

Volumen 17

Número 2

Diciembre 2020

ISSN: 1578-908X

---

# ACCIÓN PSICOLÓGICA

Director: José Luis Martorell



Open Acces online

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica>

## Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA  
VOLUMEN 17, NÚMERO 2, JUNIO 2020 - ISSN: 2255-1271

*Acción Psicológica* es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

**Editor jefe / Chief Editor:** José Luis Martorell Ypiens Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

**Editor / Editor:** Miguel A. Carrasco Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

### Editores asociados / Associate Editors

Donald H. Saklofske University of Western Ontario, Canadá  
Annamaria Di Fabio Università degli Studi di Firenze - UniFI  
Gabriela Topa Cantisano Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

### Coordinadora editorial/ Editorial Coordination

M. Ángeles López González Universidad Rey Juan Carlos

### CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Rubén Ardua (Universidad Nacional de Colombia)	Farah Malik (University of the Punjab, Pakistan)
M <sup>a</sup> Dolores Avia Aranda (UCM)	Jesús Ignacio Martín Cordero (UNED)
José Bermúdez Moreno (UNED)	José Carlos Mingote Adán, Soc. Esp. Medicina Psicosomática
Lluís Botella García del Cid (Universitat Ramon Llull)	Maritza Montero (Universidad Central de Venezuela)
Helio Carpintero Capell (UDIMA)	José Muñoz Fernández (Universidad de Oviedo)
Eric J. de Bruyn (Radboud Universiteit Nijmegen, Holanda)	K. Paulick (Universität Hamburg, Alemania)
Gian Vittorio Caprara (Sapienza-Università di Roma, Italia)	José María Peiró Silla (Universitat de València)
Jean Paul Caverni (Université d'Alsace-Marseille, Francia)	Ana María Pérez García (UNED)
Enrique Echeburúa Odriozola (UPV/EHU)	Susan Pick (Universidad Central de México)
Michael W. Eysenck (University of London, UK)	Karen Ripoll-Núñez (Universidad de los Andes, Colombia)
Lourdes Ezpeleta Ascaso (Universitat de Barcelona)	Juan Fco. Rodríguez Testal (Universidad de Sevilla)
Guillem Feixas (Universitat de Barcelona)	Donald K. Routh (Universidad of Miami, USA)
Rocío Fernández Ballesteros (Universidad Autónoma Madrid)	Fernando Rubio Garay (COP, España)
María Forns Santacana (Universitat de Barcelona)	M. Salas (Universidad Católica de Chile)
Akis Giovazolias (University of Crete, Greece)	N. Salgado (Universidad Central de México)
Francisco Pablo Holgado (UNED)	Encarnación Sarriá Sánchez (UNED)
David Jaúregui Camasca (Univ. de San Marcos, Perú)	D. Silva (Universidade de Lisboa, Portugal)
Phillipe N. Johnson Laird (Princeton University, USA)	Charles Spielberger (University of Florida, USA)
Julian Lloyd (University of Chester, UK)	Richard E. Tremblay (University of Montreal, USA)
Francisco Machado (Maia University Institute, Portugal)	Bernhard Wilpert (Technische Universität Berlin, Alemania)

### COMITÉ DE ÉTICA / ETHICS COMMITTEE

M <sup>a</sup> José Contreras	UNED
Roberto Domínguez Bilbao	Universidad Rey Juan Carlos
Marcela Paz González Brignardello	UNED
Itziar Iruarrizaga Díez	Universidad Complutense de Madrid
Ricardo Pellón Suárez de Puga	UNED

### ASESOR TÉCNICO / TECHNICAL ADVISOR

Alexis Moreno Pulido UNED

## Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA

VOLUMEN 17, NÚMERO 2, DICIEMBRE 2020 - ISSN: 2255-1271

*Acción Psicológica* es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

### NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

*Acción Psicológica* publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

Las normas de envío de originales se detallan en la web de la revista:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/about/submissions#onlineSubmissions>

**Copyright:** la revista *Acción Psicológica* se publica bajo licencia Creative Commons Reconocimiento – NoComercial (CC BY-NC).

**Contacto:** Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología (UNED). C/ Juan del Rosal nº 10, 28040 Madrid, Spain. Email: [accionpsicologica@psi.uned.es](mailto:accionpsicologica@psi.uned.es)

## Acción Psicológica

SEMIANNUAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY

VOLUME 17, NUMBER 2, DECEMBER 2020 - ISSN: 2255-1271

*Acción Psicológica* is a semiannual journal published by the Faculty of Psychology of the Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) since 2002. Publishes original research, review, theoretical or methodological contributions, as well as case studies on different areas of Psychology.

### INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

#### Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>

The manuscripts will be upload in formats: ".doc" or ".docx" in the journal website <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/about/submissions#onlineSubmissions> Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **6000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

*Acción Psicológica* is indexed in the following databases:

**Bibliographical International:** Emerging Source Citation Index (ESCI-Clarivate Analytics), Academic Search Complete, Academic Search Premier and Fuente Academica Plus (EBSCO), ProQuest Psychology Journals, ProQuest Central, ProQuest Central K-12, ProQuest Health Research Premium Collectium, ProQuest Hospital Premium Collection, DOAJ, FirstSearch (OCLC), PubPsych (ZPID), SciELO, Open J-Gate, Dialnet, e-Revistas, Redalyc.

**Bibliographical National:** Compludoc, ISOC (CSIC-CINDOC), Psicodoc, Psyke.

Web site of the journal, with information, index, abstracts and full text (in pdf format) of articles:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/index>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

---

Servicio de Psicología Aplicada

# ACCIÓN PSICOLÓGICA

VOLUMEN 17

DICIEMBRE 2020

NÚMERO 2

## ÍNDICE

<b>1. Actitudes Sexuales en personas con Altas Capacidades Intelectuales (ACI).....</b>	<b>1</b>
M. Pilar Carrillo-Romero, Andrés López de la Llave, Eva Sánchez y M. Carmen Pérez-Llantada	
<b>2. El apego en la vejez, una dimensión a tener en cuenta.....</b>	<b>13</b>
María Pilar Quiroga Méndez	
<b>3. Descripción del perfil psicológico del paciente bariátrico: Obesidad Infantil, Apego y satisfacción de la relación de pareja .....</b>	<b>25</b>
Paola Merino Díaz, M <sup>a</sup> del Mar Benítez Hernández, M <sup>a</sup> Ángeles Arias, Mercedes Borda Mas y Asunción Luque Budia	
<b>4. Escala de Claridad en el Autoconcepto: adaptación y validación para su uso con adolescentes de Argentina.....</b>	<b>43</b>
María Fernanda Molina, Ignacio Celsi y Vanina Schmidt	
<b>5. Escolaridad y Entrenamiento en el Modelo de Solución de Problemas para el Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....</b>	<b>57</b>
Norma Yolanda Rodríguez, Jorge Gregorio Martínez Stack, María Lourdes Rodríguez Campuzano y Antonio Rosales Arellano	
<b>6. Adaptación al español de la Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P).....</b>	<b>71</b>
Carmen Beneytez-Barroso, Araceli Del Pozo-Armenti, Domingo García-Villamisar y Jacqui Rodgers	
<b>7. Definición y Competencias de la Inteligencia Espiritual. Estudio Cualitativo.....</b>	<b>83</b>
Antonia Martín-Sánchez, Mónica Rodríguez Zafra y Juan Carlos Cenicerros-Estévez	
<b>8. El estudio de la Inteligencia Espiritual II: un instrumento de evaluación de su desempeño competencial.....</b>	<b>103</b>
Antonia Martín-Sánchez, Mónica Rodríguez Zafra y Juan Carlos Cenicerros-Estévez	
<b>9. ¿Por qué motivos se esfuerzan los estudiantes en educación primaria?: Un estudio de la orientación motivacional por curso y sexo.....</b>	<b>123</b>
Héctor Galindo-Domínguez y Maitane Pegalajar-Méndez	
<b>10. Pacientes coronarios hablando de riesgos nutricionales: etiquetado NutriScore y máquinas de «vending» .....</b>	<b>135</b>
M <sup>a</sup> José Ferreira Díaz, Ana Laguña y Gabriela Topa	

## CONTENTS

<b>1. [Sexual Attitudes of Gifted Persons].....</b>	<b>1</b>
M. Pilar Carrillo-Romero, Andrés López de la Llave, Eva Sánchez, and M. Carmen Pérez-Llantada	
<b>2. [Attachment in Old Age, a Dimension to Take into Account].....</b>	<b>13</b>
María Pilar Quiroga Méndez	
<b>3. [Bariatric patient's psychological profile: a description. Childhood Obesity, Attachment and Satisfaction with their Couple Relationship].....</b>	<b>25</b>
Paola Merino Díaz, M <sup>a</sup> del Mar Benítez Hernández, M <sup>a</sup> Ángeles Arias, Mercedes Borda Mas, and Asunción Luque Budia	
<b>4. [Self-Concept Clarity Scale: Adaptation and validation for its use with adolescents from Argentina].....</b>	<b>43</b>
María Fernanda Molina, Ignacio Celsi y Vanina Schmidt	
<b>5. [Schooling and Training in the Problem Solving Model for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus].....</b>	<b>57</b>
Norma Yolanda Rodríguez, Jorge Gregorio Martínez Stack, María Lourdes Rodríguez Campuzano, and Antonio Rosales Arellano	
<b>6. [Spanish Adaptation of the Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P)].....</b>	<b>71</b>
Carmen Beneytez-Barroso, Araceli Del Pozo-Armenti, Domingo García-Villamisar y Jacqui Rodgers	
<b>7. [Definition and Competences of Spiritual Intelligence. Qualitative Study].....</b>	<b>83</b>
Antonia Martín-Sánchez, Mónica Rodríguez Zafra, and Juan Carlos Cenicerros-Estévez	
<b>8. [The Study of Spiritual Intelligence II: An Instrument for Evaluating their Competence Performance].....</b>	<b>103</b>
Antonia Martín-Sánchez, Mónica Rodríguez Zafra, and Juan Carlos Cenicerros-Estévez	
<b>9. For what reasons do students strive in primary education?: A study of motivational orientation by course and sex].....</b>	<b>123</b>
Héctor Galindo-Domínguez and Maitane Pegalajar-Méndez	
<b>10. [Coronary patients talking about nutritional risks: NutriScore labeling and vending machines in hospitals] .....</b>	<b>135</b>
M <sup>a</sup> José Ferreira Díaz, Ana Laguía, and Gabriela Topa	



# ACTITUDES SEXUALES EN PERSONAS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

## SEXUAL ATTITUDES OF GIFTED PERSONS

M. PILAR CARRILLO-ROMERO, ANDRÉS LÓPEZ DE LA LLAVE,  
EVA SÁNCHEZ Y M. CARMEN PÉREZ-LLANTADA<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Carrillo-Romero, M. P., López de la Llave, A., Sánchez, E. y Pérez-Llantada, M. C. (2020). Actitudes sexuales en personas con altas capacidades intelectuales [Sexual Attitudes of Gifted Persons]. *Acción Psicológica*, 17(2), 1–12. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27048>

### Resumen

El objetivo principal de este estudio exploratorio fue examinar las diferencias en actitudes sexuales entre personas adultas con Altas Capacidades Intelectuales (ACI) y otros participantes pertenecientes a la Población General, en cuanto a su dotación Intelectual (PGI). La muestra estuvo compuesta por 126 personas (80 personas PGI y 46 ACI). Se administró a los participantes la escala ATSS (2005). Tanto los participantes, de la muestra PGI como los de ACI, mostraron actitudes tendentes al conservadurismo. Las comparaciones llevadas a cabo, considerando a todos los participantes (PGI y ACI), atendiendo a la edad o al Sexo mostraron que: (a) las personas más mayores informaron actitudes más liberales que los más jóvenes, quienes mostraron actitudes más conservadoras, y (b) los hombres obtuvieron valores más altos en erotofilia (una actitud más liberal) que las mujeres

excepto en lo referente al tema del aborto, en el que ellas resultaron más liberales. Las comparaciones entre PGI y ACI mostraron diferencias estadísticamente significativas en el Factor que se refiere a la pornografía, resultando más conservadoras en este asunto las personas ACI.

**Palabras clave:** Actitudes; sexualidad; altas capacidades.

### Abstract

An exploratory study was carried out with the main objective of examining the differences in the sexual attitudes of gifted persons (ACI) and other participants from the General Population, in terms of their Intelligence (PGI). The sample contained 126 people (80 PGI people and 46 ACI). Participants completed the ATSS scale (2005). All participants in the sample showed attitudes tending towards conservatism. The comparisons carried out, on the basis of

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** María del Carmen Pérez-Llantada Rueda, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

**Email:** [mperez-llantada@psi.uned.es](mailto:mperez-llantada@psi.uned.es)

**ORCID:** María Pilar Carrillo-Romero (<https://orcid.org/0000-0003-4936-3892>), Andrés López de la Llave Rodríguez (<https://orcid.org/0000-0001-8862-5168>), María del Carmen Pérez-Llantada Rueda (<https://orcid.org/0000-0001-8277-252X>)

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 20 de junio de 2020.

Aceptado: 28 de noviembre de 2020.



age or gender, showed that: a) older people reported more liberal attitudes than younger people, who were more conservative, and b) men had higher values in erotophilia (a more liberal attitude) than women, with the exception of abortion, in which women were more liberal. The comparisons between PGI and ACI showed statistically significant differences in the Factor that refers to pornography, with ACI people being more conservative about this issue.

**Keywords:** Attitudes; Sexuality; Gifted.

## Introducción

Tradicionalmente, las investigaciones llevadas a cabo con Altas Capacidades Intelectuales (ACI), se han centrado en estudiar las características cognitivas, las habilidades específicas o su rendimiento académico (Ruano, 2016). El concepto “alta capacidad” ha ido evolucionado a lo largo del tiempo, y, aunque los estudios iniciales lo relacionaban únicamente con el alto rendimiento académico y un elevado cociente intelectual (CI), hoy se define como un potencial a desarrollar (Altas capacidades o Superdotados, 2020).

Actualmente está surgiendo también un notable interés por otras áreas, por ejemplo el estudio de la personalidad de quienes presentan ACI, las emociones o su nivel de adaptación social (Borges et al., 2011). Aunque en las últimas décadas se aprecia un incremento en el número de investigaciones sobre los aspectos emocionales (Fernández, 2008), los estudios sobre su sexualidad siguen siendo escasos (Dijkstra et al., 2017).

La mayoría de las investigaciones ACI están centradas en población infantil y adolescente y, como se acaba de señalar, atienden principalmente a cuestiones educativas. Sin embargo, cada vez con más frecuencia se publican estudios que tratan cuestiones relativas a la personalidad, al ajuste emocional y otras características socioemocionales. Estas cuestiones son las que más controversia ha generado, ya que en los primeros estudios numerosos autores hablan de desajuste emocional en personas con altas capacidades (Kitano, 1990). Sin embargo, estudios posteriores, han mostrado que esto podría considerarse como un mito.

Borges et al. (2011) llevaron a cabo un estudio con adolescentes que se centraba en las evidencias existentes respecto al “mito” de la inadaptación de las personas con altas capacidades intelectuales. En dicho estudio, se afirmaba que: “los resultados obtenidos relativos a la adaptación de las personas de altas capacidades no permiten afirmar que difieran de otros grupos con menor cociente intelectual. Estos resultados, si bien no permiten concluir que el alumnado de altas capacidades sea más adaptado, personal, escolar o socialmente, si es cierto que parece existir independencia entre la adaptación y la inteligencia” (Borges et al., 2011, p. 365). Así, parece que la inadaptación y la alta capacidad intelectual no son variables interdependientes, y que no existen evidencias que permitan sostener que los individuos más dotados sean inadaptados social o psicológicamente (Borges et al., 2017). Tal es así, que hoy se cuenta con suficiente evidencia empírica sobre el hecho de que las personas de altas capacidades no solo no muestran tendencia a sufrir problemas emocionales sino que se encuentran mejor y más ajustados que personas de capacidades medias, tanto social como emocionalmente debido a que su capacidad superior les permite un mayor y mejor autoconocimiento de sí mismos y del entorno (Freeman, 2008; Martin et al., 2010; Trillo-Luque, 2012).

Dijkstra et al. (2017) han relacionado la inteligencia alta con las relaciones afectivas y el amor. Según esta teoría del apego, los vínculos formados durante la infancia definen el modo en el que en la vida adulta interaccionamos con los demás y nos comportamos de una manera socialmente adecuada. Se proponen cinco estilos para afrontar los problemas con los demás, teniendo en cuenta, tanto el grado en que se valoran las propias preferencias y conflictos, como el modo en que se valoran las de los demás. Estos estilos son: (a) integrador (alta dedicación a las necesidades propias y las de los demás), (b) dominador (alta dedicación a necesidades propias y baja a las de los otros), (c) servicial (baja dedicación a las necesidades propias y alta a las de los otros), (d) de evitación (baja dedicación a necesidades propias y a las de los otros), y (e) compromiso (moderada dedicación a necesidades propias y las de los demás). En este estudio se contó con una muestra de 196 personas heterosexuales de la organización Mensa (una entidad holandesa que agrupa a las personas ACI de todo el mundo, con una puntuación CI < 140). Además, se recopilaban datos de 146 adultos no pertenecientes a esta

asociación. Los resultados mostraron que las personas ACI no manifestaron estar descontentos con sus relaciones afectivas mostrando una tendencia a adoptar el “estilo evitador” a la hora de gestionar los conflictos con su pareja.

Halpern et al. (2000), y Kahn y Halpern (2018) analizaron la relación entre la sexualidad y la inteligencia y encontraron una alta prevalencia de adolescentes inteligentes que retrasan sus relaciones sexuales, por valorar sus posibles consecuencias. Según estos autores, parecen mostrar actitudes que les llevan a comportarse de un modo menos impulsivo y más racional.

Parece suficientemente establecida la importancia de las actitudes en los comportamientos prosociales, en los niveles de socialización de las personas. Las actitudes sexuales son un importante determinante de los estilos de conducta afectiva y sexual cuando nos relacionamos con otras personas. Las actitudes (predisposiciones a responder de una manera determinada con reacciones favorables o desfavorables hacia algo) no son disposiciones psicológicas innatas. Se van formando a lo largo de la vida, pudiendo producirse cambios en función de las diversas experiencias vitales de las personas (Martínez, 2011). Así, las actitudes sexuales consistirían en una predisposición aprendida para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social en cuestiones relacionadas con la sexualidad (Moral de la Rubia, 2010).

Uno de los determinantes en la formación de las actitudes sexuales es el componente afectivo, al que solo recientemente, en el caso de personas con ACI, se le ha prestado atención. Por ejemplo, Clark (2002) señaló como características afectivas y actitudinales, en personas con altas capacidades: la sensibilidad intensa hacia los sentimientos del otro, un notable sentido del humor, la elevada autoconciencia, la profundidad e intensidad emocional y unos elevados niveles de juicio moral. Estas características resultan fundamentales a la hora de explicar las conductas que suponen interacción con otras personas, y en concreto las que tienen relación con la sexualidad y las actitudes sexuales.

El término sexualidad se utiliza para hacer referencia a una dimensión primordial de las personas. La sexualidad tiene que ver con las diferentes formas de sentir y provocar

placer y resulta determinante en la forma de relacionarnos con otros. En este sentido, las actitudes se consideran variables predictoras de la conducta humana en general (Petty et al., 1997) y de la sexual en particular. Un aspecto importante en cuanto a las actitudes sexuales es la dirección que puede tomar la conducta en los diferentes contextos sociales y personales, en función de los componentes cognitivos y emocionales de las actitudes. Si lo que predomina en ellas son los componentes emocionales, se puede hablar de erotofilia y erotofobia. Fisher et al. (1988) definen la dimensión erotofilia-erotofobia, como una disposición a responder a cuestiones sexuales mediante conductas de aproximación o huida. La erotofilia se ha relacionado con el hecho de contar con una más adecuada información sobre sexualidad. En cuanto al componente cognitivo se ha propuesto la dimensión conservadurismo vs. liberalismo. Considerando conjuntamente ambas dimensiones, cabe esperar que las personas conservadoras sean más erotofóbicas y las liberales más erotofílicas. (Fisher et al., 1988; Rodríguez y Farré, 2004).

Como se ve no existe un acuerdo unánime entre los diferentes investigadores en cuestiones que hacen referencia a las características actitudinales que se reflejan en las conductas sociales, y más concretamente en lo referente a las actitudes sexuales (que resultan determinantes tanto en comportamientos prosociales como en los niveles de salud y bienestar de las personas). En este sentido hemos encontrado tres posturas: (a) la de los que indican que no hay diferencias entre población general desde el punto de vista intelectual (PGI) y ACI, (b) los que señalan actitudes más adaptativas entre personas con ACI, y (c) quienes definen una desventaja adaptativa entre los ACI.

El objetivo general de este estudio es indagar sobre posibles diferencias, en cuanto a las actitudes sexuales, entre personas con ACI y personas pertenecientes a PGI. También se estudiará la relación de las variables edad y Sexo con los resultados, en cuanto a los valores obtenidos en la medida de las actitudes sexuales.

## Método

### Participantes

Participaron 162 personas, que fueron asignadas a una de las dos condiciones siguientes en función de su capacidad intelectual: Población general, desde el punto de vista intelectual (PGI), o personas con altas capacidades intelectuales (ACI). La asignación a una u otra condición dependía de sus respuestas a las siguientes cuestiones: (a) Si conoces tú CI, indica su valor, (b) ¿Eres una persona con altas capacidades intelectuales? y (c) ¿Conoces una asociación de personas con altas capacidades?

Las personas que no respondían a la primera cuestión, o cuya respuesta era un valor por debajo de 130, fueron consideradas con “población general desde el punto de vista intelectual” (PGI).

Quienes indicaban valores de CI superiores a 130 y además respondían afirmativamente a las otras dos cuestiones, fueron incluidos en el grupo de ACI. Quienes no respondían consistentemente a las tres cuestiones fueron excluidos de la muestra.

Como consecuencia de este procedimiento de selección, fueron eliminados 36 participantes, que no pudieron ser clasificados según este criterio, quedando la muestra final compuesta por 126 participantes (mujeres: 78-62 % y varones: 48-38 %). El grupo PGI estaba compuesto por 80 participantes (63.5 %) y el grupo ACI lo componían 46 personas (36.5 %). La edad de los participantes osciló entre los 20 y los 68 años. Siendo la media de edad de 39.63 (DT = 10.31) años para el total de la muestra; 42.29 (DT = 11.61) años en hombres y de 38.00 (DT = 9.13) años para las mujeres (ver Tabla 1).

**Tabla 1.**

*Composición de la muestra en función de la edad y el sexo de los participantes*

	Edad, media (y DT)	Número de participantes: (y % de la muestra total)	
		PGI	ACI
Hombres (n = 48; 38.09 %)	42.29 (11.61)	25 (19.84 %)	23 (18.25 %)
Mujeres (n = 78; 61.9 %)	38.00 (9.13)	55 (43.65 %)	23 (18.25 %)
Total (N = 126; 100 %)	39.63 (10.31)	80 (63.49 %)	46 (36.5 %)

La composición de los grupos “Mayores” y “Jóvenes” se realizó en función de la media de edad, considerándose “Mayores” a todas las personas que tenían una edad igual o superior a la edad media del grupo de participantes y “Jóvenes” a los que tenían una edad inferior.

### Instrumento

Las actitudes sexuales se midieron mediante la “Escala de Actitudes hacia la Sexualidad” (Fisher y Hall, 1988). Se utilizó la versión española, adaptada y ampliada por Diéguez et al. (2005). Este instrumento presenta 27 afirmaciones sobre conceptos de actitud positiva o negativa (liberal o conservadora) hacia diferentes aspectos de la sexualidad. Algunos ejemplos de los ítems que componen la escala serían: “El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión” o “El coito premarital entre la gente joven es inaceptable para mí”. El cuestionario se responde indicando el grado de acuerdo con cada frase, en una escala Likert con cinco puntos de anclaje (0, 1, 2, 3 y 4). Proporciona una medida global sobre actitud “liberal o conservadora”, y además ofrece las puntuaciones en seis factores: “Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud” ( $\alpha = .75$ ), “Pornografía y prostitución” ( $\alpha = .72$ ), “Masturbación, fantasías y educación Sexual” ( $\alpha = .69$ ), “Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio” ( $\alpha = .65$ ), “Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual” ( $\alpha = .56$ ) y “Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela” ( $\alpha = .52$ ). Tanto la puntuación total, como la de cada uno de los factores, se calculan sumando los puntos de cada ítem, dividida por el número de ítems. Cuanto más alta sea la puntuación, más liberal (más favorable) es la actitud sexual a la que se refiere el factor.

En el informe del estudio original de esta adaptación de la escala se ha informado una fiabilidad de: alfa de Cronbach = .84 (Diéguez et al., 2005). Es nuestra investigación se obtuvo un valor para coeficiente Alfa de Cronbach de: .74.

