como los costos de la enfermedad; la pérdida o reducción de la actividad laboral de los afectados y sus cuidadores; el estado civil e incluso el sexo del cuidador influyen en el aumento de carga, independientemente del grado de discapacidad de la persona que padece EM (Özmen y Yurttaş, 2018).

La investigación ha puesto de manifiesto que la presencia de sobrecarga del cuidador es un factor predominante en su menor calidad de vida, el empeoramiento de su salud física, en la posibilidad de sufrir trastornos mentales y en graves dificultades de crear y conservar relaciones sociales, lo que es primordial en la percepción de un soporte social deficiente. En consecuencia, es evidente el impacto

que la EM tiene sobre el cuidador familiar (Bambara et al., 2014; Di Cara et al, 2020 y Santos et al., 2019).

Por lo tanto, esta investigación pretende evaluar la carga emocional que pueden llegar a padecer los cuidadores de personas que padecen esclerosis múltiple en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura en relación con los factores sociodemográficos definidos.

Teniendo en cuenta este objetivo general, se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Existen diferencias significativas en la carga percibida entre los cuidadores principales y aquellos que no lo son.

Hipótesis 2: Existen diferencias significativas en la carga percibida entre los cuidadores con respecto al sexo de estos.

Hipótesis 3: Existen diferencias significativas en la carga percibida entre aquellos cuidadores que trabajan y los que no lo hacen.

Hipótesis 4: Existen diferencias significativas en la carga percibida entre aquellos cuidadores que son la pareja del afectado y los que no lo son.

.



## **Método**

### **Diseño**

El campo de aplicación de este trabajo es el de la investigación clínica. Dentro de este campo, el estudio que se realiza puede ser enmarcado en la modalidad cuantitativa o empírico-analítica.

La metodología empleada ha sido ex-post-facto o no experimental. Dentro de este enfoque se han adoptado las metodologías descriptivo-relacional y comparativo-causal mediante estudios de encuesta, ya que esta investigación se “adapta más a la obtención de hechos personales y sociales, creencias y actitudes” (Kerlinger y Lee, 2002).

Cabe señalar que se trata de una investigación transeccional ya que los datos de cada una de las encuestas son recolectados en un único momento, con el propósito de describir las variables implicadas en el fenómeno de estudio y analizar su incidencia e interrelación.

### **Muestra y población**

La muestra de la investigación está formada por 50 cuidadores de personas que padecen esclerosis múltiple. Todos estos cuidadores se ofrecieron voluntariamente para cumplimentar el cuestionario que tiene como intención valorar su carga emocional. Por tanto, el procedimiento de muestreo es de tipo incidental. La mayor parte de los cuidadores encuestados forman parte de la asociación de Esclerosis Múltiple de Extremadura (EMEX), la cual es una entidad sin ánimo de lucro creada por afectados y familiares de personas con Esclerosis Múltiple y otras enfermedades neurodegenerativas de Extremadura.

Con respecto a las principales características de la muestra, nos encontramos con que un 66% de la misma se define como cuidador principal. Con respecto al sexo, hay un 54% de hombres, lo que concuerda con el hecho de que la EM afecta en un

porcentaje significativamente mayor a las mujeres que a los hombres y que los cuidadores principales suelen ser las parejas de las afectadas. La edad media de la muestra es de 44,5 años, con una desviación típica de 14,7 años. Con respecto al estado civil, el 64% de los encuestados está casado, habiendo un 10% de personas solteras. El nivel de estudios de la muestra es mayoritariamente universitario (43%), destacando también las personas con educación secundaria (41%). Con respecto a la situación laboral de la muestra, aproximadamente el 45% de la misma no trabaja y el 40% que si lo hace tiene un contrato a tiempo completo. El alto porcentaje de cuidadores que no trabaja se debe seguramente a la gran dificultad que supone compaginar la actividad laboral con el tiempo que supone el cuidar a una persona dependiente. Con respecto al grado de parentesco, el 56% de los cuidadores son la pareja del afectado de EM, destacando también que el 22% de la muestra son los hijos de estos. Si nos fijamos en el grado de dependencia, el grado 1 o dependencia moderada es el más predominante con un 40%, por lo que la mayoría de estos afectados necesitaría ayuda en las tareas de la vida cotidiana al menos una vez al día. También se observa que hay un 22% de personas sin dependencia y pueden realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda. Además, un total del 38% de las personas enfermas tienen una dependencia severa o gran dependencia, lo que implica una necesidad de ayuda externa permanente para realizar las rutinas de la vida diaria: aseo, vestirse, cocina, baño, etc.