### Procedimiento

El cuestionario se publicó en un formulario de Google, al que podían acceder quienes dispusieran del enlace correspondiente. Con el fin de evitar en lo posible, valores perdidos por falta de respuesta a alguna cuestión, se programó de forma que era necesario responder a todas las cuestiones para poder proceder al envío del formulario completado. En la información que precedía a las cuestiones, se informaba que se trataba de un cuestionario anónimo, que se ofrecía solo a personas mayores de edad y que, en cualquier caso, todos los datos recabados serían tratados conforme a las leyes de protección de datos españolas. Además, se indicaba una dirección de correo electrónico institucional (con la extensión @psi.uned.es) para responder a las posibles dudas o cuestiones relativas al estudio. El tiempo que se requería para completar el cuestionario fue de aproximadamente 15 minutos. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico, utilizando el procedimiento “bola de nieve”, siguiendo dos métodos. El primero consistió en ofrecer participar en el estudio a la comunidad universitaria de la UNED. Para ello se publi-

caron mensajes en las redes sociales a las que accede habitualmente esta población. En el anuncio se indicaba que se trataba de un estudio sobre “opiniones” respecto a cuestiones relacionadas con la sexualidad, abierto solo a mayores de edad. El segundo método pretendía obtener una muestra de personas con altas capacidades; para ello se contactó con asociaciones de personas con altas capacidades y se les informó del estudio que se iba a poner en marcha. Estas asociaciones divulgaron un texto que ofrecía información sobre la finalidad del estudio y el enlace donde podían contestar al cuestionario.

### Análisis de datos

Se trata de un diseño que busca comparar los resultados obtenidos en una escala de actitudes sexuales por diferentes subgrupos de la muestra total (Capacidad [ACI vs. PGI]; Sexo [Mujeres vs. Hombres]; Edad [Mayores vs. Jóvenes]). Se eligió como estadístico de contraste el ANOVA.

## Resultados

En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos por todos los participantes, en función del subgrupo de pertenencia, para cada uno de los factores, así como para pun-

**Tabla 2.**

*Puntuaciones medias (y DT) obtenidas en el cuestionario de actitudes sexuales: puntuación por factores y para la escala en su conjunto (media global).*

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Media Global
Edad (N=126)	Mayores (n = 62)	1.263 (0.201)	1.307 (0.355)	1.993 (0.114)	0.135 (0.387)	3.215 (0.262)	2.250 (0.229)	1.738 (0.112)
	Jóvenes (n = 64)	1.244 (0.173)	1.244 (0.326)	1.841 (0.106)	0.089 (0.191)	3.195 (0.231)	2.150 (0.322)	1.597 (0.105)
Sexo (N=126)	Hombres (n = 48)	1.269 (0.181)	1.133 (0.353)	1.841 (0.126)	0.135 (0.256)	3.173 (0.261)	2.133 (0.305)	1.598 (0.114)
	Mujeres (n = 78)	1.244 (0.191)	1.291 (0.343)	1.983 (0.098)	0.096 (0.330)	3.224 (0.235)	2.280 (0.249)	1.630 (0.119)
Capacidad (N=126)	ACI (n = 46)	1.280 (0.168)	1.207 (0.321)	1.945 (0.122)	0.073 (0.198)	3.199 (0.245)	2.204 (0.311)	1.599 (0.115)
	PGI (n = 80)	1.238 (0.196)	1.562 (0.351)	1.980 (0.103)	0.132 (0.349)	3.208 (0.248)	2.236 (0.262)	1.628 (0.099)

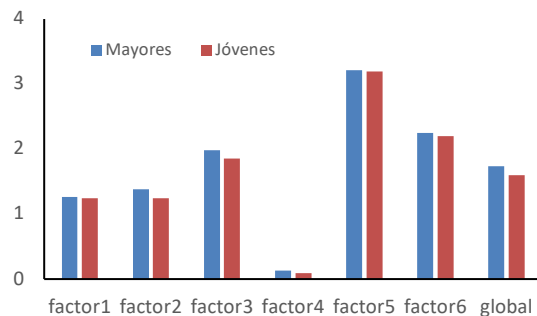
*Nota:* Factor 1: Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud. Factor 2: Pornografía y prostitución. Factor 3: Masturbación, fantasías y educación Sexual. Factor 4: Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio. Factor 5: Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual. Factor 6: Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela.

tuación global. En todos los casos el valor máximo posible de las puntuaciones era 4 y el mínimo 0.

Independientemente del subgrupo analizado, solamente los resultados que se refieren al Factor 5 (Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual) y al Factor 6 (Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela) se pueden considerar que representan actitudes liberales (o más erotofílicas) respecto a esas dimensiones de la sexualidad, ya que solo en estos dos factores las puntuaciones obtenidas son más altas que el punto medio de la escala. En el resto de factores, así como en la puntuación global, los participantes en este estudio han manifestado actitudes sexuales conservadoras (ver Figuras 1, 2 y 3).

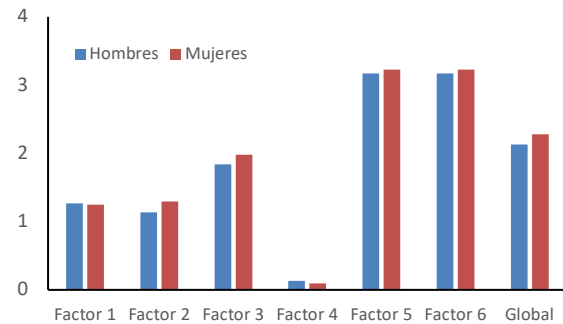
**Figura 1.**

Representación de los resultados en función de las categorías de Edad.



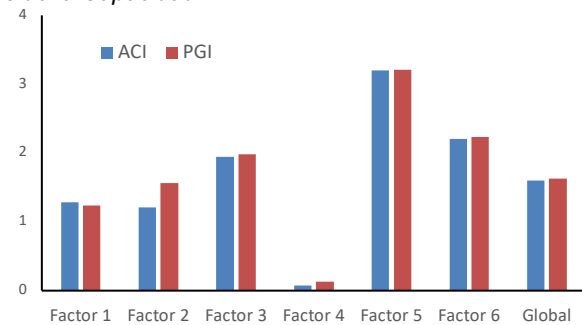
**Figura 2.**

Representación de los resultados en función de las categorías del Sexo.



**Figura 3.**

Representación de los resultados en función de las categorías de la Capacidad.



En la Tabla 3 se presentan los resultados del ANOVA realizado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones, realizadas en la cate-

**Tabla 3.**

Resultados del ANOVA, considerando a todos los participantes, en función de las variables: Capacidad, Sexo y Edad. Se indica el valor de  $F_{(1,118)}$ , de la probabilidad ( $p$ ), y del tamaño del efecto (eta cuadrado:  $\eta^2$ )

	PGI (n=80) / ACI (n=46)			Mujeres (78)/ Hombres (48)			Mayores (62)/Jóvenes (64)		
	$F$	$p$	$\eta^2$	$F$	$p$	$\eta^2$	$F$	$p$	$\eta^2$
Global	0.647	0.423	0.005	3.187	0.077	0.026	<b>8.824</b>	<b>0.004*</b>	0.070
Factor 1	2.665	0.105	0.022	0.279	0.599	0.002	2.650	0.106	0.022
Factor 2	<b>5.547</b>	<b>0.020*</b>	0.045	0.146	0.703	0.001	<b>4.537</b>	<b>0.035*</b>	0.037
Factor 3	2.379	0.126	0.020	<b>5.391</b>	<b>0.022*</b>	0.044	2.944	0.089	0.024
Factor 4	2.480	0.118	0.021	0.507	0.478	0.004	0.103	0.749	0.001
Factor 5	0.187	0.666	0.002	1.108	0.295	0.009	1.746	0.189	0.015
Factor 6	0.146	0.703	0.002	<b>9.147</b>	<b>0.003*</b>	0.072	3.803	0.054	0.031

\*  $p < .05$ . En las comparaciones, la  $p$  se ha calculado utilizando el ajuste Bonferroni.

**Tabla 4.**

*Puntuaciones medias (y DT) obtenidas en el cuestionario de actitudes sexuales por los participantes de la condición PGI (n=80): puntuación por factores y escala en su conjunto (media global)*

	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>Factor 5</b>	<b>Factor 6</b>	<b>Global</b>
Mayores (n = 36)	1.218 (0.220)	1.495 (0.338)	2.01 (0.099)	0.173 (0.473)	3.200 (0.181)	2.261 (0.205)	1.650 (0.148)
Jóvenes (n = 44)	1.258 (0.196)	1.288 (0.330)	1.945 (0.102)	0.116 (0.200)	3.194 (0.231)	2.148 (0.299)	1.596 (0.108)
Mujeres (n = 55)	1.234 (0.209)	1.342 (0.34)	1.996 (0.112)	0.121 (0.379)	3.228 (0.240)	2.305 (0.217)	1.645 (0.118)
Hombres (n = 25)	1.242 (0.167)	1.441 (0.346)	1.955 (0.081)	0.167 (0.274)	3.166 (0.263)	2.104 (0.314)	1.601 (0.108)

*Nota:* Factor 1: Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud. Factor 2: Pornografía y prostitución. Factor 3: Masturbación, fantasías y educación Sexual. Factor 4: Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio. Factor 5: Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual. Factor 6: Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela.

goría Capacidad (PGI vs. ACI) en las puntuaciones obtenidas en el Factor 2. En la categoría Sexo (Hombres vs. Mujeres) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los Factores 3 y 6. Cuando se compararon los resultados obtenidos en función de la categoría de Edad de los participantes (Mayores vs. Jóvenes), se encontró que había diferencias estadísticamente significativas tanto en la puntuación Global del cuestionario como en el Factor 2. En el resto comparaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En todos los casos en que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, la potencia observada era mayor que 0.80.

En el Factor 2, las personas pertenecientes a la condición ACI puntuaron como más liberales que las de la condición PGI ( $F_{(1,118)} = 5.547$ ;  $p = 0.021$ ;  $d = 0.151$ ;  $\eta^2 = 0.045$ ).

En cuanto al Sexo, las mujeres obtiene puntuaciones más liberales que los hombres en Factor 3 ( $F_{(1,118)} = 5.391$ ;  $p = 0.022$ ;  $d = 0.049$ ;  $\eta^2 = 0.044$ ) y en el Factor 6 ( $F_{(1,118)} = 9.147$ ;  $p = 0.003$ ;  $d = 0.158$ ;  $\eta^2 = 0.072$ ).

Cuando consideramos la Edad, las personas mayores puntúan como más liberales en el Factor 2 ( $F_{(1,118)} = 4.537$ ;  $p = 0.035$ ;  $d = 0.137$ ;  $\eta^2 = 0.037$ ). y Actitud global ( $F_{(1,118)} = 8.824$ ;  $p = 0.004$ ;  $d = 0.061$ ;  $\eta^2 = 0.070$ ).

En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos por los participantes que pertenecían a la condición PGI (n = 80), en función del grupo de Edad y de la condición Sexo. También en este caso, los resultados que se refieren a los Factor 5 y 6 se pueden considerar que indican actitudes sexuales más liberales.

Entre los participantes pertenecientes a la PGI, se encontró que en la categoría Edad, los mayores obtuvieron puntuaciones que indican actitudes más liberales en el Factor 2 ( $F_{(1,77)} = 7.156$ ;  $p = 0.009$ ;  $d = 0.207$ ;  $\eta^2 = 0.085$ ), en el Factor 3 ( $F_{(1,77)} = 6.918$ ;  $p = 0.010$ ;  $d = 0.138$ ;  $\eta^2 = 0.082$ ) y en Actitud global ( $F_{(1,77)} = 4.297$ ;  $p = 0.042$ ;  $d = 0.055$ ;  $\eta^2 = 0.053$ ). Atendiendo al Sexo, las mujeres mostraron actitudes más liberales que lo hombres, en el Factor 6 (desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela) las  $F_{(1,77)} = 10.575$ ;  $p = 0.002$ ;  $d = 0.200$ ;  $\eta^2 = 0.121$ .

En la Tabla 5 se presentan los resultados obtenidos por los participantes que pertenecían a la categoría ACI (n = 46), en función las condiciones Edad y Sexo. Del mismo modo que cuando se consideraba la totalidad de la muestra, solo los resultados que se refieren a los Factor 5 y 6 se pueden considerar que informan de actitudes liberales respecto a esas dimensiones de la sexualidad.

Exceptuando el Factor 1, entre los participantes con la característica ACI, no se encontraron diferencias estadís-

**Tabla 5.**

*Puntuaciones medias (y DT) obtenidas en el cuestionario de actitudes sexuales por los participantes de la condición ACI (n = 46): puntuación por factores y escala en su conjunto (media global).*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Global
Mayores (n = 26)	1,327 (0,156)	1,221 (0,324)	1,950 (0,127)	0,086 (0,220)	3,230 (0,254)	2,219 (0,260)	1,619 (0,100)
Jóvenes (n = 20)	1,225 (0,169)	1,212 (0,324)	1,940 (0,118)	0,056 (0,169)	3,158 (0,232)	2,185 (0,374)	1,574 (0,094)
Mujeres (n = 12)	1,257 (0,141)	1,239 (0,339)	1,973 (0,054)	0,54 (0,159)	3,181 (0,265)	2,148 (0,301)	1,587 (0,094)
Hombres (n = 11)	1,304 (0,192)	1,195 (0,308)	1,917 (0,161)	0,092 (0,232)	3,217 (0,227)	2,181 (0,416)	1,565 (0,119)

*Nota:* Factor 1: *Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud.* Factor 2: *Pornografía y prostitución.* Factor 3: *Masturbación, fantasías y educación Sexual.* Factor 4: *Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio.* Factor 5: *Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual.* Factor 6: *Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela.*

ticamente significativas en las puntuaciones obtenidas por Hombres vs. Mujeres ni en las comparaciones que se llevaron a cabo entre Mayores y Jóvenes, En este factor, las personas incluidas en el grupo de “mayores” mostraron una actitud más liberal que los “jóvenes” en relación con las cuestiones que trata ese factor 1 (Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud), resultando estadísticamente significativas esas diferencias ( $F_{(1,43)} = 4.468; p = 0.040; d = 0.168; \eta^2 = 0.94$ ).

En un análisis más detallado del grupo de personas ACI, se encontró que las diferencias halladas en este factor 1 en función de la edad, se producía entre las Mujeres; así, las mujeres mayores se mostraron más liberales que las jóvenes ( $F_{(1,24)} = 7.792; p = 0.011; d = 0.145; \eta^2 = 0.271$ ). Estas diferencias entre Mujeres ACI, en función de la edad, se producían también en los factores: Factor 5 ( $F_{(1,24)} = 6.279; p = 0.021; d = 0.213; \eta^2 = 0.230$ ), Factor 6 ( $F_{(1,24)} = 4.938; p = 0.036; d = 0.212; \eta^2 = 0.171$ ) y Global ( $F_{(1,24)} = 45.074; p = 0.035; d = 0.09; \eta^2 = 0.195$ ). En todos los casos las mujeres ACI que son más mayores se muestran más liberales que las más jóvenes. Estas mismas comparaciones (Mayores/Jóvenes) realizadas para el caso de los hombres no mostraron diferencias estadísticamente significativas en ningún caso.

## Discusión y conclusiones

En general, los participantes en este estudio manifestaron actitudes sexuales que se puede calificar como conservadoras, si exceptuamos los factores 5 y 6. Las cuestiones relacionadas con lo que se recoge en esos factores (homosexualidad, ITS, aborto y educación sexual) son probablemente algunos de los temas que más frecuentemente son abordados por los medios de comunicación y a los que mayor atención prestan las instituciones educativas y de la salud. En nuestra opinión, es esto lo que permitiría explicar unas actitudes más positivas, liberales, sobre estos asuntos. En cuanto al factor 4 (nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio) se produce el efecto contrario. Es en este factor, que trata de cuestiones más específicamente íntimas y de conducta explícitamente sexual, donde se manifiestan las actitudes más conservadoras.

Los participantes ACI mostraron resultados que indican una mayor homogeneidad, en sus actitudes sexuales, que lo encontrado en la PGI, donde las comparaciones Hombres-Mujeres y Mayores-Jóvenes, han producido diferencias estadísticamente significativas en diversos factores. Además, la muestra de la población ACI del presente estudio, manifiesta actitudes con más tendencia al conservadurismo sexual que la PGI Sin embargo, los resultados no son estadísticamente significativos salvo en el Factor 2 (pornografía y prostitución), donde los participantes ACI mostraron actitudes más conservadoras que las

personas PGI. Se puede señalar que estos resultados son congruentes con lo indicado por Clark (2002) con respecto a las características afectivas y actitudinales de las personas ACI. El estudio de los resultados, considerando la categoría Sexo, ha mostrado que las Mujeres puntuaban como más liberales en el Factor 3 (masturbación, fantasías y educación sexual) y en el Factor 6 (desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela). Al menos en parte, los temas que se abordan en estos factores, son asuntos en los que posiblemente la sensibilización de las mujeres sea más alta que la de los hombres, lo que se dejaría notar en actitudes más liberales (por ejemplo en lo que respecta al aborto). Además, estos resultados son congruentes con los encontrados por Vega et al. (2017) quienes, en un estudio con población universitaria, encontraron que, con respecto al sexo, las mujeres manifiestan unas actitudes más liberales, aunque refieren un comportamiento sexual más convencional que los varones.

En las comparaciones realizadas entre los grupos de la condición Edad, los Mayores se muestran, en general, como más liberales, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en el Factor 2 y en el resultado global de la escala. Estos resultados son congruentes con Halpern et al. (2000) y Kahn et al. (2018) que concluye que los jóvenes ACI son menos impulsivos y retrasan sus relaciones sexuales por temor a las consecuencias. Por otro lado, diversos estudios sostienen que recibir una educación sexual saludable es fundamental para el desarrollo de actitudes responsables y que las actitudes se van configurando a lo largo de los años y de la experiencia y aprendizaje (Uribarri y Santamaría, 2000) lo que explicaría una paulatina liberación de tabúes sociales respecto a la sexualidad conforme se gana en edad.

Cuando se tuvo en cuenta solamente a las personas PGI (Tabla 4) se observó que, aunque este grupo se mostró como “conservador” en la mayoría de sus factores, presentó actitudes más “liberales” en lo relacionado con las conductas homosexuales y con lo relativo a infecciones de transmisión sexual (Factor 5) y también en lo relacionado con el desarrollo sexual, aborto y educación para la salud sexual (Factor 6), probablemente, debido a que los temas que recogen estos factores son los que están más relacionados con recibir información en materia de educación para la salud sexual. En cuanto al Sexo, las mujeres PGI

se mostraron más liberales que los hombres en actitudes que tienen que ver con el aborto (Factor 6). La elección de tener o no tener hijos, el derecho a acceder a la información y a servicios de salud sexual en materias de contracepción, son cuestiones que, como se sabe, preocupan y movilizan a las mujeres, y en muchas ocasiones los hombres tienden a identificarse más como actores secundarios que pueden colaborar positiva o negativamente en los procesos vividos más de cerca por las mujeres (Figueroa y Sánchez, 2000). Por otro lado, también en esta muestra de PGI, las Personas Mayores se mostraron más liberales que los jóvenes en los factores que expresan actitudes relativas a la pornografía y prostitución (Factor 2) o a la masturbación, fantasías y educación sexual (Factor 3) En este sentido, Plaud y Bigwood (1997) señalan que a mayor experiencia sexual, mayor número y manifestación de fantasías sexuales. Por tanto si tenemos en cuenta los estudios que señalan que las actitudes se van configurando a lo largo de los años y de la experiencia y aprendizaje (Uribarri y Santamaría, 2000), podemos encontrar justificación a estos resultados.

En la misma línea que la muestra PGI, las personas ACI tienden al conservadurismo, excepto en los Factores 5 y 6, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones realizadas en ninguno de los factores o en la puntuación global. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el Sexo masculino y el Sexo femenino. Esta similitud entre ambas muestras PGI- ACI, en el continuo actitudinal liberalismo-conservadurismo, resulta congruente con los estudios que señalan que los individuos más dotados no son diferentes a los de la población general en cuestiones relativas a la adaptación social, con la que estas actitudes guardan una estrecha relación (Borges et al., 2017).

Parece interesante destacar las diferencias halladas entre mujeres mayores ACI y mujeres jóvenes ACI. Las mujeres más mayores de la muestra ACI se mostraron como más liberales que las mujeres jóvenes ACI; sobre todo en lo referido a la responsabilidad y respeto a las opiniones de la juventud, y también en lo relacionado con las infecciones de transmisión sexual, aborto y la educación sexual. Un estudio realizado con una muestra universitaria sobre actitudes hacia la sexualidad, concluyó que de entre las mujeres adultas, las más jóvenes tienen menor experiencia



sexual porque tienden a presentar actitudes más negativas hacia las conductas sexuales (García et al., 2019). Gómez-Zapíaín (2013) señala que una actitud sexualmente más conservadora está asociada a una menor experiencia sexual. Como se ve, los autores de ambos trabajos coinciden en que la actitud liberal se relaciona con el aprendizaje de información sexual y con un mayor grado de satisfacción sexual y por tanto con las experiencias y aprendizajes del individuo. Estos resultados también resultan congruentes con los del estudio de Halpern et al. (2000) y Kahn et al. (2018), que subraya que los jóvenes ACI se muestran menos impulsivos, retrasando sus relaciones sexuales por temor a las consecuencias, pudiendo calificarse su conducta como más conservadora en cuanto a actitudes sexuales. Se puede pensar que aún queda trabajo por hacer en el campo de la educación para la salud sexual, con el objetivo de construir sociedades más saludables desde el punto de vista sexual, y que promuevan una sexualidad positiva basada en una mayor satisfacción sexual (Gómez-Zapíaín, 2013).

Entre las posibles limitaciones de este trabajo se debe mencionar el modo de selección de la parte de la muestra correspondiente a ACI. Aunque se extremaron acciones para evitar “falsos positivos” y “falsos negativos” incluyendo la condición de responder coherentemente a tres cuestiones relacionadas con la característica de altas capacidades intelectuales, y se excluyeron los participantes que no reunían esta condición, es posible que este procedimiento no haya evitado por completo, no ya que entre los participantes ACI se incluyera alguno que no lo fuera, sino que entre los de la PGI se contara con algún participante que, de haberse evaluado específicamente, hubiera tenido que ser categorizado como perteneciente a ACI. En futuras investigaciones sobre este asunto sería conveniente incluir un proceso de evaluación que permitiera la clasificación más objetiva de los participantes como pertenecientes a ACI o a PGI.

Para finalizar, de acuerdo con Díaz et al. (2016) quienes utilizaron el mismo instrumento que hemos aplicado nosotros (ATSS), se puede señalar que posiblemente el cuestionario contenga cuestiones que reflejan ideas preconcebidas sobre sexualidad, y que aunque muchas de las ideas expuestas en el cuestionario, siguen siendo actuales, el lenguaje utilizado podría resultar obsoleto en el siglo

XXI. Por lo que, para trabajos futuros, sería conveniente la revisión de la escala, atendiendo a la homogeneidad de los factores, así como al etiquetado de los mismos.

## Referencias

- Altas capacidades o Superdotados. (2020). *Asociación Española para Superdotados y con Talento*. <https://www.aest.es/altas-capacidades-intelectuales-o-superdotacion/>
- Borges, A., Hernández-Jorge, C. y Rodríguez-Naveiras, E. (2011). Evidencias contra el mito de la inadaptación de las personas con altas capacidades intelectuales [Evidence against the Myth of Adjustment Problems of People with High Intellectual Ability]. *Psicothema*, 23(3), 362–367.
- Borges, A., Tejera, J. y Rodríguez-Naveiras, E. (2017). Conocimientos y Mitos sobre Altas Capacidades [Knowledge and Myths about High Abilities]. *Talincrea: Revista Talento, Inteligencia y Creatividad*, 4(1), 40–51.
- Clark, B. (2002). *Growing up Gifted* (6ª ed). Merrill/Prentice Hall.
- Díaz, I., Gil, M., Morell, V., Salmerón, P. y Ruiz, E. (2016). Actitudes hacia la sexualidad: ¿Difieren las personas con discapacidad intelectual de la población general? [Attitudes towards Sexuality: Do People with Intellectual Disabilities of the General Population Differ?]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 235–242. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.209>
- Diéguez, J. L., López, A., Sueiro, E. y López, F. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada [Psychometric Properties of the Extended Attitudes Towards Sexuality Scale (ATSS)]. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 74, 46–56.

- Dijkstra, P., Barelds, D. H., Ronner, S. y Nauta, A. P. (2017). Intimate Relationships of the Intellectually Gifted: Attachment Style, Conflict Style, and Relationship Satisfaction among Members of the Mensa Society. *Marriage y Family Review*, 53(3), 262–280.  
<https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1177630>
- Fernández, M. P. (2008). *Características socioemocionales de las personas adolescentes superdotadas. Ajuste psicológico y negación de la superdotación en el concepto de sí mismas* (Tesis Doctoral), Universidad Pontificia de Comillas.
- Figueroa Perea, J. G. y Sánchez Olguín, V. (2000). La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto [The Presence of Men in the Discourse and Practice of Abortion]. *Papeles de Población*, 6(25), 59–82.
- Fisher, T. D. y Hall, R. G. (1988). (1988). A Scale for the Comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their Parents. *The Journal of Sex Research*, 24(1), 90–100.  
<https://doi.org/10.1080/00224498809551400>
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A. y Kelley, K. (1988). Erotophobia–erotophilia as a Dimension of Personality. *The Journal of Sex Research*, 25(1), 123–151.  
<https://doi.org/10.1080/00224498809551448>
- Freeman, J. (2008). *The Emotional development of the gifted and talented. Conference proceedings. Gifted and Talented Provision*. Optimus Educational.
- García, A., Jiménez, O., Mora, M. A., Hurtado, M. A. y Suárez, L. (2019). Intervención grupal en educación sexual con estudiantes: actitudes hacia la sexualidad, masturbación y fantasías sexuales [Group Intervention in Sex Education with Students: Attitudes towards Sexuality, Masturbation, and Sexual Fantasies]. *Escritos de Psicología*, 12(1), 30–37.
- Gómez-Zapíaín, J. (2013). *Psicología de la sexualidad* [Psychology of Sexuality]. Alianza.
- Halpern, C. T., Joyner, K., Udry, J. R. y Suchindran, C. (2000). Smart Teens don't have Sex (or Kiss much Either). *Journal of Adolescent Health*, 26(3), 213–225.  
[https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(99\)00061-0](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(99)00061-0)
- Kahn, N. F. y Halpern, C. T. (2018). The Relationship between Cognitive Ability and Experiences of Vaginal, Oral, and Anal Sex in the United States. *The Journal of Sex Research*, 55(1), 99–105.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1247149>
- Kitano, M. K. (1990) Intellectual Abilities and Psychological Intensities in Young Children: Implications for the Gifted. *Roeper review: A journal on Gifted Education*, 13(1), 5–10  
<https://doi.org/10.1080/02783199009553296>
- Martin, L. T., Burns, R. M. y Schonlau, M. (2010). Mental Disorders among Gifted and Nongifted youth: A Selected Review of the Epidemiologic Literature. *Gifted Child Quarterly*, 54, 31–41  
<https://doi.org/10.1177/0016986209352684>
- Martínez, R. S. (2011). Análisis comparativo sobre las actitudes de los estudiantes hacia sus compañeros con discapacidad [Comparative Analysis of Students' Attitudes toward their Classmates with Disabilities]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 197–216.
- Moral de la Rubia, J. (2010). Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad, un enfoque psicosocial [Religion, Meanings, and Attitudes Toward Sexuality: A Psychosocial Approach]. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1) 45–59.
- Petty, R. E., Wegener, D. T. y Fabrigar, L. R. (1997). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 609–647.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1609>

Plaud, J. J. y Bigwood, S. J. (1997). A multivariate analysis of the sexual fantasy themes of college men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23(3), 221–230.  
<https://doi.org/10.1080/00926239708403927>

Rodríguez, S. y Farré, J. M. (2004). Actitudes sexuales: Estudio piloto intergeneracional en un medio urbano [Sexual attitudes: Intergenerational pilot study in an Urban Environment]. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 69/70, 61–77.

Ruano, M. C. (2016). *Regulación emocional y habilidades sociales en niños con altas capacidades intelectuales* [Emotional Regulation and Social Skills in Children with High Intellectual Capacity] (Tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid, España.

Trillo-Luque, M. D. C. (2012). *Alta capacidad y género. Factores diferenciadores cognitivos y de personalidad en niños y niñas de alta capacidad* [High capacity and Gender. Cognitive and Personality differentiating Factors in high-Capacity Boys and Girls] (Tesis doctoral), Universidad de Córdoba, España.

Uribarri, I. S. y Santamaría, C. G. (2000). Actitudes y experiencia sexual en mujeres jóvenes [Attitudes and Sexual Experience in Young Women]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(9), 73–90.

Vega, E. G., Rico, R., y Fernández, P. (2017). Sexo, roles de género y actitudes sexuales en estudiantes universitarios [Sex, Gender Roles, and Sexual Attitudes in University Students]. *Psicothema*, 29(2), 178–183.

## EL APEGO EN LA VEJEZ, UNA DIMENSIÓN A TENER EN CUENTA

## ATTACHMENT IN OLD AGE, A DIMENSION TO TAKE INTO ACCOUNT

M. PILAR QUIROGA-MÉNDEZ<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Quiroga-Méndez, M. P. (2020). El apego en la vejez, una dimensión a tener en cuenta [ Attachment in Old Age, a Dimension to Take into Account]. *Acción Psicológica*, 17(2), 13–24. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.29838>

### Resumen

La teoría del apego aporta un marco nuevo para la comprensión de la vejez. Por sus características de respuesta de activación automática ante cualquier situación percibida como amenazante, el apego es un constructo especialmente importante en la vejez. Se postula el apego como el factor precursor de la regulación emocional del anciano, por su automatismo, estabilidad en el ciclo vital y conexión con mecanismos biológicos básicos de la ansiedad. Los apegos resistentes actúan en la vejez produciendo respuestas de extrema dependencia y sufrimiento; y los tipos evitativos activan una independencia excesiva, que impide el autocuidado y la percepción de riesgo. Además los problemas de salud propios de la vejez, se agravan en los sujetos con apego inseguro, creando una mayor vulnerabilidad a la enfermedad por los procesos biológicos de tipo inflamatorio y cardiaco, subyacentes a este tipo de apegos. Más de la mitad de la población mayor puede considerarse

población de riesgo, debido a la presencia de apegos inseguros. A través de la teoría del apego se pueden comprender las reacciones de las personas mayores sometidas a tensión e intervenir de un modo ajustado, pues esta perspectiva se convierte en moduladora y novedosa para la comprensión del envejecimiento patológico y saludable.

**Palabras clave:** teoría del apego; vejez; enfermedad; regulación emocional.

### Abstract

Attachment theory provides a new framework for understanding old age. Due to its automatic activation response characteristics to any situation perceived as threatening, attachment in old age is an especially important construct. Attachment is postulated as the precursor factor of emotional regulation in the elderly, due to its automatism, sta-

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** María Pilar Quiroga Méndez, Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca, España.

**Email:** [quiroga@upsa.es](mailto:quiroga@upsa.es)

**ORCID:** María Pilar Quiroga Méndez (<https://orcid.org/0000-0001-6408-8855>)

<sup>1</sup> Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Evolutiva, Universidad Pontificia de Salamanca.

Recibido: 1 de marzo de 2020.

Aceptado: 21 de noviembre de 2020.

bility in the life cycle and connection with basic biological mechanisms of anxiety. Resistant attachments act in old age, producing responses of extreme dependence and suffering; and avoidance types activate excessive independence, which prevents self-care and the perception of risk. In addition, health problems typical of old age are aggravated in insecurely attached subjects, creating a greater vulnerability to disease due to the inflammatory and cardiac biological processes underlying this type of attachment. More than half of the elderly population can be considered a population at risk, due to the presence of insecure attachments. Through attachment theory, it is possible to understand the reactions of older people under stress and intervene in a tight way, since this perspective becomes modulating and novel for the understanding of old age.

**Keywords:** attachment theory; old age; disease; emotional regulation.

## Introducción

La teoría del apego ha dado lugar a investigación e intervenciones clínicas durante más de 50 años, en los que se han asociado los patrones de apego con un amplio rango de síntomas y patologías, así como con la capacidad de regulación emocional, bienestar, salud, resiliencia e incremento de la vulnerabilidad. Estos aspectos son especialmente importantes en la vejez, y por ello resulta incomprendible que el apego aplicado a esta época de la vida, siga teniendo una incomparable menor atención que el apego infantil o el apego adulto. Apenas un 0.52 % del total de publicaciones sobre apego, se refieren al apego en los mayores (Quiroga, 2018). En la vejez la enfermedad, y la percepción de fragilidad aumentan, por tanto, las respuestas de apego también se acrecientan, ocasionando dificultades emocionales y de salud que requieren de esta perspectiva teórica para su comprensión. Este trabajo pretende actualizar un constructo que ha demostrado su utilidad en todas las etapas de la vida, y sin embargo permanece ausente en la época de la vejez, exponiendo su valor heurístico y ampliando un campo imprescindible para la propia teoría del apego y sobre todo para la comprensión de la vejez.

## *Apego y enfermedad. Los apegos inseguros como factores de riesgo de enfermedad en la vejez*

Sobre la vivencia de los primeros vínculos, y experiencias del yo con su entorno de cuidado, las personas desarrollan un guion, sistema o prototipo denominado «sistema de comportamiento del apego» o Working Model (WM), que funcionará como un esquema aplicable a las relaciones que implican vínculos emocionales, demostrando estabilidad y relativa continuidad a lo largo del ciclo vital. La investigación posterior ha añadido a este esquema inicial cognitivo los procesos biológicos involucrados en la respuesta de apego. Estos trabajos comienzan con las investigaciones de Hofer (2006), que identifican subsistemas psicofisiológicos ocultos, que se interrumpen cuando las crías son retiradas de sus cuidadores, tales como los que controlan la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal, la ingesta de alimentos y la exploración (McMahon et al., 2019). En investigación animal también se ha encontrado la permanencia de estos efectos durante la edad adulta (Meany, 2001) comprobando incluso la influencia en la expresión genética de los descendientes, un hallazgo que ha abierto nuevas áreas de investigación (Ein Dor et al., 2018; Iyengar, 2019).

La neurociencia del apego investiga los correlatos neuronales identificando las estructuras cerebrales, neurotransmisores y neuropéptidos que proporcionan las evidencias de que los distintos tipos de apego tienen su correspondiente neurológico (Coan, 2008; Vrtička y Vuilleumier, 2012). Existe una creciente evidencia de que el eje HPA, un sistema de respuesta al estrés, completamente desarrollado y presente al nacer, sufre variaciones en su calibración original y regulación continua, en respuesta a las primeras experiencias con los cuidadores (Chen et al., 2011; Pietromonaco et al., 2013). Este sistema, es esencial para la regulación de la respuesta al estrés, y también está en la base de las respuestas inflamatorias, y de reactividad del sistema inmune. En la edad adulta, los sistemas de apego continúan operativos, y los estudios muestran la relación de los diferentes tipos de apego con biomarcadores de inmunidad. Los apegos inseguros evitativos se relacionan con la presencia de niveles elevados de citocina proinfla-

matoria, interleucina-6 (IL-6) en respuesta a los estresores interpersonales, y niveles más bajos de células NK (Gouin et al., 2009; Picardi et al., 2007). En los apegos inseguros ansiosos, se destaca una producción elevada de cortisol y un menor número de células T, precursoras de las citocinas (Jaremka et al., 2013; Ketay y Beck, 2017; Shirtcliff et al., 2017). La relación entre el apego, el funcionamiento del eje HPA, la inflamación y el sistema inmunitario, es un área de investigación que ayudará a comprender los procesos biológicos subyacentes al vínculo del apego (Sipfel et al., 2017). Por último, las diferencias individuales en el apego se asocian con la anatomía del cerebro y la actividad a lo largo de la vida, y recientemente se han integrado todas estas aportaciones en un modelo neuroanatómico funcional extendido del apego humano (NAMA; Long et al., 2020).

Los sujetos con apegos inseguros, tienden a desarrollar con más facilidad problemas de salud. Parece que las primeras experiencias adversas crean una especie de células con un «fenotipo proinflamatorio» y una desregulación neuroendocrina, que conduce a la inflamación crónica. Esta inflamación, a su vez, está involucrada en una variedad de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, incluyendo enfermedades cardiovasculares e autoinmunes, haciendo que el apego inseguro se convierta en un elemento de riesgo, especialmente en la vejez (Chung et al., 2009; Miller et al., 2011).

### ***Apego y Regulación emocional. El apego como condición y origen de la regulación emocional, observado desde la vejez***

La regulación emocional está claramente implicada en el ajuste y en la promoción del bienestar y la salud en los mayores. Por otra parte, el modelo de activación del apego es imprescindible, porque aporta un esquema previo y consistente sobre el que se desarrolla la actividad y la regulación emocional.

Cuando un sujeto se siente amenazado, se activa automáticamente el sistema de apego, que incluye una primera evaluación y seguimiento del evento que nos amenaza, lle-

vando al sujeto a la búsqueda de proximidad a las figuras que nos ofrecen protección, soporte emocional o ayuda frente al peligro. En un segundo momento, aparece la evaluación de la figura de apego, de su disponibilidad y de su capacidad de respuesta como figura de referencia, apoyo o ayuda. El resultado de esta evaluación, configura las diferentes tipologías del apego, y se creará en función de la capacidad y presencia del cuidador, y sobre su efectividad en el cuidado. Estas experiencias con las figuras primarias de apego, repetidas en el tiempo, crean un sentido de seguridad disposicional, en lo que se ha denominado círculo de seguridad. En tercer lugar, aparece una evaluación de la utilidad de búsqueda, estimando si esta ha resultado beneficiosa y organizando los comportamientos de vinculación emocional de forma consistente y estable. Este sistema se desarrolla en la infancia, y permanece operativo en condiciones similares durante toda la vida. En función de la experiencia temprana, se constituyen las diferencias individuales en el apego, responsables en último término, de las reacciones de regulación, de seguridad, hiperactivación o dereactivación emocional (Milkunicer y Shaver, 2019). Los diferentes tipos de apego son por tanto, estrategias de regulación emocional que se activarán siempre que existe una percepción subjetiva de amenaza.

Los apegos denominados de tipo inseguro, aparecen porque se han sufrido interrupciones o fallos en los vínculos iniciales, de forma que los sujetos se protegen intentando un ajuste con una figura de apego inconsistente o no disponible. El tipo inseguro-ansioso espera constantemente la existencia de una figura externa que podrá hacerse cargo de la amenaza. Este comportamiento interfiere en el desarrollo de recursos internos, en la búsqueda eficiente de apoyo y en la evaluación objetiva del peligro, ya que, desde la dependencia al cuidador, el sujeto se vive a sí mismo como disminuido e ineficiente, y la amenaza es evaluada fácilmente como desmesurada. El apego ansioso tiende a exagerar la gravedad de la amenaza, y atiende preferentemente a los indicadores internos de angustia. La atención se enfoca prioritariamente a los aspectos fisiológicos, focalizándose en las sensaciones de impotencia, incapacidad y vulnerabilidad. Desde esta vivencia alterada, es congruente la espera de ayuda por parte de la figura de apego. La frustración de esa petición de ayuda, se retroalimenta creando una mayor impotencia y sensación de desvalimiento. Cuanto más se exagera la necesidad de apoyo,

menos posibilidades tiene de ser atendida, acrecentando el patrón ansioso. Este tipo de apego puede dañar la salud y hace muy difíciles las relaciones interpersonales, ya que las necesidades imperiosas de cuidado y protección, agotan los recursos del cuidador. Esta situación aparece en la vejez y es fácilmente reconocible en mayores que se presentan como desvalidos, exigentes, exagerados en sus reacciones y en su percepción de peligro, absolutamente enfocados en sus reacciones fisiológicas de temor, que interpretan como enfermedad, sin escuchar, ni encontrar a nadie que pueda cuidarlos con eficiencia, ya que sus demandas irracionales parecen no tener medida y situarse fácilmente fuera de la realidad. El anciano con un patrón de apego ansioso tendría que ser reconocido, para poder comprender sus reacciones y para poder implementar un sistema de reparación, en vez de una dejación del apoyo que solamente cronifica el sistema, creando un sufrimiento cada vez mayor que aumenta la sensación subjetiva de vulnerabilidad y abandono, perjudicando gravemente la salud.

En el apego evitativo, no ha existido de forma consistente una figura disponible para la creación de seguridad básica, por lo cual la estrategia del sujeto es el bloqueo o la interrupción de las emociones. El objetivo no consciente, sería el de mantener las necesidades afectivas desconectadas, sobre todo la ansiedad, la tristeza, la culpa, la vergüenza, la ira, o los sentimientos de vulnerabilidad. También aparece una desconexión con la percepción de amenaza (Ein-Dor et al., 2010), porque la amenaza haría reactivar la necesidad de figuras de apego. Se trata de activar la exclusión defensiva, y suprimir todo componente emocional con objetivos de autoprotección (Milkunicer y Shaver, 2020). De este modo se reduce el sufrimiento, pero también la capacidad de admitir e integrar esas emociones, ocasionando lo que Bowlby definía como, aparición de síntomas mentales segregados (Bowlby, 1983). Observamos esta estrategia en mayores aparentemente tranquilos en situaciones objetivamente amenazantes, que no parecen necesitar nada, con percepción de que son autónomos en situaciones insostenibles donde verdaderamente no lo son. Permanecen aislados por propia convicción, aunque esto ocasione riesgo para su supervivencia. Sostienen con aparente tranquilidad actuaciones irracionales de falta de cuidado o protección, que ponen en riesgo

su vida, porque no parecen valorar las amenazas de forma realista.

Las estrategias creadas por los apegos inseguros son adaptativas en principio, pues protegen y evitan el sufrimiento, ya que consiguen adaptarse a la convivencia con una figura de apego incoherente o no disponible. Pero estas estrategias se vuelven desadaptativas, porque privan al sujeto de la búsqueda de apoyo real y de la dependencia saludable de los otros, promoviendo inadecuación, desequilibrio emocional y enfermedad.

Las personas con apego seguro, son capaces de reconocer las situaciones amenazantes y luchar de manera constructiva, adoptando estrategias centradas en problemas y solicitando apoyo social. Frente a estas, las evitativas tienden a ignorar las dificultades distanciándose y sin contar con el apoyo social, y los tipos ansiosos, se vuelven pasivos y se enredan en componentes emocionales poco adaptativos para la resolución de problemas. Todo esto influye en las estrategias de afrontamiento, y se convierte en un componente importante de la regulación emocional. Las personas evitativas confían en el distanciamiento cognitivo y en la desconexión emocional, mientras que los apegos ansiosos se focalizan en sus propias señales de angustia, y valoran de forma desproporcionada las amenazas (Frías et al., 2014).

La presencia continua del apego, hace que este constructo tenga un lugar importante en la regulación emocional. La teoría del apego se considera una teoría de regulación emocional, definida como la capacidad para modular la respuesta fisiológica y la implementación de estrategias con la finalidad de ofrecer una respuesta ajustada al contexto (Thompson, 1994). Pero a diferencia de otras, pone el énfasis en los aspectos automáticos y en la presencia de diversas tipologías que explican las distintas respuestas emocionales. Asimismo, las características de aparición temprana y su tendencia a la estabilidad a lo largo del ciclo vital, hacen del apego, una especie de requisito o condición previa, sobre la que se desarrollarían posteriormente todas las demás adquisiciones relativas a la regulación emocional. La respuesta de apego está en el origen del desarrollo evolutivo, y se impone de forma característica durante todo el ciclo vital y en la vejez, porque esta sujeta a automatismo, hunde sus raíces en la psicofisiología y en

las experiencias de infancia, y muestra tendencia a la estabilidad a través del ciclo vital. Pensar que en la vejez esta respuesta va a desaparecer sería un contrasentido, más bien explica muchas de las experiencias y reacciones características de los mayores, ofreciendo un marco comprensivo desde el cual es más fácil entender y aliviar las innumerables dificultades emocionales que los apegos inseguros pueden provocar.

### ***Apego y emoción. Alcance de la influencia del apego en la vivencia emocional en la vejez***

Como hemos visto, la teoría del apego por su importancia en la regulación emocional y en la vivencia de las experiencias interpersonales, tendría un efecto directo en el estado de ánimo de las personas que envejecen (Shaver y Mikulincer, 2004). Observamos que los diferentes tipos de apego en la vejez, condicionan las diferentes vivencias emocionales.

Las personas que puntúan alto en apego ansioso o evitativo, parecen tener serias dificultades para identificar y describir emociones, así como para mantener la atención y los pensamientos en el presente. Encontraron déficits en la estructura neuronal de las regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional, lóbulo temporal anterior, compatibles con un modelo neurotóxico de experiencias de apego ansioso que afecta tanto a la sensación de seguridad, como a la regulación de las emociones. También existen diferencias en expresión emocional y vivencia emocional, encontrando que los tipos inseguros sufren de mayor ansiedad y se enfadan más frecuentemente. En cuanto a la capacidad para acceder y manejarse con los recuerdos tristes o difíciles, los tipos ansiosos acceden más fácilmente a los recuerdos negativos, pero posteriormente les resulta difícil inhibir estas emociones que se propagan y extienden fácilmente a otros aspectos de la realidad con gran intensidad. Los apegos evitativos sufrían de altos niveles de ansiedad defensiva y baja accesibilidad a los recuerdos negativos. El apego evitativo se asoció con una mayor capacidad para suprimir los pensamientos relacionados con la separación, con pensamientos de pérdida menos frecuentes después de la tarea de supresión, y una me-

nor conductividad de la piel (Consedine et al., 2012; Pan, 2009).

El tipo evitativo, aparentemente autosuficiente, soporta una importante debilidad en sus defensas cuando las demandas emocionales se acumulan, con una disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, deterioro de la recuperación de la presión arterial, mayor conductividad de la piel y aumento de la presión arterial diastólica, en respuesta a factores estresantes de laboratorio. El aumento del apego evitativo en la vejez, no es en absoluto positivo, pues los apegos evitativos ante demandas crónicas y estresantes colapsan, causando niveles más altos de ansiedad que los apegos ansiosos, y una alta reactividad psicofisiológica que eleva el riesgo cardiovascular (Cassidy y Shaver, 2016). En tipos evitativos, la alerta psicofisiológica se mantiene continuamente, presentando una alta reactividad psicofisiológica, mientras que en ansiosos solamente se activa en el momento de la amenaza (Kim, 2006). De manera similar, las personas con patrones evitativos pueden manifestar fuertes emociones negativas y pérdida de autocontrol, en respuesta a eventos crónicos, incontrolables y gravemente angustiantes, en lo que podemos definir como una fractura de las defensas.

Sheinbaum et al. (2015) encontraron que los mayores con apego ansioso experimentaban mayor afecto negativo, estrés, y rechazo social percibido, mientras que los evitativos exhibían tendencias desactivadoras, como la disminución de emociones negativas y un menor deseo de estar con los demás. En una muestra de mayores, el apego seguro se relacionó con menos culpa, vergüenza, sensación de ofensa y con mayor alegría, tristeza, interés, miedo e irritación. El apego evitativo a su vez con una mayor alegría, prevención, vergüenza y ansiedad, y el ansioso correlacionaba con mayor interés y con menos alegría, vergüenza y miedo (Consedine y Magai, 2003). En un estudio diseñado para evaluar emociones, estilos de crianza y apego en adultos mayores, se encontraron expresiones faciales de alegría, falta de afecto negativo en apegos seguros; vergüenza y ansiedad en los evitativos y fantasías de cercanía, ira o depresión en los apegos ansiosos (Magai et al., 2000).



## *Apego y bienestar en la vejez*

Del mismo modo que los apegos inseguros producen problemas de salud y de malestar emocional, el apego seguro se muestra como uno de los elementos más característicos del bienestar, pudiendo considerarse en la vejez un importante recurso de resiliencia y de ajuste social. Es fundamental reseñar el influjo de los mecanismos del apego en la salud psicológica, en la percepción de salud física, en la adaptación a la enfermedad crónica, en la carga del cuidador, en las reacciones de duelo, en la vivencia religiosa, en el afrontamiento de la muerte y en la apertura a la vida (Bradley, 2001). En todos estos ámbitos, la teoría del apego realiza interesantes aportaciones, convirtiéndose en una perspectiva moduladora y novedosa para la comprensión de la vejez y del proceso de envejecimiento. Milkunicer y Shaver (2016) encontraron que las personas con apego seguro eran más optimistas hacia la vida, realizaban evaluaciones menos catastróficas de las amenazas, demostraban más confianza para enfrentar peligros y una utilización de estrategias de regulación emocional más eficientes y constructivas (búsqueda de apoyos, resolución de problemas, reevaluación). Además, mostraban un mejor manejo de los eventos amenazantes, o si estos eran inevitables, una reevaluación en términos benignos y constructivos, permaneciendo en todo este proceso abiertos a la expresión de sus emociones, a comunicar sus sentimientos con libertad y a experimentarlos sin ser distorsionados.

El estilo de apego es una variable importante para la promoción de un envejecimiento saludable (Spence et al., 2018). Los resultados sostienen que los apegos inseguros están inversamente relacionados con la autoaceptación, el crecimiento personal, la calidad de las relaciones, el propósito en la vida y el manejo del ambiente. El apego seguro, sin embargo, facilita una actitud de armonía y aceptación de uno mismo (Homan y Sirois, 2017).