## **Instrumento**

El instrumento utilizado para esta investigación fue la Escala de carga del cuidador de Zarit que es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Es una escala autoadministrada que consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidado. Para cada una de ellas el cuidador

tiene que indicar la frecuencia con la que se siente así, utilizando una escala que consta de cinco opciones de respuesta<sup>1</sup> (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (frecuentemente) y 5 (casi siempre). Las puntuaciones de cada ítem se suman y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. La puntuación de la escala de Zarit estará por lo tanto entre 22 y 110 puntos. Según la adaptación en nuestro país de esta escala, se considera que:

- Con una puntuación  $\leq 46$  “no hay sobrecarga”
- Con una puntuación entre 47 y 55 hay “sobrecarga leve”
- Con una puntuación mayor de 56 hay “sobrecarga intensa”

El instrumento ha obtenido puntuaciones adecuadas de fiabilidad en muestras de españolas de cuidadores de afectados de diversas enfermedades.

## Resultados y discusión

En la tabla 1 se puede observar las medias de carga percibida de los cuidadores principales con respecto al número de años transcurridos desde el diagnóstico de la enfermedad. Es de destacar que los cuidadores principales que conviven con la enfermedad de 10 a 20 años son los que manifiestan una mayor carga percibida de media. El resto de los valores de carga percibida son muy similares a pesar de tener muy distintos intervalos de años de diagnóstico.

**Tabla 1**

*Media de carga percibida por años diagnosticada la EM*

| Años diagnosticado | Media carga percibida |
|--------------------|-----------------------|
| 0-10               | 42,8                  |
| 11-20              | 52,25                 |
| 21-30              | 38,8                  |
| 31-40              | 39                    |

Estos resultados parecen indicar que es a partir del décimo año cuando el cuidador principal es totalmente consciente de lo que supone el ser el principal soporte

de un enfermo de esclerosis múltiple a todos los niveles. A este respecto, la investigación de Flores, Rivas y Seguel (2012) mostraba que el 50% los cuidadores principales con periodos de 11 a 15 años y de más de 15 años manifestaban niveles de carga intensa.

En la tabla 2 se muestran los resultados de los contrastes realizados para cada una de las hipótesis planteadas:

**Tabla 2**  
*Resultados de los contrastes de las hipótesis planteadas*

| Hipótesis                                                           | Grupo          | M     | DT    | Estadístico  | Resultados |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-------|--------------|------------|
| H1:<br>Comparativa<br>cuidadores<br>principales y<br>no principales | Principales    | 45,32 | 14,65 | T de Student | p=0.00     |
|                                                                     | No principales | 39,35 | 15,89 |              |            |
| H2:<br>Comparativa<br>cuidadores y<br>cuidadoras                    | Cuidadores     | 39,27 | 10,92 | T de Student | p=0.00     |
|                                                                     | Cuidadoras     | 46,73 | 17,51 |              |            |
| H3:<br>Comparativa<br>cuidadores que<br>trabajan y los<br>que no    | Con empleo     | 42,33 | 17,63 | T de Student | p=0.00     |
|                                                                     | Sin empleo     | 44,29 | 12,58 |              |            |
| H4:<br>Comparativa<br>cuidador pareja<br>y no pareja                | Pareja         | 43,89 | 16,00 | T de Student | p=0,00     |
|                                                                     | No pareja      | 41,36 | 12,47 |              |            |

En la primera hipótesis se planteaba que había diferencias significativas en la carga percibida entre aquellos familiares que son cuidadores principales y los que no lo son. Los resultados muestran que se rechaza la hipótesis nula y, por tanto, hay diferencias significativas con respecto a la carga percibida entre los cuidadores principales y los familiares que no lo son, lo que es coherente con los resultados de otras investigaciones ya que el cuidador principal dedica entre 6 y 24 horas a acompañar al familiar enfermo realizando múltiples tareas relacionadas con la alimentación, higiene, etc. lo que obliga a una organización del tiempo y del propio

hogar, un cambio de roles y una búsqueda de recursos y apoyo (Portillo, Wilson y Sarazibar, 2002).