Desde el punto de vista de la intervención, aunque el apego seguro, se considera el estilo óptimo de apego, el objetivo de las intervenciones de apego en la vejez, no estaría en el intento de cambio de la tipología de apego. El objetivo sería más bien, conseguir que los sujetos puedan funcionar con la menor angustia emocional posible (Ai y Zhang, 2012), y para ello habría que ajustar los comporta-

mientos de cuidado al tipo de apego que presenta cada persona mayor, para así ayudarle a una correcta regulación emocional. Esta búsqueda se refiere al viejo concepto de bondad de ajuste, que, aplicado a la vejez, significaría adaptación y respeto al tipo de apego, ya este tiene características de patrón estructural estable que se activa de forma automática y no consciente.

## *Evolución de los tipos de apego en la vejez y apegos simbólicos*

Es difícil en la actualidad realizar afirmaciones sobre la estabilidad del apego por las razones de las dificultades en la evaluación del constructo, y también por una falta de diseños longitudinales a lo largo del ciclo vital (Scharfe y Bartholomew, 1994). Los apegos inseguros, como hemos visto, producen tantos síntomas y dificultades durante el envejecimiento, que es importante saber que cantidad de mayores podrían estar siendo una población de riesgo.

La mayor parte de los trabajos sugieren estabilidad en los patrones de apego hasta la edad adulta, aunque hemos de contar con un 30 % de variación, o con variaciones mayores, si estamos ante situaciones traumáticas o desestabilizadoras sobre una tendencia general hacia la estabilidad. Ante la falta de estudios longitudinales, una aproximación a estos datos sería comparar los resultados obtenidos en muestras de edad adulta intermedia y en muestras de mayores. En esta comparación nos encontraríamos que en la edad adulta intermedia o edad juvenil, encontramos un apego ansioso entre 5 y 9 %, un apego evitativo, entre 16 y 30 %, y un apego seguro entre 52 y 65 % (Bakermans-Kranenburg y Van IJzendoorn, 2009; Cassidy y Shaver, 1999; Feeney y Noller, 1990; Guzman y Contreras, 2012; Hazan y Shaver, 1987; Magai et al., 2016; Roisman, 2007).

Frente a estos resultados, los estudios en mayores indican un aumento de los patrones evitativos, que pasan a suponer entre el 37 y el 52 % de la población (Diehl et al., 1998; Magai et al., 2000; Webster, 1997). Así lo señalan los diversos autores como Van Asche et al. (2013), junto con la existencia de una significativa disminución del apego ansioso (Mickelson et al., 1997).

Además de revisar el tipo de apego y su continuidad en el tiempo, es interesante analizar si las figuras de apego cambian en esta época de la vida. En la vejez se produce con frecuencia la pérdida de figuras de apego, apareciendo entonces un cambio en la naturaleza y en las identidades de dichas las figuras. Surge el apego a los seres queridos fallecidos y a Dios, son los llamados apegos simbólicos. Los apegos simbólicos, satisfacen las necesidades de vinculación emocional y suponen una fuente de comodidad y seguridad a través de los recuerdos, ya que la representación mental de las figuras de apego, facilita la regulación del afecto, reduciendo los pensamientos negativos y facilitando la recuperación frente a recuerdos perturbadores y factores estresantes externos (Selcuk et al., 2012). El segundo tipo de apego simbólico, es el apego a Dios (Granqvist et al., 2010). La religión proporciona figuras de apego sustitutas, que regulan la angustia y promueven sentimientos de seguridad, además de una disminución del dolor percibido (Hatefi et al., 2019). Homan (2014) encuentra que el apego seguro a Dios, predice unas relaciones positivas con los demás, autoaceptación, manejo adecuado del ambiente y sensación de crecimiento personal.

## Conclusiones

El apego es una respuesta automática de inicio muy temprano, que continua presente durante todo el ciclo vital activándose cuando se percibe alguna situación amenazante. En la vejez estas situaciones aumentan, activándose por lo tanto con más frecuencia las respuestas de apego, que de ser desadaptativa, estaría ocasionando dificultades añadidas que es imprescindible tener en cuenta.

El apego es un factor previo que tendríamos que contemplar en cualquier estudio o evaluación de la regulación emocional del anciano, por sus características de activación automática y por su conexión con mecanismos biológicos básicos de regulación de la ansiedad. Los apegos inseguros actúan en la vejez produciendo respuestas de extrema dependencia y sufrimiento en los apegos ansiosos, y también de independencia excesiva, que impide el autocuidado y la conciencia de vulnerabilidad, en los tipos evitativos. Además, los problemas de salud, propios de la vejez, se agravan en los sujetos con tipologías de apego in-

seguro, creando una mayor vulnerabilidad a la enfermedad por los procesos biológicos subyacentes de tipo inflamatorio y cardiaco que están asociados a las respuestas de apego.

La proporción de personas en riesgo por la presencia de apegos inseguros, es más de la mitad de la población de los mayores. Comprender mejor las reacciones de las personas mayores sometidas a tensión e intervenir de un modo ajustado, es el camino que se abre a través de la teoría del apego, pues esta perspectiva se convierte en moduladora y novedosa para la comprensión de la vejez y del proceso de envejecimiento.

## Referencias

- Ai J. y Zhang M. (2012). Study on the Relationship between the Elderly Loneliness, Suicide Attitude and Attachment Style. *Chinese Health Psychology Journal of China Psychological Health*, 20(6), 830–833.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. y van IJzendoorn, M. H. (2009). The First 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223–263. <https://doi.org/10.1080/14616730902814762>
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva*. Paidós.
- Bradley, J. M. y Cafferty, T. P. (2001). Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment & Human Development*, 3(2), 200–221. <https://doi.org/10.1080/14616730110058016>
- Cassidy, J. y Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (3ª ed.). The Guilford Press.
- Chen, E., Miller, G. E., Kobor, M. S. y Cole, S. W. (2011). Maternal Warmth Buffers the Effects of Low Early-Life Socioeconomic Status on pro-

- Inflammatory Signaling In Adulthood. *Molecular Psychiatry*, 16(7), 729–737. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.53>
- Chung, H. Y., Cesari, M., Anton, S., Marzetti, E., Giovannini, S., Seo, A. Y., Carter, C, Yu, B. P. y Leeuwenburgh, C. (2009). Molecular Inflammation: Underpinnings of Aging and Age-related Diseases. *Ageing Research Reviews*, 8(1), 18–30. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2008.07.002>
- Coan, J. A. (2008). Toward a neuroscience of attachment. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2ª ed.; pp. 241–265). The Guilford Press.
- Consedine, N. S. y Magai, C. (2003). Attachment and Emotion Experience in Later Life: The View from emotions theory. *Attachment & Human Development*, 5(2), 165–187.
- Consedine, N. S., Fiori, K. L. y Magai, C. (2012). Regulating Emotion Expression and regulating Emotion Experience: Divergent Associations with Dimensions of Attachment Among Older Women. *Attachment & Human Development*, 14(5), 477–500. <https://doi.org/10.1080/14616734.2012.706433>
- Diehl, M., Elnick, A. B., Bourbeau, L. S. y Labouvie-Vief, G. (1998). Adult Attachment Styles: Their Relations to Family Context and Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1656–1669. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1656>
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., Doron, G. y Shaver, P. R. (2010). The Attachment Paradox: How Can so many of us (the insecure ones) Have no Adaptive Advantages? *Perspectives on Psychological Science*, 5(2), 123–141. <https://doi.org/10.1177/1745691610362349>
- Ein-Dor, T., Verbeke, W. J. M. I., Mokry, M. y Vrtička, P. (2018). Epigenetic Modification of the Oxytocin and Glucocorticoid Receptor Genes is Linked to Attachment Avoidance in Young Adults. *Attachment & Human Development*, 20(4), 439–454. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1446451>
- Feeney, J. A. y Noller, P. (1990). Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281–291. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.281>
- Frías, M. T., Shaver, P. R. y Díaz-Loving, R. (2014). Individualism and Collectivism as Moderators of the Association between Attachment Insecurities, Coping, and Social Support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(1), 3–31.
- Gouin, J. P., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J., Houts, C. y Kiecolt-Glaser, J. K. (2009). Attachment Avoidance Predicts Inflammatory Responses to Marital Conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(7), 898–904. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.09.016>
- Granqvist, P., Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2010). Religion as attachment: Normative processes and individual differences. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 49–59. <https://doi.org/10.1177/1088868309348618>
- Guzmán, M. y Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital [Attachment Styles in Couples and their Association with Marital Satisfaction]. *Psyche: Revista de La Escuela de Psicología*, 21(1), 69–82. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282012000100005>
- Hatefi, M., Tarjoman, A. y Borji, M. (2019). Do Religious Coping and Attachment to God Affect Perceived Pain? Study of the Elderly with Chronic Back Pain in Iran. *Journal of Religion and Health*, 58(2), 465–475. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00756-9>

- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic Love conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hofer, M. A. (2006). Psychobiological Roots of Early Attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 84–88. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00412.x>
- Homan, K. J. (2014). Symbolic Attachment Security and Eudemonic Well-Being in Older Adults. *Journal of Adult Development*, 21(2), 89–95. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9182-6>
- Homan, K. J. y Sirois, F. M. (2017). Self-Compassion and Physical Health: Exploring the Roles of Perceived Stress and Health-Promoting Behaviors. *Health Psychology Open*, 4(2), 1–9. <https://doi.org/10.1177/2055102917729542>
- Iyengar, U., Rajhans, P., Fonagy, P., Strathearn, L. y Kim, S. (2019). Unresolved Trauma and Reorganization in Mothers: Attachment and Neuroscience Perspectives. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00110>
- Jaremka, L. M., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J. R. y Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Attachment Anxiety is Linked to Alterations in Cortisol Production and Cellular Immunity. *Psychological Science*, 24(3), 272–279. <https://doi.org/10.1177/0956797612452571>
- Ketay, S. y Beck, L. A. (2017). Attachment Predicts Cortisol Response and Closeness in Dyadic Social Interaction. *Psychoneuroendocrinology*, 80, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.03.009>
- Kim, Y. (2006). Gender, Attachment, and Relationship Duration on Cardiovascular Reactivity to Stress in a Laboratory Study of Dating Couples. *Personal Relationships*, 13(1), 103–114. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00107.x>
- Long, M., Verbeke, W., Ein-Dor, T. y Vrtička, P. (2020). A Functional Neuro-Anatomical Model of Human Attachment (NAMA): Insights from first- and Second-Person Social Neuroscience. *Cortex: A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 126, 281–321. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2020.01.010>
- Magai, C., Hunziker, J., Mesias, W. y Culver, L. C. (2000). Adult Attachment Styles and Emotional Biases. *International Journal of Behavioral Development*, 24(3), 301–309. <https://doi.org/10.1080/01650250050118286>
- Magai, C. (2016). Attachment in middle and later life. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2ª ed. pp. 534–552). The Guilford Press.
- McMahon, G., Creaven, A. y Gallagher, S. (2019). Perceived Social Support Mediates the Association between Attachment and Cardiovascular Reactivity in Young Adults. *Psychophysiology*. <https://doi.org/10.1111/psyp.13496>
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, Gene Expression, and the Transmission of Individual Differences in Stress Reactivity Across Generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161–1192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.1161>
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C. y Shaver, P. R. (1997). Adult Attachment in a Nationally Representative Sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092–1106. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1092>
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2016). Adult Attachment and Emotion Regulation. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (3ª ed.; pp. 507–533). The Guilford Press.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2019). Attachment Orientations and Emotion Regulation. *Current*

- Opinion in Psychology*, 25, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2020). Broaden-and-build Effects of Contextually Boosting the Sense of Attachment Security in Adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 29(1), 22–26. <https://doi.org/10.1177/0963721419885997>
- Miller, G. E., Chen, E. y Parker, K. J. (2011). Psychological Stress in Childhood and Susceptibility to the Chronic Diseases of Aging: Moving toward a Model of Behavioral and Biological Mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959–997. <https://doi.org/10.1037/a0024768>
- Pan, J. (2009). *Different Attachment Styles, Social Support and Subjective Sense of Happiness of the Elderly*. Jiangxi Normal University.
- Picardi, A., Battisti, F., Tarsitani, L., Baldassari, M., Copertaro, A., Mocchegiani, E. y Biondi, M. (2007). Attachment Security and Immunity in Healthy Women. *Psychosomatic Medicine*, 69(1), 40–46. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802dd777>
- Pietromonaco, P. R., DeBuse, C. J. y Powers, S. I. (2013). Does Attachment Get under the Skin? Adult Romantic Attachment and Cortisol Responses to Stress. *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 63–68. <https://doi.org/10.1177/0963721412463229>
- Quiroga Méndez M. P. (2018). Apego y Vejez, aportaciones al desarrollo evolutivo. En *Actas del V Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento*. Vol 1.
- Roisman, G. I., Fraley, R. C. y Belsky, J. (2007). A Taxometric Study of the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*, 43(3), 675–686. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.3.675>
- Scharfe, E. y Bartholomew, K. (1994). Reliability and Stability of Adult Attachment Patterns. *Personal Relationships*, 1(1), 23–43. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1994.tb00053.x>
- Selcuk, E., Zayas, V., Günaydin, G., Hazan, C. y Kross, E. (2012). Mental Representations of Attachment Figures Facilitate Recovery following Upsetting Autobiographical Memory Recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(2), 362–378. <https://doi.org/10.1037/a0028125>
- Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2004). Attachment in the Later Years: A Commentary. *Attachment & Human Development*, 6(4), 451–464. <https://doi.org/10.1080/1461673042000303082>
- Sheinbaum, T., Kwapil, T. R., Ballespí, S., Mitjavila, M., Chun, C. A., Silvia, P. J. y Barrantes-Vidal, N. (2015). Attachment Style Predicts Affect, Cognitive Appraisals, and Social Functioning in Daily Life. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00296>
- Shirtcliff, E. A., Skinner, M. L., Obasi, E. M. y Haggerty, K. P. (2017). Positive Parenting Predicts Cortisol Functioning six Years Later in Young Adults. *Developmental Science*, 20(6). <https://doi.org/10.1111/desc.12461>
- Sippel, L. M., Han, S., Watkins, L. E., Harpaz-Rotem, I., Southwick, S. M., Krystal, J. H., Olf, M., Sherva, R., Farrer, L. A., Kranzler, H. R., Gelernter, J. y Pietrzak, R. H. (2017). Oxytocin Receptor Gene Polymorphisms, Attachment, and PTSD: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Psychiatric Research*, 94, 139–147. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.008>
- Spence, R., Jacobs, C. y Bifulco, A. (2018). Attachment Style, Loneliness and Depression in Older Age Women. *Aging & Mental Health*, 24(5), 837–839. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1553141>

- Shunqin, Y. (2015). Review of Effects of “attachment” of the elderly on physical and mental health of old chronic patients. *Studies in Asian Social Science*, 2(2), 15. <https://doi.org/10.5430/sass.v2n2p15>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Van Assche, L., Luyten, P., Bruffaerts, R., Persoons, P., van de Ven, L. y Vandenbulcke, M. (2013). Attachment in old age: Theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 67–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.003>
- Vrtička, P., & Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of Human Social Interactions and Adult Attachment Style. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00212>
- Webster, J. D. (1997). Attachment Style and Well-Being in Elderly Adults: A Preliminary Investigation. *Canadian Journal on Aging*, 16(1), 101–111. <https://doi.org/10.1017/S0714980800014185>



# DESCRIPCIÓN DEL PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE BARIÁTRICO: OBESIDAD INFANTIL, APEGO Y SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

## BARIATRIC PATIENT'S PSYCHOLOGICAL PROFILE: A DESCRIPTION. CHILDHOOD OBESITY, ATTACHMENT AND SATISFACTION WITH THEIR COUPLE RELATIONSHIP

PAOLA MERINO DÍAZ<sup>1</sup>, M. MAR BENÍTEZ-HERNÁNDEZ<sup>1</sup>,  
M. ÁNGELES ARIAS<sup>1</sup>, MERCEDES BORDA MAS<sup>1</sup> Y  
ASUNCIÓN LUQUE-BUDIA<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Merino Díaz, P., Benítez-Hernández, M. M., Arias, M. A., Borda Mas, M. y Luque-Budia, A. (2020). Descripción del perfil psicológico del paciente bariátrico: Obesidad Infantil, Apego y satisfacción de la relación de pareja [Bariatric patient's psychological profile: a description. Childhood Obesity, Attachment and Satisfaction with their Couple Relationship]. *Acción Psicológica*, 17(2), 25–42. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27437>

### Resumen

La obesidad ha alcanzado en los últimos años proporciones epidémicas, erigiéndose como la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Frente a ello, la cirugía bariátrica se ha impuesto como tratamiento de elección debido a su eficacia. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes presentan resultados subóptimos, cuestionando la eficacia del mismo. Por ello, resulta necesario investigar los distintos perfiles de pacientes con obesidad mórbida para determinar qué variables psicológicas atentan contra la idoneidad de la

cirugía, y poder así, desarrollar tratamientos alternativos más eficaces. El presente estudio analiza el perfil de 411 pacientes con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica, del hospital Virgen del Rocío, para determinar si: la historia de obesidad infantil, el apego y la satisfacción de la relación de pareja, son características que influyen en la idoneidad para la cirugía. Los datos se obtuvieron mediante plantillas sociodemográficas y clínicas, el Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008) y una escala de medición de la satisfacción de la relación de pareja. Tras el análisis estadístico de los datos mediante el SPSS, el estudio concluyó que los sujetos no aptos, presentaban en mayor medida historias de obesidad infantil, un estilo de apego inseguro y un

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Paola Merino Díaz; Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España.

**Email:** [paola.merino.diaz@gmail.com](mailto:paola.merino.diaz@gmail.com)

**ORCID:** Paola Merino Diaz (<https://orcid.org/0000-0001-8007-9633>), M<sup>a</sup> del Mar Benítez Hernández (<https://orcid.org/0000-0001-8958-0344>), M<sup>a</sup> Angeles Arias (<https://orcid.org/0000-0001-5885-2917>), Mercedes Borda Mas (<https://orcid.org/0000-0002-6891-8374>) y Asunción Luque Budia (<https://orcid.org/0000-0002-1182-1299>).

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España.

<sup>2</sup> Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, España.

Recibido: 20 de junio de 2020.

Aceptado: 10 de noviembre de 2020.



menor nivel de satisfacción en su relación de pareja, siendo más notable en el caso de las mujeres. Atendiendo a estos resultados, parece necesario seguir investigando qué variables psicológicas conforman el perfil del paciente obeso, para poder desarrollar tratamientos complementarios o incluso alternativos, a la cirugía bariátrica, y asegurar así una mayor eficacia en la lucha contra la obesidad.

**Palabras clave:** cirugía bariátrica; obesidad infantil; estilo de apego; género; orientación diagnóstica; satisfacción de la relación de pareja.

### Abstract

Obesity has reached epidemic proportions in recent years, being the third cause of death in developed countries. Although bariatric surgery seems to be the most effective method, a significant percentage of patients have suboptimal results. As a preventive measure, patients are previously evaluated to determine if they are suitable for surgery. The present study examines if the story of childhood obesity, the attachment and the satisfaction in the romantic relationship, are related with the diagnosis orientation. The sample was composed by 411 patients with morbid obesity, candidates for bariatric surgery, from the Hospital Virgen del Rocío in Seville. The data were obtained through sociodemographic and clinical templates, the Adult Attachment Questionnaire (Melero & Cantero, 2008) and a scale of the relationship satisfaction. The study concluded that the unsuitable subjects had in a larger proportion a story of childhood obesity, have an insecure attachment style and a lower level of satisfaction in their relationship, being more notable in the case of women. Therefore, it is necessary to continue investigating the psychological variables related to obesity in order to address these aspects in the preoperative phase through psychological treatments, to ensure a greater effectiveness in the fight against the obesity.

**Keywords:** bariatric surgery; childhood obesity; attachment style; gender; diagnostic orientation; couple relationship satisfaction.

### Introducción

Si hasta el siglo XXI, la desnutrición constituía uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, actualmente, con una estimación del 30 % de la población mundial, el sobrepeso y la obesidad superan en número a las personas desnutridas (Min et al., 2017). Desde 1975 la prevalencia se ha triplicado (Giampaoli y Vannucchi, 2016), y se prevé que en el 2030 afectará al 50 % de la población (Andolfi y Fisichella, 2018). En el caso particular de la obesidad, en los últimos 30 años, se ha duplicado la cifra de adultos y niños –6-11 años– afectados y se ha triplicado entre los adolescentes –12-19 años– (Stevens, 2017). Cifras que han valido a la OMS para alertar de que se han alcanzado proporciones epidémicas (Jaacks et al., 2019).

Más de 30 patologías medicas diferentes (cardiovasculares, endocrinas, metabólicas...) se correlacionan con la obesidad (Apovian, 2016), posicionándose, con 2.8 millones de muertes al año, como la tercera causa de muerte en las sociedades occidentales (Shekar y Popkin, 2020). En el 2013, la Asociación Médica Americana reconoció la obesidad como un estado de enfermedad, que debía de ser tratado como tal (Upadhyay et al., 2018).

El principal instrumento de medición que se emplea para determinar el grado de obesidad, es el índice de masa corporal (IMC). Parámetro antropométrico que relaciona el peso y la estatura (kg/m<sup>2</sup>) de una persona, obteniendo una estimación ajustada, generalmente, de la grasa corporal. Mientras que un IMC de entre 18.5 a 24.9 se considera normopeso y 25-29.9 sobrepeso, a partir de 30-39.9 se habla de obesidad, y se asocia con una reducción de entre 2-4 años de la esperanza de vida, la cual llega a disminuir incluso 8-10 años en el caso de la obesidad mórbida (IMC  $\geq$  40; Jura y Kozak, 2016).

Dada su alta prevalencia y la amplia lista de enfermedades comórbidas, la obesidad ha provocado el aumento exponencial de la atención médica necesaria. En España, el sobrecoste asciende a 2800 millones de euros anuales, representando el 7 % del gasto sanitario nacional. El 70 % de los hombres y 50 % de las mujeres en edad adulta, tienen exceso de peso, y el 18 % y 17 %, respectivamente, son obesos. Ello supone el aumento del 20 % del gasto sanitario per capita, pues el coste sanitario de una persona

con obesidad se triplica. Mientras que el absentismo laboral asociado, provoca pérdidas que ascienden a 140000 millones de euros (La Razón, 2019).

Aunque parecen ser múltiples los factores que contribuyen al desarrollo de la obesidad –genéticos, ambientales, conductuales...– (Davis et al., 2017), en última instancia, es el desequilibrio entre un exceso en el consumo de energía (ingesta dietética) en relación con el gasto energético (energía utilizada en actividad metabólica y física), lo que mantenido en el tiempo provoca el exceso de adiposidad (Funk et al., 2016).

Sin embargo, abordar el tratamiento de la obesidad exclusivamente desde esta óptica, puede conducir a asumir de manera reduccionista, que se trata de un problema de «fuerza de voluntad», en tanto a la incapacidad de mantener un estilo de vida saludable. Muchos profesionales, mantienen esta visión estigmatizada (Puhl et al., 2020) a pesar del aumento sustancial de los ratios de obesidad. En consecuencia, el tratamiento prescrito se ha limitado a una dieta hipocalórica, ejercicio físico y/o fármacos (Tsai, 2019).

No obstante, las tasas de abandono frente a este tratamiento son altas (Fitzpatrick et al., 2016) y sólo entre el 20-30% de los pacientes que bajan de peso logran mantenerlo (Robert et al., 2019).

Ante los casos más graves y persistentes, de pacientes con un IMC  $\geq 40\text{kg}/\text{m}^2$  o superior a  $35\text{kg}/\text{m}^2$ , pero con comorbilidades físicas, se opta por la cirugía bariátrica (De Luca et al., 2016). La eficacia de este procedimiento ha sido ampliamente probada tanto para la obtención de una reducción del peso significativa (de hasta un 80 %) mantenida en el tiempo, como en la mejora de los problemas de salud comórbidos (Moris et al., 2018). Lo que le ha valido para ser señalada como el tratamiento más eficaz (Panteliou y Miras, 2017).

Aun así, el 20-30 % de los pacientes intervenidos recuperan una parte sustancial (sino todo) del peso inicial, aproximadamente 2 años después (Ghaferi y Varban, 2018), y aunque se produce una mejora significativa en la calidad de vida tras la intervención (Mazer et al., 2017), hay cada vez más pruebas que sugieren la presencia de

malestar psicológico a largo plazo (Griauzde et al., 2018). Lo que sugiere que posiblemente sean factores psicológicos, los que determinan en última instancia el éxito postoperatorio.

Actualmente, en ausencia de predictores psicológicos, la única medida preventiva es la exclusión de pacientes que presenten otros trastornos psicopatológicos comórbidos (Sogg et al., 2016). Sin embargo, las investigaciones al respecto, no han encontrado una clara asociación entre la pérdida de peso postoperatoria y las condiciones de salud mental previas (Sarwer y Heinberg, 2020).