En la segunda hipótesis se planteaba que había diferencias significativas en la carga percibida dependiendo de si el cuidador principal es hombre o mujer. Los resultados muestran que se rechaza la hipótesis nula y, por tanto, hay diferencias significativas con respecto a la carga percibida entre los cuidadores y las cuidadoras con una mayor carga percibida por parte de las cuidadoras. Estos resultados son coincidentes con otras investigaciones ya que las cuidadoras, a pesar de tener una edad media inferior a los cuidadores, presentan una peor salud física y valores significativamente más amplios en depresión y ansiedad (Peña Ibáñez, Álvarez Ramírez y Melero Martín, 2016).

En la tercera hipótesis se planteaba que había diferencias significativas en la carga percibida entre aquellos cuidadores que trabajan actualmente y los que no. Los resultados muestran que se rechaza la hipótesis nula y, por tanto, hay diferencias significativas en la carga percibida entre los cuidadores empleados y los desempleados con una mayor carga percibida por parte de los que no trabajan. A este respecto, en la investigación de Úbeda Bonet y Roca Roger (2008), se indica la dificultad para mantener un trabajo remunerado y que casi el 50% de los cuidadores habían tenido que abandonarlo temporal o definitivamente para ejercer su labor de cuidador. Por otra parte, en la investigación de Rivera Navarro et al. (2008), el trabajo remunerado fuera del hogar se percibía como un factor protector de la carga percibida. En este sentido, los cuidadores en situación de desempleo manifestaban una baja autoestima y una menor capacidad de adaptación y aceptación de la situación que aquellos que conservaban su empleo. Por último, en la investigación de Puerto Guerrero et al. (2022), se observa una mayor calidad de vida percibida cuando el cuidador puede conservar su actividad laboral, ya que esto supone que tiene un mayor apoyo por parte

de familiares e instituciones a la hora de poder confiar el cuidado de la persona afectada a otras personas mientras dura su jornada laboral.

En la cuarta hipótesis se planteaba que había diferencias significativas en la carga percibida de aquellos cuidadores que eran pareja de la persona afecta y los que no lo son. Los resultados muestran que se rechaza la hipótesis nula y, por tanto, hay diferencias significativas entre los cuidadores que son pareja del afectado por esclerosis múltiple y los que no lo son con una menor carga percibida por parte de estos últimos. En este sentido, la investigación de Puerto Guerrero et al. (2022) ya reseñada, señala que los cuidadores que son pareja del enfermo manifiestan una menor calidad de vida percibida. Por otra parte, en la investigación de Rivera Navarro et al. (2008), se manifiesta que los cuidadores principales demandan un mayor apoyo familiar para las tareas de cuidado ya que estas personas se han dado cuenta de que no pueden afrontar solos esta problemática y desean recibir soporte de redes familiares y de amigos.

## **Conclusiones**

Los cambios sociodemográficos de las últimas décadas conducentes hacia el respeto a los derechos fundamentales de la persona dependiente de libertad, autonomía y dignidad contrastan con la persistencia de un modelo tradicional de cuidados a la persona dependiente anclado en conceptos como el paternalismo y el proteccionismo.

Los resultados del presente estudio muestran que el número de años que han transcurrido desde que se diagnosticó la enfermedad tiene valores similares de carga percibida en todos los tramos salvo en el de 11 a 20 años. Esto puede ser debido a que el desarrollo de la enfermedad, el aumento del grado de dependencia de la persona con EM y todas las dificultades planteadas durante más de 10 años de cuidados, marquen

un punto de inflexión en la carga percibida que no se manifiesta en periodos de años transcurridos desde el diagnóstico inferiores y superiores. En el primer caso, porque todavía se está en un periodo de aceptación de la enfermedad del ser querido y no se es totalmente consciente de lo que implica, además de que los síntomas de la enfermedad no suelen ser muy intensos los primeros años. En el caso de los periodos superiores, porque ya se ha aceptado lo que conlleva el ser cuidador principal de una persona con EM y el aumento del grado de dependencia en este periodo es más gradual dentro de la gravedad.

Por otra parte, resulta evidente que el síndrome del cansancio del cuidador es un problema de elevada prevalencia y gravedad. El que el cuidador sea mujer, el hecho de que sea pareja del afectado, y que sea el cuidador principal implican significativamente una mayor carga percibida, mientras que el tener un trabajo remunerado hace que manifieste una menor carga percibida comparado con los que no lo tienen.

Como conclusión, resulta necesario que la Administración pública, y en especial el sector sociosanitario, aborden este problema de una manera integral. Sería recomendable diseñar políticas en las que se tenga en cuenta el cuidado, el cuidador y el acompañamiento del afectado por la esclerosis múltiple. La Atención Primaria, con las herramientas ya existentes, puede jugar un papel fundamental en este abordaje.

## **Referencias**

Bambara J.K., Turner A.P., Williams R.M. y Haselkorn J.K. (2014). Social support and depressive symptoms among caregivers of veterans with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*;59(2):230–5. Doi: <http://doi.org/10.1037/a0036312>.

Carreño, S. P., Sánchez-Herrera, B., Carrillo, G. M., Chaparro-Díaz, L., y Gómez, O. J. (2016a). Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 342-349.

Chaparro-Díaz L., Carreño-Moreno S., Campos-Aldana M.S., Benavidez F., Niño-Cardozo C.L., Cardona R., et al. (2016b). La habilidad de cuidado del cuidador familiar en diferentes regiones de Colombia. *Revista UDCA Actual y Divulgación Científica*, 19(2):275–84. Doi: <https://doi.org/10.31910/rudca.v19.n2.2016>

Di Cara M., Bonanno L., Rifici C., Sessa E., D'Aleo G., Corallo F., et al. (2020). Quality of life in patients with multiple sclerosis and caregivers. Predictive factors: An observational study. *Journal of Clinical Neuroscience*, 78, 242-245. 2020. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.04.014>

González Maldonado R. y Fernández López O. *El extraño caso de la mielina perdida (la esclerosis múltiple disfrazada)*. Granada: Grupo Editorial Universitario; 1998. p. 268.

Kerlinger, F. y Lee, H.. (2002). Investigación del Comportamiento. *Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. McGraw Hill. México.

Llaneza, M.A. (2021). Situación de la esclerosis múltiple en España. *Redacción médica* [Internet].

Macías-Delgado Y., Pedraza-Núñez H., Jiménez-Morales R., Pérez-Rodríguez M., De La Valle-Solano Rosa C. y Fundara-Díaz R. (2014). Sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes con esclerosis múltiple: Su relación con la depresión y ansiedad. *Revista Mexicana de Neurociencia*;15(2):81–6.

Özmen, S., y Yurttas, A. (2018). Determination of care burden of caregivers of patients with multiple sclerosis in Turkey. *Behavioural neurology*, 2018.



Peña-Ibáñez, F., Álvarez-Ramírez, M. Á. y Melero-Martín, J. (2016). Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Revista Enfermería global*, 15(43), 100-111.

Portillo Vega M.C., Wilson Barnet J. y Sarazibar Razquin M.I. (2002). Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados. *Revista Enfermería Clínica*, 12, 94-103.

Puerto-Guerrero, A. H., López-Díaz, L., Velásquez-Gutiérrez, V. F., Tovar-Roa, R. L. y López-Reyes, L. (2022). Cuidadores de personas con esclerosis múltiple: carga de cuidado, apoyo social y calidad de vida. *Revista Duazary*, 19(2), 72-84.

Rivera Navarro, J., Morales González, J. M., Benito-León, J. y Mitchell, A. J. (2008). Dimensión social y familiar: experiencias de cuidadores y personas con esclerosis múltiple. El estudio GEDMA [The social and familial dimension: experiences of caregivers and people with multiple sclerosis. The GEDMA study]. *Rev Neurol*. 16-30;47(6):281-5. Spanish. PMID: 18803152.

Santos M., Sousa C., Pereira M. y Pereira G. (2019). Quality of life in patients with multiple sclerosis: A study with patients and caregivers. *Disability and health journal*, 12(4):628–34. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.03.007>

Úbeda Bonet, I. y Roca Roger, M. (2008). ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes? *Nursing*, vol. 26, num. 10, p. 62-66.