Respecto a la direccionalidad de esta relación, tampoco se sabe aún si la obesidad propicia sufrir otras alteraciones psicopatológicas, o si por el contrario es la consecuencia. Posiblemente ambas relaciones coexistan, de manera que sea la reconstrucción de la historia de vida del paciente lo que permita diseñar un abordaje personalizado (Wadden y Bray, 2018).

Carr y Epstein (2020) identificaron en niños con sobrepeso, que las vías neurales de recompensa estaban alteradas y eran responsables de que consumiesen porciones más grandes y de alimentos más calóricos. Pero, estas conductas desadaptativas no pueden entenderse de manera aislada, pues se enmarcan dentro del sistema familiar.

En línea con esta idea, la Teoría del Apego especula que la calidad de las experiencias tempranas de los niños con sus cuidadores, determinan la regulación emocional y conductual posterior que tendrá el sujeto, incluyendo la conducta alimentaria (Kong et al., 2019). Entre los cuatro estilos de apego que diferenció Bowlby (1982), el apego inseguro parece correlacionar claramente con la obesidad, donde la inconsistencia de la figura de apego en su disponibilidad física y emocional, provoca un empobrecimiento de la regulación emocional –siendo lo opuesto al apego seguro– (Saltzman et al., 2017). La comida gracias a su disponibilidad y carácter hedónico, se convierte en un mecanismo para interrumpir del afecto negativo (Herle et al., 2018), provocando además alteraciones en el circuito mesolímbico similares a las de los trastornos adictivos (Burrrows et al., 2017).

Ante esta explicación del desarrollo de la obesidad, cabría pensar que la existencia de factores protectores como el apoyo social, considerado uno de los principales determinantes de la salud física y mental, podrían evitar estas conductas desadaptativas (Altan-Atalay, 2019). Pero en el caso de los sujetos con un estilo de apego inseguro, se observa que tienden a percibir de manera sesgada e incluso negativa, el apoyo social del que disponen (Gökdağ, 2021) y aun cuando es percibido positivamente, no es eficaz ni suficiente para reducir el malestar, pues los mecanismos subyacentes son fisiológicos (Lewczuk et al., 2018).

Generalmente el estilo de apego se mantiene estable en la edad adulta y se perpetua transgeneracionalmente (Booth-LaForce y Roisman, 2019). La aparición de sobrepeso en la infancia que supone un riesgo para el bienestar y desarrollo normativo, compromete el ajuste psicosocial y académico (Jackson, 2016) y facilita un efecto halo estigmatizante, en el que el entorno del niño atribuye al mismo otras cualidades poco deseables (Small y Aplasca, 2016).

La suma de experiencias de rechazo, refuerzan el apego inseguro, propiciando el desarrollo de relaciones de dependencia emocional, o de evitación (Simpson y Rholes, 2017). Además, las investigaciones muestran que se elige, de manera más o menos inconsciente a parejas que confirman las expectativas del sistema de apego (Beeney et al., 2019). De modo que, aquellos con apego inseguro tenderán a elegir parejas que confirmen la inconsistencia en su disponibilidad. Asimismo, el apego influye en la dinámica de pareja, y el estilo inseguro, parece predisponer a la intensificación de enfrentamientos y dificultad en la resolución (Feeney y Karantzas, 2017). Esto, unido a la incapacidad para percibir a la pareja como fuente de seguridad, convierten las relaciones de pareja en un potencial estresor y factor de riesgo (Simpson y Rholes, 2017).

En definitiva, la situación problemática en la que se enmarca la obesidad, hace necesario determinar qué variables psicosociales inciden en la patología, a fin de poder diseñar programas de intervención que aborden las raíces psicológicas y dinámicas de la patología, entendiéndose así la obesidad como síntoma de un cuadro más complejo.

Así pues, el presente estudio tiene el objetivo de contribuir a la descripción del perfil psicológico del paciente bariátrico, explorar la posible relación entre la obesidad y: el estilo de apego, la historia de obesidad infantil y el nivel de satisfacción de la relación de pareja. Considerándose en todos los casos, el posible efecto modulador de la variable sexo.

La elección de estas variables se justifica en el hecho de que, el estilo de apego inseguro, es un factor de riesgo para la obesidad, en tanto que predispone a la obesidad infantil e incide en la calidad de las relaciones de pareja. Siendo, además, estas dos últimas variables (obesidad infantil y satisfacción de la relación de pareja) relevantes por sí mismas en la descripción psicológica de los pacientes con obesidad mórbida.

La hipótesis previa al respecto es que, en el grupo clínico, candidato a cirugía bariátrica (aptos/no aptos), habrá una mayor proporción de participantes con historias de obesidad infantil, apego inseguro, y con una menor satisfacción en sus relaciones de pareja, en comparación al grupo control. Siendo, además, más acusada dicha tendencia en el grupo clínico de «no aptos» para la cirugía bariátrica, y aún más notable en el caso de las mujeres.

## Método

### *Participantes*

La muestra se compuso de 441 participantes, residentes en la localidad de Sevilla, que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Gracias a un acuerdo preexistente con el Hospital Virgen del Rocío se accedió, en primer lugar, a los 259 pacientes con obesidad mórbida ( $IMC > 40\text{kg/m}^2$ ) que en ese momento eran candidatos a cirugía bariátrica, y que conformaron el grupo clínico. Tras la exploración de sus características demográficas, se creó un grupo control formado por 152 sujetos de la población general con normopeso ( $IMC < 30\text{kg/m}^2$ ), que se presentaron voluntarios y que fueron seleccionados de acuerdo a sus semejanzas so-

Tabla 1.

Datos descriptivos de la muestra. Los datos están presentados como medias e intervalos para las variables cuantitativas; y frecuencias y porcentajes (%) para las variables cualitativas.

		Apto		No Apto		Control		Total	
<b>Edad (media)</b>		22-63 años		20-60 años		20-27 años			
<b>Peso (medio)</b>		129.21kg		130.76kg		69.43kg			
		<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	56	31.5%	22	27.2%	49	30.6%	127	30.3%
	Mujer	122	68.5%	59	72.8%	111	38.0%	292	69.7%
<b>Nivel Estudios</b>	Primarios	72	45.9%	42	55.3%	51	32.7%	165	42.4%
	Medios	53	33.8%	22	28.9%	57	36.5%	132	33.9%
	Superiores	27	17.2%	11	14.5%	46	29.5%	84	21.6%
	Sin estudios	5	3.2%	1	1.3%	2	1.3%	8	2.1%

ciodemográficas (a excepción del peso) con el grupo clínico. Tanto la distribución de la muestra como las características sociodemográficas exploradas se representan en la Tabla 1.

El grupo clínico, se subdividió a su vez en dos grupos, de acuerdo a la aptitud para la cirugía: 178 participantes fueron considerados aptos y 81 participantes como no aptos. Los criterios de exclusión para ser intervenidos quirúrgicamente fueron la presencia de otras comorbilidades médicas o psicopatológicas que pudiesen afectar negativamente a la operación.

### *Instrumentos de evaluación*

**Historias clínicas** (Apéndice C). Treinta y cuatro ítems que recogen información de carácter: clínico (IMC, antecedentes psicopatológicos, obesidad infantil...); sociodemográfico y otros datos de interés como el apoyo familiar percibido. El test se completaba en 5-10 minutos de manera autoadministrada, obteniéndose así la información referida a la variable «historia de obesidad en la infancia».

**Cuestionario de Apego Adulto** (Melero y Cantero, 2008) –ver Apéndices D y E–. Permite establecer el estilo de apego del sujeto. Consta de 40 ítems agrupados en cuatro factores que miden las diferentes dimensiones del apego. La escala de respuesta es de tipo Likert de 6 puntos, donde 1 corresponde con «nada de acuerdo» y 6 con «muy de acuerdo». De carácter autoadministrable, se completa en 5-10 minutos. Permite diferenciar cuatro estilos de

apego: seguro (puntuación muy alta en la escala 3 y muy bajas en el resto); inseguro-temeroso (puntuación alta/muy alta en las escalas 1, 2 y 4 y baja en la escala 3); inseguro-preocupado (puntuación muy elevada en la escala 1 y moderadas en el resto); e inseguro-alejado (con altas puntuaciones en la escala 4 y bajas-moderadas en el resto). Los factores tienen un índice de fiabilidad de .86, .80, .68 y .77 respectivamente, según la evaluación del coeficiente «alpha de Cronbach». Mientras que, la validez del instrumento, correlaciona positivamente con el CR (Cuestionario de Relación).

**Escala de Satisfacción de la Relación de Pareja** (Apéndice F). Escala Likert, elaborada ad hoc, mediante la que se recoge el grado de felicidad que el sujeto experimenta en cuanto a su relación de pareja, donde 1 es muy desgraciada y 7 radiante.

### *Procedimiento*

Para la recogida de datos de este estudio exploratorio, se planteó un diseño no-experimental o correlacional ex post facto y de carácter transversal.

De acuerdo a la ley de protección de datos (Artículo 7, de la Ley 41/2002 [BOE, 2002]), los facultativos del Hospital se encargaron de suministrar los instrumentos entre los pacientes del grupo clínico y de diferenciar posteriormente aquellos pacientes «aptos» y «no aptos» para someterse a la cirugía.

Previamente a la administración de los instrumentos, todos los participantes fueron informados sobre las condiciones de la investigación y derechos de confidencialidad y protección de datos, recogidos por escrito en los Apéndices A y B.

Los sujetos del grupo control fueron elegidos mediante un muestreo no probabilístico intencional, en base a las variables sociodemográficas exploradas (sexo, edad y nivel de estudios) en el grupo clínico, de modo que se distribuyeran de forma similar, y se pudiese asegurar el balanceo entre los mismos, para controlar el posible efecto de variables extrañas. Además, la administración de los cuestionarios y la recogida de datos fue llevada a cabo por un grupo de investigadores entrenados pero ajenos al presente estudio.

### *Análisis de datos*

El procesamiento de los datos se efectuó mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 22.0 para Windows, especificando un nivel de significación de 0.05. Para el análisis de la potencia estadística, se usó el programa G\*Power 3, considerándose como parámetro un mínimo del 80 % ( $1-\beta = .80$ ) de potencia estadística, tal y cómo se recomienda, a fin de evitar cometer un error de Tipo II (Marino, 2018).

Se calcularon los estadísticos descriptivos de la muestra y se analizaron las propiedades psicométricas del test, específicamente, la normalidad y homocedasticidad de las variables, mediante las pruebas Kolmogorov y Levene,

respectivamente. Dado que las variables evaluadas, no se distribuían normalmente, se decidió utilizar estadística no paramétrica para responder a las hipótesis. Para contrastar las hipótesis indicadas, se comprobó si había diferencias entre los pacientes bariátricos “aptos” y los “no aptos” en todas las variables anteriormente mencionadas y si había diferencias de género.

Para analizar la relación entre la historia de obesidad infantil y la orientación diagnóstica se empleó la prueba Chi Cuadrado de manera doble y separada diferenciando así entre hombres y mujeres. Para considerar significativas las diferencias, se tomó  $p < 0.05$ . Mientras que el tamaño del efecto, fue medido a través del coeficiente de contingencia de Pearson (1909).

De igual manera, a través de las pruebas de Chi Cuadrado (separando hombres y mujeres) y el coeficiente de contingencia de Pearson, se estudió la relación entre el estilo de apego de los sujetos y su orientación diagnóstica.

En ambos casos, tanto en el análisis de la obesidad en la infancia como en el estudio del estilo de apego, tras llevar a cabo las pruebas de Chi Cuadrado, se procedió a calcular los valores z corregidos, con el fin de proveer un análisis más completo.

Finalmente, se llevó a cabo un ANOVA para estudiar la relación entre la satisfacción en la relación sentimental y la orientación diagnóstica. El grupo control fue omitido al no disponerse de los datos suficientes. Las diferencias en las relaciones fueron consideradas significativas

**Tabla 2.**

*Tabla cruzada obesidad en la infancia y orientación diagnóstica en ambos sexos.*

	Candidatos a cirugía	Obesidad en la infancia					
		Sí		No		Total	
		f	%	f	%	f	%
Hombre	Apto	31	55.4 %	25	44.6 %	56	100 %
	No Apto	11	52.4 %	10	47.6 %	21	100 %
	Control	5	10.4 %	43	89.6 %	48	100 %
Mujer	Apto	68	55.7 %	54	44.3 %	122	100 %
	No Apto	35	59.3 %	24	40.7 %	59	100 %
	Control	8	7.2 %	103	92.8 %	111	100 %

cuando  $p < 0.05$ . Eta parcial al cuadrado ( $\eta_p^2$ ) fue usado como medida del índice de tamaño de efecto.

## Resultados

### Relación entre la historia de obesidad infantil y la orientación diagnóstica

Los resultados mostraron una relación estadísticamente significativa entre la obesidad infantil y la orientación diagnóstica tanto en hombres como en mujeres, con un tamaño de efecto en ambos casos medio-alto. La proporción de sujetos con historias de obesidad infantil fue mayor en los pacientes del grupo clínico, en comparación al grupo control (Tabla 2) respaldada por una potencia estadística de  $1 - \beta = .991$ . Para un análisis más completo se calculó los valores z corregidos (Tabla 3).

**Tabla 3.**

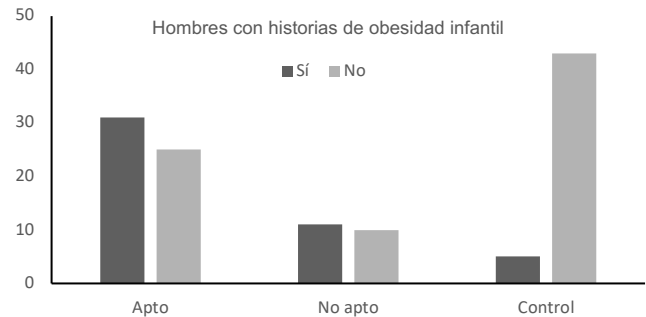
Valores z corregidos para la variable Obesidad Infantil y orientación diagnóstica según el sexo.

	Candidatos a cirugía	Obesidad en la infancia	
		Sí	No
Hombre	Apto	3.7	-3.7
	No Apto	1.5	-1.5
	Control	-5.0	5.0
Mujer	Apto	5.3	-5.3
	No Apto	3.8	-3.8
	Control	-8.5	8.5

Las Figuras 1 y 2 muestran gráficamente la distribución de la variable.

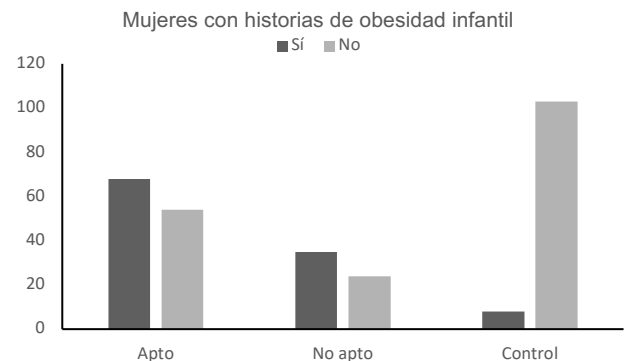
**Figura 1.**

Relación entre la presencia o ausencia de obesidad en la infancia y la Orientación Diagnóstica en hombres. Los datos están presentados en frecuencias.



**Figura 2.**

Relación entre la presencia o ausencia de obesidad en la infancia y la Orientación Diagnóstica en mujeres. Los datos están presentados en frecuencias.



### Mujeres

El valor obtenido mediante la prueba de Chi Cuadrado fue  $\chi^2_{(2,N=292)} = 72.340$ ,  $p < .001$  con una potencia estadística de  $C = .446$ . A través del cálculo de los valores z corregidos, se pudo comprobar que, en el grupo no apto, era notablemente superior la proporción de mujeres con obesidad en la infancia ( $zr = \pm 3.8$ ).

### Hombres

En el caso de los hombres, el valor que se obtuvo mediante el Chi Cuadrado fue  $\chi^2_{(2,N=125)} = 24.599$ ,  $p < .001$  con una potencia estadística de  $C = .406$ . Al calcular los

**Tabla 4.**

Datos descriptivos de la muestra para la variable Apego. Los datos están presentados como frecuencias y porcentajes.

	Candidatos a cirugía	Estilo de Apego				Total	
		Seguro		Inseguro		f	%
		f	%	f	%		
Hombre	Apto	30	58.8 %	21	41.2 %	51	100 %
	No Apto	8	42.1 %	11	57.9 %	19	100 %
	Control	24	55.8 %	19	44.2 %	43	100 %
Mujer	Apto	52	50.0 %	52	50.0 %	104	100 %
	No Apto	14	26.9 %	38	73.1 %	52	100 %
	Control	65	63.7 %	37	36.3 %	102	100 %

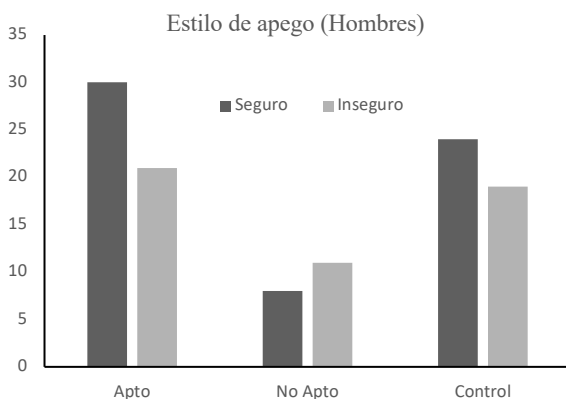
valores z corregidos se halló que la proporción de hombres con y sin obesidad en la infancia no difería de los distintos subgrupos clínicos –aptos/no aptos– ( $zr = \pm 1.5$ ).

### Relación entre el estilo de apego y la orientación diagnóstica

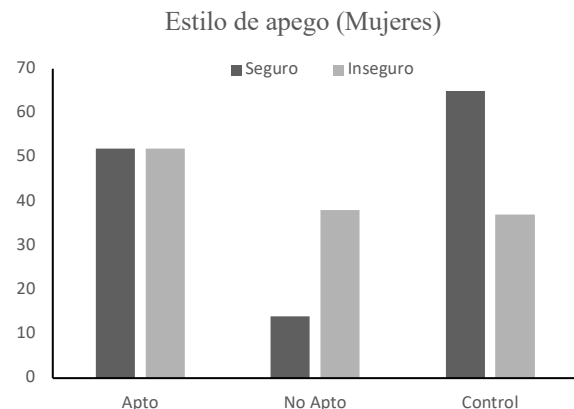
Tras realizar la prueba de Chi Cuadrado a los hombres del grupo clínico y control y paralelamente a las mujeres de los mismos grupos, se hallaron diferencias. El tamaño del efecto fue medio-bajo en el caso de las mujeres y bajo en los hombres, con una potencia estadística suficiente ( $1 - \beta = .965$ ). En ambos sexos la proporción de sujetos con apego inseguro fue superior en el grupo clínico “no apto”, en comparación al resto de condiciones (Tabla 4). Las Figuras 3 y 4 muestran gráficamente la distribución de la variable.

**Figura 3.**

Relación entre el estilo de Apego y la Orientación Diagnóstica en hombres. Los datos están presentados en frecuencias.

**Figura 4.**

Relación entre el estilo de Apego y la Orientación Diagnóstica en mujeres. Los datos están presentados en frecuencias.



#### Mujeres

La relación entre la orientación diagnóstica y el estilo de apego fue significativa  $\chi^2_{(2,N=258)} = 18.706$ ,  $p = .001$ , con una potencia estadística de  $C = .260$ .

En cuanto al estilo de apego seguro, tan sólo en el grupo control fue mayor la proporción de sujetos con dicho apego, mientras que, en el grupo clínico apto, las proporciones entre el estilo de apego seguro e inseguro estaban equiparadas.

#### Hombres

En el caso de los hombres, no se halló significancia estadística en el análisis de la relación entre el estilo de

apego y la orientación diagnóstica  $\chi^2_{(2,N=113)}=1.588$ ,  $p=.452$  con una potencia estadística  $C=.118$ .

En cuanto al apego seguro, la proporción de sujetos fue superior tanto en el grupo clínico apto como en el control, distribuyéndose la variable de forma similar.

### ***Relación entre la satisfacción con la relación de pareja y la orientación diagnóstica***

Los sujetos del grupo clínico apto mostraron una mayor satisfacción en sus relaciones de pareja, en comparación a los sujetos no aptos, siendo además mayor en el caso de los hombres, en ambos grupos diagnósticos (Tabla 5).

**Tabla 5.**

*Datos descriptivos de la muestra para la variable Satisfacción en la relación de pareja. Los datos están presentados como medias (M) y desviaciones tipo (DT).*

Satisfacción	Candidatos a cirugía			
	Apto		No apto	
Hombre	5.47	0.861	5.00	1.477
Mujer	5.08	1.319	4.65	1.562

En cuanto a la influencia de las variables (orientación diagnóstica y sexo) sobre la satisfacción de la pareja, los resultados del ANOVA, mostraron diferencias estadísticamente significativas y con un tamaño de efecto alto. Significancia que, sin embargo, no fue encontrada cuando se ponía en relación la orientación diagnóstica y la satisfacción de la relación de pareja mediada por la variable “sexo”.

## **Discusión**

El presente estudio se planteó como objeto contribuir a la descripción del perfil psicológico del paciente bariátrico, explorando la posible relación entre la obesidad y: el estilo de apego, una historia de obesidad infantil y el nivel de satisfacción de la relación de pareja. Considerándose en

todos los casos, el posible efecto modulador de la variable sexo.

Se partía de la hipótesis de que, en el grupo clínico, candidato a cirugía bariátrica, habría una mayor proporción de participantes con historias de obesidad infantil, apego inseguro, y con una menor satisfacción en sus relaciones de pareja, en comparación al grupo control. Siendo, además, más acusada dicha tendencia en el grupo clínico de “no aptos” para la cirugía bariátrica, y aún más notable en el caso de las mujeres.

Los resultados obtenidos confirmaron algunas de las hipótesis planteadas. Así, los sujetos del grupo clínico, mostraron una mayor prevalencia en cuanto a haber tenido obesidad en la infancia, tener un estilo de apego inseguro y niveles más bajos de satisfacción en sus relaciones de pareja.

En cuanto a la relación entre la obesidad infantil y la orientación diagnóstica, tal y como se había hipotetizado, el grupo clínico, mostró una mayor proporción de sujetos que habían padecido en la infancia obesidad. Siendo más notable, entre las mujeres del subgrupo clínico de “no aptos”. En el caso de los hombres, por el contrario, no hubo diferencias entre los subgrupos clínicos (aptos/no aptos) donde en ambos casos predominaba el padecimiento de obesidad en la infancia.

Esta distinción podría considerarse una evidencia más de las consecuencias estigmatizantes que sufren en mayor medida las mujeres obesas (Puhl et al., 2020), quienes, debido a la mayor presión estética hacia las mujeres, se enfrentan a un peor ajuste psicosocial que facilita además el desarrollo de trastornos de carácter psicopatológico.

Además, los resultados obtenidos, apoyan las conclusiones de Faienza et al. (2016) que señalan que la obesidad en la infancia, predispone a ser un adulto obeso, ya que impacta negativamente en el desarrollo psicosocial y académico, así como dificulta la adquisición conductas adaptativas para la regulación de estados emocionales negativos (Herle et al., 2018), con un mayor riesgo de recurrir a la comida para inhibir el afecto negativo (Burrows et al., 2017).



En cuanto a la relación entre el estilo de apego y la orientación diagnóstica, como ya se anticipaba y se había hipotetizado, se encontró una mayor proporción de pacientes con apego inseguro en el subgrupo clínico de “no aptos”, siendo además más notable en el caso de las mujeres.

Sin embargo, en cuanto al subgrupo clínico de “aptos”, inesperadamente, los hombres mostraron predominantemente un estilo de apego seguro, mientras que, en el caso de las mujeres, los estilos de apego seguro e inseguro se distribuyeron a partes iguales. Esto, podría sugerir que existen diferencias cualitativas en cuanto al estilo de apego inseguro de las candidatas consideradas aptas, frente a las no aptas. De modo que, la alta comorbilidad hallada entre la obesidad y los trastornos psicopatológicos, podría estar mediado por un estilo de apego inseguro específico.

Estos resultados concuerdan con la literatura existente sobre como el peor ajuste social observado en las mujeres con obesidad favorece el desarrollo y/o mantenimiento de estilos de apego inseguro (Simpson y Rholes, 2017). El cual, se relaciona con una menor consciencia de los propios estados emocionales y una pobre gestión emocional (Herle et al., 2018). Todo ello predispone al uso de estrategias subóptimas, de base psicobiológica, para la regulación emocional, mediante conductas orientadas a la disociación de los estados internos (como el abuso de sustancias o de alimentos palatables).

Por otra parte, al estudiar el nivel de satisfacción de las relaciones de pareja en los distintos grupos clínicos, se confirmó la hipótesis de que, el nivel de satisfacción de los participantes se veía influenciado tanto por la orientación diagnóstica como el sexo, aunque sólo cuando dichas relaciones se estudiaron por separado (no se halló ninguna relación de interacción significativa).

De este modo, se observó que los sujetos del grupo clínico apto, mostraban niveles de satisfacción en sus relaciones de pareja, mayores, con respecto a los sujetos no aptos. Reflejando, los hombres, niveles de satisfacción mayores que las mujeres, tal y como se esperaba.

Estos datos, se muestran en línea con las investigaciones existentes sobre la calidad de las relaciones de pareja en sujetos de apego inseguro, para quienes las dificultades

de percibir apoyo social facilitan que, en vez de ser un factor protector, estas relaciones supongan fuentes de conflicto que active los mecanismos propios del estilo de apego inseguro y lleve al sujeto a un empeoramiento de su bienestar psicosocial (Simpson y Rholes, 2017).

### *Limitaciones del estudio*

Puesto que todos los sujetos clínicos del estudio proceden del mismo hospital, los datos aun siendo significativos, no pueden ser generalizados. Por otro lado, al no disponerse de los datos necesarios, el nivel de satisfacción de la relación de pareja, no pudo ser contrastada con el grupo control.

En cuanto al análisis del estilo de apego, la corrección del cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero 2008), obligó a reducir de 4 a 2 (seguro/inseguro) los posibles estilos, pues muchos sujetos no coincidían con los criterios de corrección.

### *Conclusiones*

Por tanto, se concluye que padecer obesidad en la infancia, el estilo de apego y la satisfacción de la relación de la pareja, son aspectos relevantes en el desarrollo y/o mantenimiento de la obesidad y para la evaluación de aptitud para la cirugía bariátrica. Obteniéndose relaciones significativas para ambos sexos, con la excepción de la variable estilo de apego, en la que no se encontraron diferencias relevantes entre los hombres.

Cumpléndose las hipótesis planteadas, los sujetos no aptos, presentaron en mayor medida historias de obesidad infantil, un estilo de apego inseguro y un menor nivel de satisfacción en su relación de pareja, siendo más notable en el caso de las mujeres.

Puesto que en las ocasiones en las que se analizaron los candidatos a la cirugía bariátrica entre sí, y se desestimó al grupo control, los resultados fueron menos concluyentes, se hace necesario que se contrasten los resultados ob-

tenidos en distintas muestras poblacionales, a fin de poder garantizar la generalización de las hipótesis planteadas.

### ***Futuras investigaciones***

Tras todos los datos expuestos, parece necesario seguir investigando qué variables psicosociales influyen en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Particularmente, sería relevante la exploración de los distintos tipos de apego inseguro en personas obesas, a fin de intentar comprender qué mecanismos de acción concretos están implicados en la patología, y si existen diferencias de género, como sugiere el presente estudio, qué variables psicológicas específicas influyen en ambos casos. De modo que fuesen tomados en cuenta para trabajar en la prevención y tratamiento de la obesidad de manera más efectiva.

### ***Implicaciones prácticas***

Atendiendo a los datos obtenidos sobre la obesidad infantil, resultaría beneficioso desarrollar programas de intervención a edades tempranas que incluyesen competencias relacionadas con la inteligencia emocional como la identificación, comprensión y gestión emocional.

Por otro lado, dada la importancia de la presencia de un estilo de apego seguro, como factor de protección y base para un adecuado desarrollo y bienestar psicosocial, sería de utilidad estructurar intervenciones que fomenten dinámicas intrafamiliares enfocadas a la creación de estilos de apego seguro. De manera que se pudiesen proporcionar herramientas a las familias para prevenir el mantenimiento de estilos inseguros y se propicie el desarrollo de adultos emocional y físicamente más adaptados.

## **Referencias**

- Andolfi, C. y Fisichella, P. (2018). Epidemiology of Obesity and Associated Comorbidities. *Journal Of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 28(8), 919–924. <https://doi.org/10.1089/lap.2018.0380>
- Altan-Atalay, A. (2019). Interpersonal emotion regulation: Associations with Attachment and Reinforcement Sensitivity. *Personality And Individual Differences*, 139, 290–294. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.032>
- Apovian, C. M. (2016). Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. *Am J Manag Care*, 22(7 Suppl), s176–85.
- Beeney, J., Stepp, S., Hallquist, M., Ringwald, W. R., Wright, A. G. C., Lazarus, S., Scott, L. N., Mattia, A. A., Ayars, H. E., Gebreselassie, S. H. y Piskonis, P. A. (2019). Attachment Styles, Social Behavior, and Personality Functioning in Romantic Relationships. *Personality Disorders: Theory, Research, And Treatment*, 10(3), 275–285. <https://doi.org/10.1037/per0000317>
- Booth-LaForce, C. y Roisman, G. I. (2019). Stability and Change in Attachment Security. En R. A. Thompson, J. A. Simpson y L. J. Berlin, *Attachment* (1ª ed., pp. 154–159). The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and Loss: Retrospect and Prospect. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.19390025.1982.tb01456.x>
- Burrows, T., Skinner, J., Joyner, M., Palmieri, J., Vaughan, K. y Gearhardt, A. (2017). Food addiction in Children: Associations with Obesity, Parental Food Addiction and Feeding Practices. *Eating Behaviors*, 26, 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.02.004>
- Carr, K. A. y Epstein, L. H. (2020). Choice is Relative: Reinforcing Value of Food and Activity in Obesity

- Treatment. *American Psychologist*, 75, 139–151. <https://doi.org/10.1037/amp0000521>
- Davis, R., Plaisance, E. y Allison, D. (2017). Complementary Hypotheses on Contributors to the Obesity Epidemic. *Obesity*, 26(1), 17–21. <https://doi.org/10.1002/oby.22071>
- De Luca, M., Angrisani, L., Himpens, J., Busetto, L., Scopinaro, N., Weiner, R., Sartori, A., Stier, C., Lakdawala, M., Bhasker, A. G., Buchwald, H., Dixon, J., Chiappetta, S., Kolberg, H.-C., Frühbeck, G., Sarwer, D. B., Suter, M., Soricelli, E., Blüher, M., Vilallonga, R... y Shikora, S. (2016). Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases: Position Statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obesity Surgery*, 26(8), 1659–1696. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2271-4>
- Faienza, M., Wang, D., Frühbeck, G., Garruti, G. y Portincasa, P. (2016). The Dangerous Link between Childhood and Adulthood Predictors of Obesity and Metabolic Syndrome. *Internal And Emergency Medicine*, 11(2), 175–182. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1382-6>
- Feeney, J. y Karantzas, G. (2017). Couple Conflict: Insights from an Attachment Perspective. *Current Opinion In Psychology*, 13, 60–64. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2016.04.017>
- Fitzpatrick, S., Wischenka, D., Appelhans, B., Pbert, L., Wang, M., Wilson, D. y Pagoto, S. (2016). An Evidence-based Guide for Obesity Treatment in Primary Care. *The American Journal Of Medicine*, 129(1), 115.e1–115.e7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.07.015>
- Funk, L., Jolles, S. y Voils, C. (2016). Obesity as a disease: has the AMA resolution had an impact on how physicians view obesity? *Surgery For Obesity And Related Diseases*, 12(7), 1431–1435. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.05.009>
- Ghaferi, A. y Varban, O. (2018). Setting Appropriate Expectations After Bariatric Surgery. *JAMA*, 320(15), 1543. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1424>
- Giampaoli, S. y Vannucchi, S. (2016). Obesità e diabete, un problema mondiale. Cosa dicono i dati [Obesity and diabetes, a global problem: what does recent data tell us?]. *Igiene e sanita pubblica*, 72(6), 561–570.
- Gökdağ, C. (2021). How does Interpersonal Emotion Regulation Explain Psychological Distress? The Roles of Attachment Style and Social Support. *Personality And Individual Differences*, 176(1), Artículo 110763. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110763>
- Griauzde, D., Ibrahim, A., Fisher, N., Stricklen, A., Ross, R. y Ghaferi, A. (2018). Understanding the Psychosocial Impact of Weight Loss Following Bariatric Surgery: A Qualitative Study. *BMC Obesity*, 5(38), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0215-3>
- Herle, M., Fildes, A. y Llewellyn, C. (2018). Emotional Eating is Learned not Inherited in Children, Regardless of Obesity Risk. *Pediatric Obesity*, 13(10), 628–631. <https://doi.org/10.1111/jjpo.12428>
- Jaacks, L., Vandevijvere, S., Pan, A., McGowan, C., Wallace, C. y Imamura, F. (2019). The Obesity Transition: Stages of the Global Epidemic. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(3), 231–240. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(19\)30026-9](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(19)30026-9)
- Jackson, S. (2016). Obesity, Weight Stigma and Discrimination. *Journal Of Obesity & Eating Disorders*, 2(1). <https://doi.org/10.21767/2471-8203.100016>
- Jura, M., y Kozak, L. (2016). Obesity and Related Consequences to Ageing. *AGE*, 38(1). <https://doi.org/10.1007/s11357-016-9884-3>

- Kong, K., Eiden, R. y Paluch, R. (2019). Early Nonfood Parent-Infant Interactions and Development of Obesity in a High-Risk, Diverse Sample. *Obesity*, 27(11), 1754–1760. <https://doi.org/10.1002/oby.22649>
- Marino, M. (2018). How often should we Expect to be Wrong? Statistical Power, P values, and the Expected Prevalence of False Discoveries. *Biochemical Pharmacology*, 151, 226–233. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2017.12.011>
- Mazer, L., Azagury, D. y Morton, J. (2017). Quality of Life After Bariatric Surgery. *Current Obesity Reports*, 6(2), 204–210. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0266-7>
- Melero, R. y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto [Affective styles in a Spanish Sample: A Questionnaire for the Assessment of Adult Attachment]. *Clínica Y Salud*, 9(1), 83–100.
- Min, J., Zhao, Y., Slivka, L. y Wang, Y. (2017). Double burden of Diseases Worldwide: Coexistence of Undernutrition and Overnutrition-Related Non-Communicable Chronic Diseases. *Obesity Reviews*, 19(1), 49–61. <https://doi.org/10.1111/obr.12605>
- Moris, D., Guerron, A. y Sudan, R. (2018). Long-term Durability of Outcomes After Bariatric Surgery: Thinking Outside the Box. *Surgery For Obesity And Related Diseases*, 14(2), 247. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.10.011>
- La Razón. (21 de noviembre de 2019). La obesidad aumenta un 20% el gasto sanitario per cápita. Recuperado de <https://www.larazon.es/salud/20191120/dcpo4bsyire2hewyf3ucr3ikoy.html>
- Panteliou, E., y Miras, A. (2017). What is the Role of Bariatric Surgery in the Management of Obesity? *Climacteric*, 20(2), 97–102. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1262638>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., y Pearl, R. L. (2020). Weight Stigma as a Psychosocial Contributor to Obesity. *American Psychologist*, 75, 274–289. <https://doi.org/10.1037/amp0000538>
- Lewczuk, K., Kobylińska, D., Marchlewska, M., Krysztofiak, M., Glica, A., y Moiseeva, V. (2018). Adult Attachment and Health Symptoms: The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties. *Current Psychology*, 40, 1720–1733. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0097-z>
- Robert, M., Pelascini, E. y Pasquer, A. (2019). Técnicas de derivaciones (bypass) gástricas por obesidad [Gastric Bypass Techniques for Obesity]. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo*, 35(4), 1–18. [https://doi.org/10.1016/s1282-9129\(19\)42984-x.com](https://doi.org/10.1016/s1282-9129(19)42984-x.com)
- Saltzman, J., Fiese, B., Bost, K. y McBride, B. (2017). Development of Appetite Self-Regulation: Integrating Perspectives From Attachment and Family Systems Theory. *Child Development Perspectives*, 12(1), 51–57. <https://doi.org/10.1111/cdep.12254>
- Sarwer, D. B. y Heinberg, L. J. (2020). A Review of the Psychosocial Aspects of Clinically Severe Obesity and Bariatric Surgery. *American Psychologist*, 75, 252–264. <https://doi.org/10.1037/amp0000550>
- Shekar, M. y Popkin, B. (Eds.). (2020). *Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge*. World Bank Publications.
- Simpson, J., y Rholes, W. (2017). Adult Attachment, Stress, and Romantic Relationships. *Current Opinion In Psychology*, 13, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>
- Small, L. y Aplasca, A. (2016). Child Obesity and Mental Health. *Child And Adolescent Psychiatric*

*Clinics Of North America*, 25(2), 269–282.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.008>

*Medicine*, 171(11), 847.  
<https://doi.org/10.7326/m19-2988>

Sogg, S., Lauretti, J. y West-Smith, L. (2016). Recommendations for the Presurgical Psychosocial Evaluation of Bariatric Surgery Patients. *Surgery For Obesity And Related Diseases*, 12(4), 731–749.  
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.02.008>

Upadhyay, J., Farr, O., Perakakis, N., Ghaly, W., y Mantzoros, C. (2018). Obesity as a Disease. *The Medical clinics of North America*, 102(1), 13–33.  
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.004>

Stevens, J. (2017). Obesity as a Disease: Why Ignore the Numbers? *Obesity*, 25(9), 1467–1467.  
<https://doi.org/10.1002/oby.21923>

Wadden, T., y Bray, G. (2018). *Handbook of Obesity Treatment* (2ª ed., pp. 345–347). The Guilford Press.

Tsai, A. (2019). Integrating Obesity Treatment Into Routine Primary Care. *Annals Of Internal*

## Apéndice A

### Hoja de información al participar en un estudio de investigación clínica sobre la Obesidad Mórbida y Cirugía Bariátrica

**Investigadora principal:** Dra. Mª Mar Benítez Hernández, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.

- **Participación voluntaria:**

Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se altere la relación con el profesor de la asignatura.

- **Descripción general del estudio:**

Este es un estudio en colaboración con la Universidad de Sevilla y el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, para analizar las características personales, psicológicas, médicas-biológicas y sociales de personas con obesidad mórbida candidatas a cirugía bariátrica.

Los resultados de este estudio servirán para la elaboración de artículos y exposiciones con fines científicos.

- **Beneficios y riesgos**

Los principales beneficiarios de esta investigación son los investigadores principales, ya que se contribuirá a la consecución de este proyecto de investigación, así como al aumento del conocimiento científico. No existe ningún riesgo relacionado con la participación en este estudio, al ser meramente descriptivo.

- **Confidencialidad**

Sus datos serán tratados según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio. Los datos recogidos en el estudio serán identificados mediante un código y sólo el investigador principal y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Su identidad permanecerá en todo momento anónima.

**Apéndice B**  
**Consentimiento informado del participante en un estudio de investigación  
clínica sobre la obesidad mórbida y cirugía bariátrica**

D/D<sup>a</sup>.....

Manifiesto que he sido informado/a por el investigador principal y/o sus colaboradores, sobre el estudio, mediante una hoja de información al participante. La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que tomo libremente la decisión de participar en el estudio arriba descrito.

Para que así conste, firmo este documento de consentimiento informado.

En ....., a .....de .....de.....

**Firma participante**

**Firma Investigador:**

**M<sup>a</sup> del mar Benítez Hernández**

---

## Apéndice C

Nº de identificación:			Fecha de ingreso:			Edad		Sexo	H†	M†	
Estado civil:			Nivel de estudios:			Nº de hijos:					
Procedencia	Capital:†		Provincia:†		Localidad (Provincia):		Vive	Solo†	Acompañado†		
Motivo de consulta:			Derivación			Peso:		IMC:			
Antecedentes de obesidad en la infancia:		No†	Sí†	Antecedentes familiares de obesidad		No†	Sí†	En caso afirmativo, señalar qué familiar:			
Antecedentes médicos o neurológicos		No†	Sí†	En caso afirmativo, señalar cuáles							
Antecedentes psicopatológicos		No†	Sí†	En caso afirmativo, señalar cuáles							
Antecedentes familiares psicopatológicos		No†	Sí†	En caso afirmativo, señalar qué familiar/es y qué enfermedad/es							
Regímenes anteriores	N o †	Sí †	En caso afirmativo, señalar cuales: †		Presencia de atracones	Subjetivos	No †	Sí †	Objetivos	No †	Sí †
Utilización de métodos purgativos			Laxantes		Vómitos	Edemas	Otros				
			No†	Sí†	N o †	Sí†	No†	Sí†	No†	Sí†	Cuáles
Enfermedades médicas actuales		No	Sí	En caso afirmativo, señalar cuáles							
Motivación principal para someterse a la intervención de cirugía bariátrica											
Expectativas sobre la intervención											
Estado psicopatológico actual											
Percepción de apoyo familiar	No†	Sí†	Atribución que hace de su enfermedad								
Presencia de discapacidad física o mental	No†	Sí†	Estado laboral								
Consumo de tabaco	No†	Sí†	nº cigarrillos:	Consumo de alcohol	No†	Sí†	Frecuencia:	Otras sustancias psicoactivas	No†	Sí†	Cuáles
Tratamiento farmacológico actual			No †	Sí †	En caso afirmativo, señalar cuál						
Orientación Diagnóstico			Apto †	No Apto †	Grupo Sí†No†Apto†No Apto†						

## Apéndice D

### CUESTIONARIO APEGO ADULTO

(Melero, R. y Cantero, M. J, 2005)

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o tu forma de comportarte en tus relaciones

	1	2	3	4	5	6	
	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6	
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6	
3. Con frecuencia a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falta de cariño	1	2	3	4	5	6	
4. Soy partidario/a del “ojo por ojo y diente por diente”	1	2	3	4	5	6	
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6	
7. Si alguien de mi familia o un amigo me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6	
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6	
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6	
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6	
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6	
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6	
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6	
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6	
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6	
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6	
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6	
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6	
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6	
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6	
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6	
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6	
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6	
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6	
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6	
26. Me preocupa mucho lo que la gente piense de mí	1	2	3	4	5	6	
27. Cuando tengo un problema con una persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6	



28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incomodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una manera eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

## Apéndice F

### CUESTIONARIO GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

La línea siguiente representa los diversos grados de felicidad en una pareja. Por favor, marque con una cruz el punto que mejor describa, globalmente, su relación de pareja.

Muy desgraciada	Bastante desgraciada	Algo desgraciada	Algo feliz	Bastante feliz	Muy feliz	Radiante
-----------------	----------------------	------------------	------------	----------------	-----------	----------

## ESCALA DE CLARIDAD EN EL AUTOCONCEPTO: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN PARA SU USO CON ADOLESCENTES DE ARGENTINA

### SELF-CONCEPT CLARITY SCALE: ADAPTATION AND VALIDATION FOR ITS USE WITH ADOLESCENTS FROM ARGENTINA

MARÍA FERNANDA MOLINA<sup>1</sup>, IGNACIO CELSI<sup>2</sup> Y VANINA SCHMIDT<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Molina, M. F., Celsi, I. y Schmidt, V. (2020). Escala de Claridad en el Autoconcepto: adaptación y validación para su uso con adolescentes de Argentina [Self-Concept Clarity Scale: Adaptation and validation for its use with adolescents from Argentina]. *Acción Psicológica*, 17(2), 43–56. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27773>

#### Resumen

El presente estudio tiene como objetivo presentar el proceso de adaptación y validación argentina de la Escala de Claridad en el Autoconcepto (SCCS) para adolescentes. Para ello se realizaron tres estudios. En total participaron 551 adolescentes (13 a 19 años y de ambos sexos) de escuelas del Área Metropolitana Bonaerense (AMBA). Estudio 1: Presenta la adaptación lingüística de la escala y el análisis de sus propiedades psicométricas

(análisis factorial exploratorio y validez de contenido). Estudio 2: Confirma la estructura interna de la escala (análisis factorial confirmatorio) e indaga sobre las diferencias en función del género y la edad. Estudio 3: Profundiza la validez de constructo relacionando la claridad en el autoconcepto con los posibles sí mismos de los adolescentes. Los resultados muestran que se ha logrado la adaptación lingüística y conceptual de la escala. A su vez, posee una adecuada validez de contenido, factorial y de constructo, y una buena consistencia interna.

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** María Fernanda Molina, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

**Email:** [fmolina@untref.edu.ar](mailto:fmolina@untref.edu.ar)

**ORCID:** María Fernanda Molina (<https://orcid.org/0000-0002-4237-4364>), Ignacio Celsi (<https://orcid.org/0000-0002-3408-7242>) y Vanina Schmidt (<https://orcid.org/0000-0003-3239-4043>).

<sup>1</sup> Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

<sup>2</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Recibido: 5 de septiembre de 2020.

Aceptado: 6 de diciembre de 2020.

**Palabras clave:** Adolescencia; Identidad; Autoconcepto; Escala.

### Abstract

The present study aims to present the Argentine adaptation and validation process of the Self-concept Clarity Scale for adolescents. For this purpose, three studies were conducted. In total 551 adolescents (13 to 19 years old and of both genders) from schools in the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA). Study 1: It presents the linguistic adaptation and psychometric properties analysis of the scale (exploratory factor analysis and content validity). Study 2: It confirms the internal structure of the scale (confirmatory factor analysis). Study 3: It strengthens the construct validity by relating self-concept clarity with the possible selves of the adolescents. The results show that linguistic and conceptual adaptation of the scale has been achieved. At the same time, it has an adequate content, factorial and construct validity, and a good internal consistency.

**Keywords:** Adolescence; Identity; Self-concept; Scale.

### Introducción

Uno de los desafíos más importantes que deben enfrentar los adolescentes es la exploración y consolidación de la identidad (E. H. Erikson, 1968). En esta etapa el autoconcepto se modifica y esto tiene importantes consecuencias en el desarrollo de los jóvenes (Harter y Bukowski, 2012).

Tradicionalmente se han distinguido los aspectos de contenido y estructurales del autoconcepto (Campbell et al., 1996). Las características de contenido se refieren a los aspectos evaluativos, la forma en que las personas describen a sí mismas y la valoración que hacen de ello. Por ejemplo, tener una buena apariencia física o apreciar su forma de ser (i.e., autoestima global). Las características estructurales del autoconcepto aluden a cómo dichos contenidos se organizan. Algunos de estos aspectos son: la complejidad, la diferenciación, y las discrepancias (ver Suszek et al., 2018 para una revisión).

Entre los aspectos estructurales, se destaca la claridad en el autoconcepto por su relación con el bienestar y ajuste psicológico (Lodi-Smith y DeMarree, 2017). Este constructo, propuesto por Campbell et al. (1996) es definido como “la medida en que los contenidos del autoconcepto se definen de manera clara y segura, siendo internamente consistentes y temporalmente estables” (p. 141).

La claridad en el autoconcepto cambia a lo largo del ciclo vital (Lodi-Smith y DeMarree, 2017). En particular, la adolescencia es un período en el que se experimentan nuevos roles y contextos, y en el que se repiensa el sentido del self que se tenía hasta ese momento (Crocetti y Van Dijk, 2016). Esto señala la importancia del estudio de la claridad en el autoconocimiento durante esta etapa.

Existe abundante evidencia empírica de que la claridad en el autoconcepto es importante para un desarrollo positivo adolescente (Crocetti y Van Dijk, 2016). La claridad se asocia con una mayor regulación emocional y con un menor desajuste psicológico –menores nivel de problemas internalizantes y externalizantes– (Parise et al., 2019), menor agresividad (Steffgen et al., 2007), menores niveles de delincuencia (Levey et al., 2019), mayor optimismo y una perspectiva temporal más lejana (Morawiak et al., 2018), mayor autoestima (Wu et al., 2010), y una mejor calidad en la relación con los pares y padres (Becht et al., 2017; Crocetti et al., 2016).

Por este motivo, es de gran importancia contar con instrumentos adecuados para su operacionalización. Hace varias décadas que este constructo es medido con la Escala de Claridad en el Autoconcepto (Self-concept Clarity Scale, SCCS) desarrollada por Campbell et al. (1996). En su versión original, la escala demostró tener adecuadas propiedades psicométricas. Presenta una estructura unifactorial, una adecuada consistencia interna y evidencias a favor de la validez de constructo (i.e. correlación positiva con autoestima, asociación con rasgos de personalidad).

A partir de su creación, esta escala ha sido traducida, adaptada y validada en diversos países: Estonia (Matto y Realo, 2001), Alemania (Steffgen et al., 2007), Checoslovaquia (Macek y Širůček, 2008), China (Wu y Watkins, 2009), Japón (Tokunaga y Horiuchi, 2012), Italia (Scalas

**Tabla 1.**

*Propiedades psicométricas de las adaptaciones de la Escala de Claridad en el Autoconcepto*

Estudio	Muestra		Validez factorial		Validez externa	Confiabilidad
	Origen	Grupo etario	Estructura factorial	Tipo de análisis		
Matto y Realo (2001)	Estonia	14 a 80 años	Unifactorial	AFE	-Validez de constructo (correlación con AEG, autoconciencia, neuroticismo y escrupulosidad)	Alpha de Cronbach: .86 Test re-test a 6 meses ( $r = .67$ )
Steffgen, Da Silva y Recchia (2007)	Alemania	Adolescentes de 15 a 20 años	Bifactorial	AFE – AFC	-Validez de constructo (correlación con amenaza al ego) -Validez de criterio (predice agresividad)	Alpha de Cronbach: .82
	Alemania	Adultos motociclistas de 19 a 61 años	Unifactorial	AFE – AFC	-Validez de constructo (correlaciona con narcisismo, enojo, comportamiento agresivo) -Validez de criterio (predice enojo y agresividad en la ruta)	Alpha de Cronbach: .77
Macek y Širůček (2008)	Checoslovaquia	15 años	Unifactorial	AFE AFC	-	Alpha de Cronbach: .82
Wu y Watkins (2009)	China	11 a 21 años	Unifactorial	AFE AFC	-Validez de constructo (correlaciona con autoestima y ansiedad)	Alpha de Cronbach: .86
Tokunaga y Horiuchi (2012)	Japón	Adultos emergentes. Edad media 19.9 SD = 1.49	Unifactorial	AFE AFC	-Validez de constructo (correlaciona con AEG, depresión, ansiedad, autoconciencia y los factores de personalidad del modelo de los cinco grandes) -Validez concurrente (correlaciona con la Escala Multidimensional de identidad del ego y de la Escala de Estabilidad del Self)	Alpha de Cronbach: .84 Test-retest a un mes ( $r = .79$ )
Scalas, Fadda y Meleddu (2013)	Italia	Estudiantes de 13 a 21 años	Unifactorial	AFE AFC	-Validez de constructo (correlaciona con AEG, neuroticismo, extraversión, y bienestar)	-Alpha de Cronbach: .84

**Tabla 1.***Propiedades psicométricas de las adaptaciones de la Escala de Claridad en el Autoconcepto (continuación)*

Estudio	Muestra		Validez factorial		Validez externa	Confiabilidad
	Origen	Grupo etario	Estructura factorial	Tipo de análisis		
Brunot, Valéau y Juhel (2015)	Francia	15 a 62 años	Unifactorial	AFC	-Validez de constructo (correlaciona con AEG, escrupulosidad, acuerdo, orientación a la comparación social) -Validez de criterio (predice un alto grado de coincidencia entre el autoconcepto y el prototipo de preferencia ocupacional)	-Alpha de Cronbach: .83 Test-retest a dos meses ( $r = .77$ )
Carlín Farach, 2017	Perú	Estudiantes de educación superior de 16 a 32 años	Unifactorial	AFE	-Validez de constructo (correlación con AEG, ansiedad, depresión, neurotismo, extraversión, apertura y escrupulosidad)	-Alpha de Cronbach: .84
Suszek, Fronczyk, Kopera y Maliszewski (2018)	Polonia	Estudiantes universitarios de 17 a 70 años	Unifactorial	AFE AFC	-Validez de constructo (correlación con AEG, estrés psicológico, neuroticismo y escrupulosidad)	-Alpha de Cronbach: .86 -Test re-test a un mes ( $r = .87$ )

Farach, 2017) y Polonia (Suszek et al., 2018). Los resultados de estos estudios brindan apoyo para la validez transcultural de la escala y del constructo en sí mismo (Suszek et al., 2018).

De estas versiones, la versión china, italiana y alemana fueron adaptadas específicamente para ser usadas con adolescentes. También otras de las versiones de la escala (i.e., la de Estonia, Francia y Perú) incluyeron adolescentes en su muestra, aunque no tomaron el rango etario completo de la adolescencia, ni la adaptaron exclusivamente para esta población. En este sentido, queremos resaltar que no existen antecedentes de su adaptación específicamente para adolescentes en ningún país latinoamericano.

### *Propiedades psicométricas de la SCCS y sus adaptaciones*

En la Tabla 1 se presentan las propiedades psicométricas de las distintas versiones de la escala. En la mayoría de sus versiones se encontró una estructura unidimensional, una consistencia interna de adecuada a buena y abundantes evidencias a favor de la validez de constructo.

### *El presente estudio*

El presente trabajo se propone presentar el proceso de adaptación y validación de la SCCS para su uso con adolescentes de zonas urbanas de Argentina. Para ello se realizaron tres estudios: un estudio de ensayo y dos de validación. En el primero, se realizó la retraducción de la es-

cala, se estudió la validez de contenido y su estructura interna por medio de análisis factorial exploratorio (AFE).

En el segundo, se buscó confirmar la estructura factorial por medio de análisis factorial confirmatorio (AFC). Asimismo, se realizaron comparaciones en función de la edad y sexo ya que existe evidencia de que la claridad en el autoconcepto varía en función estas variables. Por un lado, se encontró que la claridad se no desarrolla de manera lineal. Hay un aumento en la adolescencia, declina en el pasaje a la adultez emergente y vuelve a aumentar durante esta última etapa. Por otro lado, se encontró que los varones presentan niveles más altos de claridad que las mujeres y estas diferencias se mantienen a lo largo del desarrollo (Crocetti et al., 2016).

En un tercer estudio, para obtener evidencias adicionales de la validez de constructo, se indagó la relación otro aspecto del autoconcepto que está fuertemente vinculado con el desarrollo de la identidad: los posibles sí mismos (PSs). Los PSs constituyen el autoconocimiento que hace referencia al propio potencial y futuro (Markus y Nurius, 1986). Los PSs tienen múltiples fuentes. Una de las más importantes es la autopercepción actual. Las concepciones de las habilidades y limitaciones propias, en el presente, se vinculan con las concepciones que se pueden desarrollar del sí mismo en el futuro. Al mismo tiempo, la forma en que el individuo se autopercebe hoy está fuertemente relacionada con lo que cree que puede pasarle en el futuro (M. G. Erikson, 2007). Los estudios empíricos muestran que los adolescentes con un autoconcepto positivo perciben una mayor probabilidad de alcanzar sus PSs deseados (e.g., McClelland, 2011; Sica, 2009). Sin embargo, no se ha indagado la relación entre los PSs y los aspectos estructurales del autoconcepto. Teniendo en cuenta la relación entre la claridad en el autoconcepto y la autoestima es esperable que también se relacionen con la imagen del self proyectada a futuro, sobre todo en su dimensión global. Es decir, que aquellos adolescentes que tienen un autoconocimiento más certero y estable también tengan una autovaloración global de sus PSs más positiva.

## Estudio 1

### *Método*

**Participantes.** La muestra estuvo compuesta por adolescentes de entre 13 y 19 años ( $n = 194$ ) de ambos sexos (mujeres = 61.9 %) que asistían a escuelas de enseñanza media del Área Metropolitana Bonaerense (AMBA; edad  $M = 15.35$ ;  $SD = 1.49$ ). Un 64.0 % de los adolescentes pertenecían a hogares biparentales. Un 64.9 % de las madres y el 60.8% de los padres tenía estudios superiores (completos o incompletos).

### *Instrumentos de evaluación*

**Cuestionario socio-demográfico.** Cuestionario especialmente diseñado para caracterizar a la muestra en función de variables sociodemográficas (e.g., edad, nivel educativo de los padres, composición familiar).

**Escala de claridad en el autoconcepto (SCCS).** Autores: Campbell et al. (1996). En su versión original evalúa la claridad en el autoconcepto a través de 12 ítems con cinco opciones de respuesta (Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo).

**Procedimiento.** Adaptación lingüística y conceptual. Se realizó la retraducción de la escala (del inglés al español y del español al inglés). Se compararon ambas versiones para evaluar si la traducción era correcta. Por otra parte, tal como lo recomienda Hogan (2015), se crearon nuevos ítems para poder seleccionar los que tengan un mejor funcionamiento desde el punto de vista psicométrico. Para la creación de los ítems se siguió un criterio racional: la revisión de la literatura.

El primer conjunto de ítems fue evaluado por 5 jueces expertos en evaluación psicológica y en el trabajo con adolescentes. Los jueces realizaron la valoración del grado de ajuste ítem–constructo y adecuación lingüística y conceptual. Se seleccionaron los ítems que todos los jueces valoraron como muy representativos del constructo. Se realizaron varias modificaciones en la redacción de los ítems basadas en las observaciones de los jueces.

Tabla 2.

Matriz de cargas sin rotar

Ítem	Carga factorial	Correlación ítem/total corregida	Alfa si se elimina el ítem
1-Paso mucho tiempo preguntándome qué tipo de persona soy realmente	.55	.51	.82
2-Mis creencias sobre mí parecen cambiar muy frecuentemente	.69	.61	.80
3-Mis ideas sobre cómo soy son coherentes entre sí	.58	.53	.81
4-Si me pidieran que describiera mi personalidad, mi descripción podría llegar a ser diferente de un día a otro	.73	.64	.80
5-Me resulta difícil poder describirme	.64	.58	.81
6-Mis ideas sobre mí suelen ser siempre las mismas	.49	.44	.82
7-En general, tengo un sentido claro de quién y cómo soy	.69	.63	.80
8-Tengo creencias sobre mí que suelen ser opuestas entre sí	.58	.53	.81
Autovalores	3.70		
% de varianza explicada	56.20		
Alpha	.83		

Nota: KMO = .87, Prueba de esfericidad de Bartlett:  $\chi^2(190, 28) = 435.8$  ( $p < .001$ ). Bondad de ajuste (GFI) = 0.99.

Por último, se realizó una prueba piloto. La escala fue respondida por diez adolescentes de ambos sexos de entre 13 y 17 años. En su mayoría señalaron que la escala era comprensible e interesante. Se modificaron algunos ítems y la consigna en función de los comentarios de los adolescentes.

La versión preliminar de la escala estuvo compuesta por 23 ítems con 5 opciones de respuesta que evaluaban el grado de acuerdo. Nueve de los ítems correspondían a ítems de la escala original sin modificar, un ítem de la escala original fue modificado en función de las sugerencias de los jueces expertos y se crearon 13 ítems nuevos. Dos de los ítems de la escala original fueron eliminados. Uno de ellos por sugerencia de los jueces expertos y, el otro, porque según los autores corresponde a otro constructo: metas claras (Campbell et al., 1996).

Administración de la versión preliminar de la escala. El presente estudio cuenta con el aval del comité de ética de la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Los adolescentes respondieron los cuestionarios en forma grupal. La consigna fue explicada por los investigadores. Su participación fue voluntaria, anónima y confidencial. Se solicitó el consentimiento escrito de los padres indicando que aceptaban que sus hijos participaran en el estudio.

**Procesamiento de datos.** Se estudió la estructura interna de las escalas por medio de un AFE a través del Análisis Paralelo (PA) (Horn, 1965). Se aplicaron los Mínimos cuadrados no ponderados (ULS) para determinar el número de factores a retener (Lorenzo-Seva, 1999). Debido a que los variables presentaban una asimetría y curtosis en el rango (-1, 1) –ver Tabla 2 en la sección Resultados–, el AFE se basó en matrices de correlaciones de Pearson (ver Lloret-Segura et al., 2014 para una revisión). Se usó el método de rotación Promin (Lorenzo-Seva, 1999). La adecuación de la matriz se evaluó mediante la prueba de K-M-O y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se utilizó el GFI (Bondad de ajuste) para evaluar la adecuación del modelo factorial. El criterio de carga elegido para retener cada elemento en cada factor fue mayor a .30 (Hair et al., 2001). A su vez, se calculó el porcentaje de varianza explicada por los factores. Para realizar estos análisis se usó el programa Factor (versión 10.9.02, Ferrando y Lorenzo-Seva, 2017).

La homogeneidad se analizó por medio de la correlación ítem-total corregida. También se calcularon los coeficientes de consistencia interna con el alfa de Cronbach. Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 21) para Windows (IBM Corporation, 2012).

**Tabla 3.***Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala de Claridad en el Autoconcepto.*

Ítem	Mdn	M	DE	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
1	3.00	2.98	1.35	-0.04	-1.26	1	5
2	3.00	3.20	1.20	-0.15	-0.89	1	5
3	4.00	3.47	0.90	-0.55	0.52	1	5
4	4.00	3.41	1.23	-0.48	-0.79	1	5
5	3.00	3.00	1.33	0.05	-1.15	1	5
6	3.00	3.11	1.14	0.04	-0.86	1	5
7	4.00	3.47	1.11	-0.54	-0.33	1	5
8	3.00	3.18	1.10	-0.01	-0.71	1	5

## Resultados

**Validez de contenido.** A partir de la valoración por parte de los jueces y la prueba piloto se puede concluir que la versión preliminar de la escala posee una adecuada validez de contenido y que se logró su adaptación lingüística y conceptual.

**Análisis factorial exploratorio.** El AFE para la Escala de Claridad en el Autoconcepto resultó en un factor que explica el 56.2 % de la varianza. La prueba de K-M-O y Barrett mostró la suficiencia de la matriz (ver Tabla 2). Los ítems mostraron cargas adecuadas (superiores a .30). Los ítems se agruparon en una sola dimensión. El modelo presenta una adecuada bondad de ajuste (GFI = .99).

**Funcionamiento de los ítems.** Como puede observarse en la Tabla 3 los ítems de la primera versión adaptada de la escala presentan una buena homogeneidad: todos los ítems presentan correlación ítem/total corregida superiores a .30. Por último, presenta una de buena consistencia interna. Ninguno de los ítems aumenta el alfa al ser eliminado.

## Estudio 2

### Método

**Participantes.** La muestra estuvo compuesta por adolescentes de entre 13 y 19 años ( $n = 277$ ) de ambos sexos (mujeres = 67.1 %) que asistían a escuelas de enseñanza

media del AMBA (edad  $M = 15.31$ ;  $SD = 1.50$ ). Un 54.6 % de los adolescentes pertenecían a hogares biparentales. Un 58.5 % de las madres y el 56.6 % de los padres tenía estudios superiores (completos o incompletos).

**Procedimiento.** Se utilizó el mismo procedimiento que en el estudio 1 (ver Administración de la escala).

### Instrumentos

*Cuestionario socio-demográfico* (ver Estudio 1).

*Escala de claridad en el autoconcepto (SCCS).* Autores: Campbell et al. (1996). Se aplicó la escala resultante del estudio anterior compuesta por 8 ítems con cinco opciones de respuesta (Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo).

**Procesamiento de datos.** Para estudiar la adecuación del modelo unifactorial de ocho ítems se realizó un AFC con el complemento AMOS para SPSS (versión 21, IBM Corporation, 2012), utilizando el método de distribución asintótica libre. Se valoró el índice de bondad de ajuste (GFI), el índice comparativo de ajuste (CFI) y el índice de ajuste incremental (IFI). Se considera que valores superiores a .90, en estos índices, indican un buen ajuste (Hu y Bentler, 1999). Por otro lado, se calculó la raíz cuadrática media del error de aproximación (RMSEA), que debe presentar valores iguales o inferiores a .08 (Hu y Bentler, 1999).

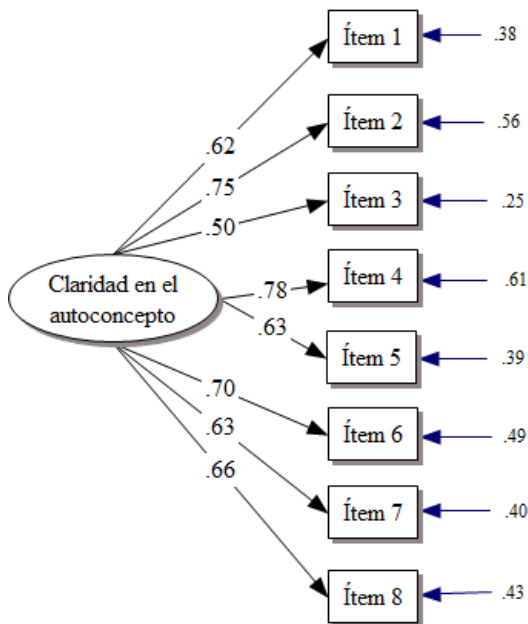


## Resultados

**Análisis factorial confirmatorio.** Se puso a prueba un modelo de medida de un factor latente de primer orden que satura ocho ítems. Todos ellos indicaron un buen ajuste del modelo ( $\chi^2_{(276,20)} = 32.70$ ,  $p = .036$ ;  $\chi^2/\text{gl} = 1.64$ ; GFI = .96; IFI = .92; CFI = .92; RMSEA = .05). En la Figura 1 se presenta el modelo con los pesos de regresión de las variables, que van desde .50 a .78.

Figura 1.

Modelo unifactorial resultado del análisis factorial confirmatorio de la Escala de Claridad en el Autoconcepto



**Diferencias por edad y sexo.** Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la claridad en el autoconcepto en función de la edad ( $t_{[261]} = -2.48$ ,  $p = .014$ ,  $d = 0.33$ ) y el sexo ( $t_{[274]} = 3.71$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.47$ ). Por un lado, los adolescentes en la etapa temprana presentan menores niveles de claridad ( $M = 23.60$ ,  $DE = 5.81$ ) que los adolescentes en la adolescencia media ( $M = 25.65$ ,  $DE = 6.71$ ). Por el otro, los varones presentan una mayor claridad en el autoconcepto ( $M = 27.11$ ,  $DE = 6.65$ ) que las mujeres ( $M = 24.11$ ,  $DE = 6.12$ ).

## Estudio 3

### Método

**Participantes.** La muestra estuvo compuesta por adolescentes de entre 13 y 16 años ( $n = 90$ ) de ambos sexos (mujeres = 68.5 %) que asistían a una escuela de enseñanza media de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (edad  $M = 15.28$ ;  $SD = 0.82$ ). Un 64.0 % de los adolescentes pertenecían a hogares biparentales. Un 94.4 % de las madres y el 86.5 % de los padres tenía estudios superiores (completos o incompletos).

**Procedimiento.** Se utilizó el mismo procedimiento que en los estudios previos.

### Instrumentos.

**Escala de claridad en el autoconcepto (SCCS).** Autores: Campbell et al. (1996). Se aplicó la escala resultante del estudio anterior compuesta por 8 ítems con cinco opciones de respuesta (Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo).

**Escala de la percepción de sí mismo en el futuro** (Molina et al., 2017). Evalúa la autopercepción futura en cinco dominios: autosuficiencia, relación con los pares, apariencia física, habilidad física, buen comportamiento y valoración global. Posee 43 ítems con cinco opciones de respuesta (Muy probable a Muy poco probable). La escala presenta una adecuada validez de contenido, factorial, de constructo y convergente. A su vez, tiene buena confiabilidad (coeficientes de confiabilidad de .94 a .80). En esta muestra se hallaron adecuados indicadores de consistencia interna (alpha de Cronbach): autosuficiencia,  $\alpha = .76$ ; buen comportamiento,  $\alpha = .76$ ; apariencia física,  $\alpha = .83$ ; habilidad física,  $\alpha = .81$ ; relación con los pares,  $\alpha = .80$ ; y valoración global,  $\alpha = .75$ .

**Procesamiento de datos.** En primer lugar, se exploró la distribución de las variables. En la Tabla 4 presentamos los estadísticos descriptivos de las variables. Debido a que todas las variables presentan una asimetría y curtosis en un rango de (-1, 1) se decidió usar estadísticos paramétricos (ver Lloret-Segura et al., 2014 para una revisión).

**Tabla 4.**

Estadísticos descriptivos de las variables.

Variable	Mdn	M	DE	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
PSs Autosuficiencia	45.00	44.78	4.70	-0.36	-0.14	30.00	53.00
PSs Relación con los pares	36.00	35.28	4.94	-0.55	-0.04	23.00	45.00
PSs Buen comportamiento	19.00	18.67	3.50	0.03	-0.58	11.00	25.00
PSs Apariencia física	18.00	17.83	4.00	-0.15	-0.63	8.00	25.00
PSs Habilidad física	20.00	18.94	4.30	-0.78	0.23	7.00	25.00
PSs Valoración global	33.00	32.16	4.28	-0.34	-0.37	21.00	40.00
Claridad en el autoconcepto	27.00	26.94	6.24	-0.13	-0.20	12.00	40.00

Nota: PSs = posibles sí mismos.

En segundo lugar, se analizó la relación entre los PSs de los adolescentes y la claridad en el autoconcepto por medio de correlaciones de Pearson. Para estudiar el tamaño del efecto se empleó el coeficiente *r* siguiendo los criterios de Cohen (1992): .10 = pequeño, .30 = mediano, .50 = grande.

En la Tabla 5 se presentan las correlaciones de Pearson entre la claridad en el autoconcepto y los PSs. La claridad en el autoconcepto se asocia positivamente con los PSs en el dominio de la autosuficiencia, la relación con los pares, la apariencia física y la valoración global ( $p < .001$ ).

## Discusión

La adolescencia es una etapa en la que la formación de la identidad es una tarea central (E. H. Erikson, 1968). En este estudio presentamos los resultados de la adaptación y validación de una escala ampliamente utilizada en el

mundo para evaluar la confianza y estabilidad del autococonocimiento. Nuestros hallazgos presentan evidencias a favor de la validez y confiabilidad de la Escala de Claridad en el Autoconcepto, para ser usada con adolescentes de zonas urbanas de Argentina.

Este estudio se dividió en dos etapas: una de ensayo y otra de validación. En la primera etapa se realizó la adaptación lingüística y conceptual, se analizó la validez de contenido, y la estructura interna de la escala.

En primer lugar, a través de la prueba piloto y valoración de jueces expertos se pudo establecer que la escala adaptada es adecuada, desde el punto de vista lingüístico y semántico para nuestra cultura y el grupo etario de interés. En segundo lugar, la evaluación por parte de jueces expertos indicó que la escala presenta una adecuada validez de contenido, es decir, los reactivos que la componen son representativos del constructo que pretende evaluar.

**Tabla 5.**

Correlaciones de Pearson entre la claridad en el autoconcepto y los posibles sí mismos

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Claridad en el autoconcepto	-	.43**	.43**	.05	.51**	.19	.54**
2. PSS Autosuficiencia		-	.58**	.14	.58**	.11	.63**
3. PSS Relación con los pares			-	.11	.42**	.21	.58**
4. PSS Comportamiento				-	.18	-.11	.23*
5. PSS Apariencia Física					-	.11	.66**
6. PSS Habilidad Física						-	.12
7. PSS Valoración global							-

Nota: PSs = posibles sí mismos.

En tercer lugar, se logró replicar la estructura unifactorial identificada en estudios anteriores (ver Tabla 1). El contenido de este factor hace referencia a la percepción de consistencia interna respecto de las propias creencias, la estabilidad temporal de la imagen propia, y la certeza en el conocimiento sobre uno mismo. Es decir, que da cuenta de los principales aspectos de la definición del constructo: claridad, confianza, consistencia interna y estabilidad temporal (DeMarree y Lodi-Smith, 2017). A su vez, es importante señalar que, en la versión original de la escala, la mayor parte de los ítems tenían un sentido negativo (siete ítems negativos y cuatro ítems positivos). Es decir, más que el grado de confianza en el propio autoconocimiento medían la ausencia de claridad. Las adaptaciones posteriores tienen un contenido similar (ver Wu y Watkins, 2009 para una revisión). La versión argentina de este cuestionario, presenta tres ítems positivos y cinco negativos. Por lo tanto, el contenido de nuestro instrumento también presenta más ítems negativos que positivos. Una explicación para esto es que, al estar en plena exploración de la identidad, los adolescentes tengan más facilidad para dar cuenta de la experiencia de falta de claridad sobre sí mismos. En cambio, puede que les resulte más difícil reportar vivencias de autocerteza y un sentido claro de quiénes son (Wu y Watkins, 2009).

Los ítems que integran esta primera versión del instrumento presentan un adecuado funcionamiento: buena capacidad de discriminación y homogeneidad. Asimismo, dicha dimensión presenta una adecuada consistencia interna, equivalente a la de las otras adaptaciones de la escala (ver Tabla 1). Esto indica que es confiable para su uso con esta población.

En la segunda fase de la adaptación de este instrumento, se buscó confirmar la adecuación del modelo unidimensional y obtener evidencias a favor de la validez de constructo. Al igual que en las versiones anteriores, se obtuvieron evidencias de que el modelo unifactorial de ocho ítems presenta un buen ajuste. Por otro lado, la escala logró diferenciar entre varones y mujeres en el sentido esperado: los varones refieren una mayor claridad que las mujeres. Esta tendencia puede deberse al hecho de que las mujeres tienden a reflexionar más sobre su identidad y, por tanto, pueden ser más críticas respecto del grado de claridad en su autoconocimiento (Crocetti et al., 2016). Asi-

mismo, se encontró que los adolescentes tempranos, presentan niveles más bajos de claridad que los que están en la adolescencia media. Esto presenta evidencias a favor de la validez de constructo ya que es esperable que a medida que transcurre la adolescencia, los jóvenes exploren y se progresen en la formación de la identidad. Por lo tanto, es previsible que aumente la claridad en el autoconcepto a lo largo de esta etapa vital (Crocetti et al., 2016). En nuestro trabajo, no tuvimos suficiente cantidad de adolescentes en la etapa tardía. Por esta razón, no pudimos analizar el declive de la claridad que es esperable que se produzca en el pasaje de la adolescencia a la adultez emergente.

Otro de los objetivos de este trabajo fue indagar la relación entre la escala y otro constructo teóricamente relacionado: los posibles sí mismos. Los resultados muestran que se encontraron relaciones en el sentido esperado: cuanto más altos los niveles de claridad en el autoconcepto mayor es la probabilidad percibida de alcanzar PSs positivos en los dominios de la autosuficiencia, la relación con los pares, la apariencia física y la valoración global. Estos resultados corroboran la hipótesis que plantea que aquellos adolescentes que tienen un autoconocimiento más claro también perciben mayores probabilidades de tener un sí mismo positivo en el futuro. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos que señalan que una autopercepción actual positiva se asocia a PSs más positivos (e.g., McClelland, 2011; Sica, 2009), así como también con aquellos que indican que aspectos estructurales como la claridad se vinculan con aspectos de contenido como la autoestima global (ver Cicei, 2012 para una revisión). Al mismo tiempo, los hallazgos del presente estudio expanden el conocimiento previo, ya que muestran que los aspectos estructurales del autoconcepto actual también se asocian con aspectos de contenido (valorativos) de la percepción del sí mismo en el futuro.

### *Limitaciones y direcciones futuras*

Existen algunas limitaciones que se pueden encontrar en este estudio. En primer lugar, se trabajó con una muestra no probabilística y por conveniencia. Por esta razón, los resultados no son directamente generalizables a todos los adolescentes de Argentina. Asimismo, se trabajó únicamente con adolescentes de escuelas privadas. Por tal

motivo, futuros estudios deberán replicar los hallazgos de esta investigación con estudiantes de escuelas públicas. A su vez, debido a la universalidad del constructo resulta de interés conocer su funcionamiento en población no escolarizada.

No obstante, este trabajo ha permitido adaptar y validar la Escala de Claridad en el Autoconcepto para su uso con población adolescente. Se concluye que el instrumento posee adecuada validez de contenido, factorial y de constructo, así como una muy buena confiabilidad. El constructo operacionalizado reviste gran interés debido al impacto que posee sobre el desarrollo positivo de los adolescentes. De esta forma, este instrumento constituye una herramienta de gran utilidad no sólo para el contexto de investigación, sino también para la evaluación psicológica llevada a cabo en el ámbito clínico, educacional y en orientación vocacional.

## Referencias

- Becht, A. I., Nelemans, S. A., van Dijk, M. P. A., Branje, S. J. T., Van Lier, P. A. C., Denissen, J. J. A. y Meeus, W. H. J. (2017). Clear Self, Better Relationships: Adolescents' Self-Concept Clarity and Relationship Quality With Parents and Peers Across 5 Years. *Child Development*, 88(6), 1823–1833. <https://doi.org/10.1111/cdev.12921>
- Brunot, S., Valéau, P. y Juhel, J. (2015). La clarté du concept de soi : Validation d'une Échelle de mesure en langue française [Validation of a French version of the Self-concept Clarity Scale]. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 65(3), 143–153. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.04.001>
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalley, L. F. y Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, Personality Correlates, and Cultural Boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141–156. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.141>
- Carlín Farach, S. (2017). Análisis psimétrico de la escala de claridad del autoconcepto en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana [Psychometric Analysis of the Self-Concept Clarity Scale in University Students of Metropolitan Lima], Pontificia Universidad Católica.
- Cicei, C. C. (2012). Examining the Association between Self-Concept Clarity and Self-Esteem on a Sample of Romanian students. *Procedi-Social and Behavioral Sciences*, 46, 4345–4348. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.252>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Crocetti, E., Moscatelli, S., Graaff, J. V., Rubini, M., Meeus, W. y Branje, S. (2016). The Interplay of Self-Certainty and Prosocial Development in the Transition from late Adolescence to Emerging Adulthood. *European Journal of Personality*, 30, 594–607. <https://doi.org/10.1002/per.2084>
- Crocetti, E. y Van Dijk, M. P. (2016). Self-concept clarity. In B. B. Brown & M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1–3, pp. 1–5). Springer, Chams. <https://doi.org/10.1016/C2009-1-03841-6>
- DeMarree, K. G. y Lodi-Smith, J. (2017). Introduction. An overview of self-concept clarity: Definitions, empirical themes, and introduction to the volume. En J. Lodi-Smith y K. G. DeMarree (Eds.), *Self-Concept Clarity. Perspectives on Assessment, Research, and Applications* (pp. XX, 256). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-71547-6>
- Erikson, E. H. (1968). *Identidad, juventud y crisis* [Identity: Youth and Crisis]. Paidós.
- Erikson, M. G. (2007). The Meaning of the Future: Toward a more Specific Definition of possible Selves. *Review of General Psychology*, 11(4), 348–358. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.11.4.348>

- Ferrando, P. J. y Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: origins, Development and future Directions. *Psicothema*, 29(2), 236–241. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (2001). *Análisis multivariante* (5ª ed.) [Multivariate Analysis]. Prentice Hall Iberia.
- Harter, S. y Bukowski, W. M. (2012). *The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations* (2ª ed.). The Guilford Press.
- Hogan, T. P. (2015). *Pruebas psicológicas: Una introducción práctica* (2ª ed., Trads: J. Cisneros Herrera y L. E. Aragón) [Psychological Testing. A Practical Introduction]. Manual Moderno.
- Horn, J. (1965). A Rationale and Test for the Number of Factors in Factor Analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179–185.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cut-off 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>
- IBM Corporation. (2012). *IBM SPSS Statistics 21.0*. [software de cómputo]. IBM.
- Levey, E. K., Garandea, C. F., Meeus, W. y Branje, S. (2019). The Longitudinal Role of Self-Concept Clarity and best Friend Delinquency in Adolescent Delinquent Behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(6), 1068–1081. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-00997-1>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada [Exploratory Item Factor Analysis: A Practical Guide Revised and Updated]. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lodi-Smith, J. y DeMarree, K. G. (Eds.). (2017). *Self-Concept Clarity. Perspectives on Assessment, Research, and Applications*. Springer.
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34(3), 347–365.
- Macek, P. y Širůček, J. (2008). Clarity of Self. En S. Je y L. Lacinov (Eds.), *Fifteen-year-olds in Brno: A Slice of Longitudinal Self-Reports* (pp. 39–45). Masaryk University Faculty of Social Studies Institute for Research on Children, Youth and Family.
- Markus, H. y Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41(9), 954–969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Matto, H. y Realo, A. (2001). The Estonian Self-Concept Clarity Scale: psychometric properties and personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 30, 59–70. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00010-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00010-6)
- McClelland, C. (2011). An Examination of the Present and Future Selves Of Adolescents: Investigating Possible Selves and Self-esteem in Relation to Gender and Attachment. *The Plymouth Student Scientist*, 4(2), 104–130.
- Molina, M. F., Schmidt, V. y Raimundi, M. J. (2017). Possible Selves in Adolescence: Development and Validation of a Scale for their Assessment. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 151(7), 646–668. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1372347>
- Morawiak, A., Mroziński, B., Gutral, J., Cyprińska, M. y Nezlek, J. B. (2018). Self-esteem Mediates Relationships between Self-concept Clarity and Perceptions of the Future. *Journal of Education Culture and Society*, 9(1), 99–108. <https://doi.org/10.15503/jecs20181.99.108>

- Oyserman, D. y Fryberg, S. (2006). The Possible Selves of Diverse Adolescents: Content and Function across Gender, Race, and National Origin. En C. Dunkel y J. Kerpeiman (Eds.), *Possible Selves: Theory, Research, and Applications* (pp. 1–23). Nova Science.
- Parise, M., Canzi, E., Olivari, M. G. y Ferrari, L. (2019). Self-Concept Clarity and Psychological Adjustment in Adolescence: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Personality and Individual Differences*, 138, 363–365. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.023>
- Scalas, L. F., Fadda, D. y Meleddu, M. (2013). Contributo alla Validazione Italiana della Self-Concept Clarity Scale. *Giornale Italiano Di Psicologia*, 40(3), 615–643. <https://doi.org/10.1421/76218>
- Sica, L. S. (2009). Adolescents in Different Contexts: The Exploration of Identity through possible selves. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, XIII(3), 221–252.
- Steffgen, G., Da Silva, M. y Recchia, S. (2007). Self-Concept Clarity Scale (SCSS): Psychometric Properties and Aggression Correlates of a German Version. *Individual Differences Research*, 5(3), 230–245.
- Suszek, H., Fronczyk, K., Kopera, M. y Maliszewski, N. (2018). Psychometric Properties of the Polish version of the Self-Concept Clarity Scale (SCCS). *Current Issues in Personality Psychology*, 6(3), 181–187. <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.75842>
- Tokunaga, Y. y Horiuchi, T. (2012). Development of a Japanese version of the Self-Concept Clarity (SCC) Scale. *The Japanese Journal of Personality*, 20, 193–203. <https://doi.org/10.2132/personality.20.193>
- Wu, J. y Watkins, D. (2009). Development and validation of a Chinese version of the Self-Concept Clarity Scale. *Psychologia*, 52(1), 67–79. <https://doi.org/10.2117/psysoc.2009.67>
- Wu, J., Watkins, D. y Hattie, J. (2010). Self-concept clarity: A Longitudinal Study of Hong Kong Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 48(3), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.011>



## ESCOLARIDAD Y ENTRENAMIENTO EN EL MODELO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

## SCHOOLING AND TRAINING IN THE PROBLEM SOLVING MODEL FOR THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS

YOLANDA RODRÍGUEZ SORIANO<sup>1</sup>, JORGE MARTÍNEZ STACK<sup>1</sup>,  
MA. DE LOURDES RODRÍGUEZ CAMPUZANO<sup>1</sup> Y  
ANTONIO ROSALES ARELLANO<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez Soriano, Y., Martínez Stack, J., Rodríguez Campuzano, M. L. y Rosales Arellano, A. (2020). Escolaridad y entrenamiento en el modelo de Solución de Problemas para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 [Schooling and Training in the Problem Solving Model for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus]. *Acción Psicológica*, 17(2), 57–70. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27955>

### Resumen

Mediante un modelo de capacitación en solución de problemas aplicado a una población mexicana con diabetes Mellitus 2 (DM2), se investigó la influencia del grado de escolaridad en la adquisición de habilidades de solución de problemas para el control de la glucemia. Participaron 20 adultos diagnosticados con DM2, 12 hombres y ocho mujeres, con una edad promedio de 60.17

años los hombres y 61.25 años las mujeres y con una escolaridad media de 15.67 y 9.13 años de los hombres y mujeres respectivamente. Antes y después del taller de capacitación presencial, se estimó el grado de habilidades en solución de problemas mediante un cuestionario de 16 reactivos, así como el grado de glucemia. La comparación entre las mediciones de antes y después del taller mostró que el grupo de mayor escolaridad obtuvo mejores calificaciones que el de menor escolaridad, tanto en la prueba de solución de problemas como en el control de la

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Norma Yolanda Rodríguez Soriano, Facultad de Estudios Superiores, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

**Email:** [normayolanda@gmail.com](mailto:normayolanda@gmail.com)

**ORCID:** Norma Yolanda Rodríguez Soriano (<http://orcid.org/0000-0003-0553-6659>).

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de México, México.

Recibido: 3 de agosto de 2020.

Aceptado: 13 de diciembre de 2020.



glucemia. El resultado confirma la importancia de considerar en el diseño instruccional de talleres de capacitación en habilidades de solución de problemas, el nivel educativo de la población a la que van dirigidos, con el propósito de mejorar las herramientas disponibles para el manejo de la glucemia.

**Palabras clave:** solución de problemas; glucemia; DM2; escolaridad.

### Abstract

Using a problem-solving training model applied to a Mexican population sample with diabetes mellitus2 (DM2), the influence of the level of schooling in the acquisition of problem-solving skills for glycemic control was investigated. Twenty adults diagnosed with DM2 participated, 12 men and 8 women, with an average age of 60.17 years for men and 61.25 years for women and with an average schooling of 15.67 and 9.13 years for men and women, respectively. Before and after the face-to-face training workshop, the degree of problem-solving skills was estimated using a 16-item questionnaire, as well as the level of blood glucose. The comparison between the measurements before and after the workshop showed that the group with the highest level of education obtained better grades than the one with the lowest level of education, both in the problem-solving test and in the glycemic control. The result confirms the importance of considering in the instructional design of training workshops in problem-solving skills, the educational level of the target population, in order to improve the tools available for glycemic management.

**Keywords:** problem solving; blood glucose; DM2; schooling.

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a) define a la Diabetes Mellitus (DM) como una enfermedad crónica que afecta sistémicamente y se desarrolla cuando

el organismo no utiliza eficientemente una hormona que produce el páncreas (insulina) y que es la encargada de regular la glucosa en sangre (DM1); o cuando el páncreas no la produce suficientemente (DM2). Conforme a estimaciones de la propia OMS, la amenaza se incrementa constantemente porque el número de adultos con DM pasó de 108 millones en 1980, a 422 millones en 2014. Cada año, la DM causa alrededor de 1.5 millones de muertes en el mundo, además de otros 2.2 millones de defunciones que son atribuidas a alteraciones fisiológicas ocasionadas por la hiperglucemia, lo que supone un total anual de 3.7 millones de muertes vinculadas con la permanencia de altos niveles de glucosa en sangre (Chan, 2016).

En México, se reporta que la DM ocasiona el 14% del total de muertes en todas las edades, además de que su prevalencia exhibe una curva de crecimiento sostenido desde 1980 (OMS, 2020b). La Encuesta Nacional de Salud (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2018), informó que hay 8.6 millones de mexicanos que viven con diabetes, 11.4 % son mujeres y 09.1 % son hombres. En ambos casos, las cifras incrementaron de 2012 a 2018.

Un primer elemento de prevención de DM es su diagnóstico temprano, con el propósito de que el paciente se familiarice con las características de la enfermedad para que la integre como una condición personal y actúe en consecuencia, ya que enfrentar el padecimiento requiere de generar un cambio en el estilo de vida (García y Sánchez, 2013).

La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE, 2018 por sus siglas en inglés), propone un esquema de siete pasos para que el paciente adquiriera los hábitos que le ayudarán a superar las eventuales barreras en el cuidado de su salud, a prevenir complicaciones asociadas y a mejorar su calidad de vida. Estos pasos son: ingerir comida saludable, estar activo, monitorear la glucemia, tomar el medicamento, resolver problemas, reducir el riesgo de complicaciones y contar con una forma de afrontamiento definida como saludable. La propuesta es semejante a la de García y Sánchez (2013) quienes mencionan que el tratamiento de la DM requiere de la participación del paciente en términos de automonitoreo continuo, adherencia al régimen alimenticio, realización de ejercicio y,

si fuera el caso, administración adecuada del medicamento.

De acuerdo con Powers et al. (2017), existen al menos cuatro momentos clave, en los que el equipo de salud debe acompañar al paciente durante el proceso de aprender a vivir con DM: al recibir el diagnóstico, durante las evaluaciones de prevención de complicaciones y revisión de necesidades, cuando se presenten nuevas complicaciones que impacten en el autocuidado y, por último, cuando haya cambios en la vida rutinaria que exijan un nuevo ajuste en el manejo de la DM. En este contexto han propuesto el protocolo “Diabetes Self-Management Educational and Support” (DSME/S por sus siglas inglés), para el manejo de la DM en la vida diaria.

En síntesis, Powers et al. (2017) y la AADE (2018) determinan que el cuidado efectivo de la DM requiere de competencias para auto evaluar las características personales, analizar situaciones, identificar opciones, planear acciones y poner en práctica las opciones planeadas; una serie de habilidades compatibles con el modelo de Solución de Problemas (SP), desarrollado por D’Zurilla y Golfried (1971) y revisado después por D’Zurilla y Nezu (2010). A más de treinta años de la propuesta original, Nezu et al. (2015) confirman que la SP es una estrategia vigente para tratar a personas con enfermedades crónicas, tal como lo es la DM.

Recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica y degenerativa como la DM, es una situación problemática que requiere de habilidades específicas para aprender a vivir con ella y seguir las indicaciones del médico tratante (Interior et al., 2013; Lazcano y Salazar, 2007; Riveros et al., 2005). Para desarrollar estas habilidades, la técnica de SP ha sido una opción viable y promisorio por sus resultados (Hill-Briggs y Gremmell, 2007; Nezu et al., 2015; Powers et al., 2017; Schumann et al., 2011).

Hill-Briggs (2003) fue uno de los autores que por primera vez reportó la aplicación de esta técnica en el ámbito de la salud, y propuso el modelo de SP en el autocuidado de la DM con base en cuatro componentes: Habilidades en SP, Orientación hacia la SP, Conocimiento específico de la enfermedad y Transferencia de experiencias pasadas. La autora parte del principio de que las enfermedades cróni-

cas como la DM son auto manejables, es decir, el paciente es quien monitorea diariamente su estado de salud y toma decisiones con respecto de las opciones disponibles en su entorno. Puesto que el fortalecimiento de esta habilidad de automanejo es hacia donde se debe dirigir la intervención y la capacitación de los pacientes, se toma como base el constructo de SP para ilustrar el proceso de auto manejo de la enfermedad y, a la técnica de SP, como procedimiento para superar las barreras que diariamente se enfrentan al intentar la adherencia a las prescripciones médicas.

Posteriormente, Hill-Briggs y Gemmell (2007) llevaron a cabo un meta-análisis de trabajos publicados entre 1990 y 2006 en los que se alude a la SP como estrategia para mejorar el control y automanejo de la DM. De los 52 estudios analizados, solamente ocho son de intervención en adultos y los efectos reportados hacen referencia a conductas de automanejo, hábitos alimenticios, automonitoreo de glucosa, ejercicio, adherencia al tratamiento médico, decremento en niveles de hemoglobina glucosilada y decremento de peso.

Sin duda, la técnica de SP se sigue utilizando como estrategia de intervención en pacientes diagnosticados con DM. Schumann et al. (2011), publicaron que la técnica es un recurso esencial en el automanejo efectivo de la DM, debido a los resultados que se obtienen en el mejoramiento del estado de salud y el control de la enfermedad. Incluso, consideran que la técnica per se, es suficiente para el automanejo de la DM y en su proyecto DECIDE (Decision-making Education for Choices In Diabetes Everyday), pusieron a prueba esta estrategia, encontrando que una de sus principales repercusiones fue que los cuidadores dejaron de asumir como propio el trabajo que competía a los pacientes, quienes comenzaron a colaborar tanto en el cuidado de su propia salud, como en el análisis de prioridades entre los muchos obstáculos que representa el manejo efectivo de la enfermedad. Después del tratamiento, los participantes mejoraron en su conocimiento de la DM, SP y autocuidado; también redujeron el nivel de hemoglobina glucosilada, presión arterial y colesterol LDL. El trabajo muestra la importancia de involucrar activamente a los pacientes en el cuidado de su salud.

Recientemente, Zhang et al. (2018) realizaron un estudio para entender hasta qué punto los pacientes con DM que participan en comunidades virtuales necesitan información para tomar decisiones en relación con la enfermedad. Analizaron 801 comentarios en línea (“posts”) provenientes de una comunidad de DM y encontraron que la necesidad de información se relaciona con los cambios corporales asociados a la enfermedad, el incremento en el auto monitoreo y el conflicto cognitivo que puede generarse al contrastar las creencias personales con la información que se recibe. El trabajo pone de manifiesto, por un lado, la inquietud de los pacientes por las características de la enfermedad y, por otro, la discrepancia entre los intereses del equipo médico y del paciente con DM. Mientras el equipo médico tiene la ruta perfectamente trazada y establece las indicaciones para el manejo óptimo de la enfermedad, las personas con DM están preocupadas por conocer los efectos de la enfermedad e incorporar el diagnóstico a su propia estructura cognitiva, investigando los síntomas así como justificando su nuevo estilo de vida, y fuentes que lo validen; esta discrepancia de intereses médico-paciente termina generando un conflicto y obstaculiza la toma de decisiones efectivas y necesarias para el automanejo de la DM.

Es evidente que el desarrollo de las habilidades para la solución de problemas demanda algo más que la propuesta de un programa, que, si bien ha demostrado efectividad para auto manejar efectivamente la DM2, también requiere de una serie de precurrentes que hacen necesario el ajuste de los contenidos, actividades y lenguaje del programa. Ya lo han mencionado antes, autores como De Vicenzi y Tudesco (2003), así como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2020) cuando sugieren que la educación, estimada en términos de años de escolaridad, es un elemento básico para considerar en las propuestas de políticas públicas dirigidas a promover el cuidado de la salud, tanto en el nivel individual como en el comunitario.

Las implicaciones de esta postura se relacionan con el diseño, programación y duración de los cursos de capacitación en el área de la salud; además con la evaluación variada y efectiva de los asistentes o poblaciones a los que se dirigen los cursos. Todos estos aspectos atañen directamente a diseñadores y desarrolladores de iniciativas edu-

cativas formales para la promoción de la salud (Sotaminga, 2019).

Tomando como base la capacitación de personas diagnosticadas con DM2 en un modelo de SP para enfrentar el problema de la glucemia, el presente estudio se propuso como objetivo determinar el grado en el que la escolaridad pudiera determinar la eficacia de la capacitación.

El trabajo fue dirigido por las siguientes hipótesis:

H<sub>1</sub>: Las diferencias entre el antes y después del curso de capacitación en las calificaciones en solución de problemas serán mayores entre el grupo de mayor escolaridad, en comparación con el grupo de menor escolaridad.

H<sub>2</sub>: En el grupo de mayor escolaridad, la diferencia en las mediciones de glucemia, antes y después del curso de capacitación en SP, será mayor a la observada en el grupo de menor escolaridad I.

## Método

### *Participantes*

La muestra fue no probabilística por conveniencia (Arias et al., 2016), compuesta por 20 adultos, 12 hombres con una edad media de 60.17 años (con un rango entre 75 y 45 años), con una media de escolaridad (E), de 15.6 años (rango entre 12 y 18 años); y 8 mujeres con una media de edad de 61.2 años (rango entre 71 y 44 años), y media de E de 09.13 años (rango entre 16 y seis años). Todos con un diagnóstico de DM2 según registro en el expediente clínico de la institución pública de afiliación. Las características sociodemográficas de los participantes se resumen en la Tabla 2.

El número de años de escolaridad fue el criterio de nominación de los dos grupos de tratamiento previamente formados por su afiliación a la institución pública de salud. Los afiliados a la institución 1 (mayor escolaridad) correspondieron al G1 y los afiliados a la institución 2 (menor escolaridad) correspondieron al G2.

Todas las mediciones del estudio se hicieron en un salón acondicionado con mesas, sillas y equipo audiovisual,

proporcionado por las instituciones de salud a la que pertenecían los participantes.

### Variables

- VI. Años de escolaridad (E).
- VD. Calificación en SP y Glucemia.

### Instrumentos de evaluación

Diagnosticados con DM2 y de acuerdo con participar en el estudio, los candidatos de ambas instituciones accedieron a que se les realizaran mediciones de glucosa y en un solo documento (Anexo 1), firmaron un protocolo de consentimiento informado y completaron una cédula con sus datos personales.

Para medir las habilidades de SP, antes y después del taller, los participantes contestaron el Inventario de SP

(Bravo, 1999). Este es un instrumento de auto reporte, en versión impresa, con 16 reactivos de cinco opciones de respuesta (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo); organizados en 3 factores: control personal (6 reactivos), estilos de aproximación (6 reactivos) y confianza en la SP (4 reactivos). La confiabilidad, calculada mediante el alpha de Cronbach, fue de  $\alpha = 0.83$  para todo el instrumento, los valores alpha para la confiabilidad de las dimensiones de Control personal, Estilos de aproximación y Confianza en la solución de problemas fueron 0.73, 0.69 y 0.70 respectivamente. La clasificación del total de reactivos se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Reactivos del inventario de Solución de Problemas (SP) organizados por factores*

Factores	Reactivos
Control personal	Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan dudo acerca de mi habilidad para manejar la situación.
	Muchos problemas me parecen demasiado complejos como para que los resuelva.
	Algunas veces no reflexiono sobre mis problemas y no trato de resolverlos, sino que tomo una actitud irreflexiva.
Estilos de aproximación	Aunque haya trabajado en un problema algunas veces siento que divago y no llego a la verdadera esencia de lo que sucede.
	Hago juicios precipitados y luego me arrepiento.
	Cuando me enfrento con un problema me detengo y pienso acerca de él antes de dar el siguiente paso.
	Cuando tomo una decisión evalúo las consecuencias de cada alternativa y las comparo entre sí.
	Trato de predecir el resultado final cuando aplico una estrategia de acción.
Confianza en la solución de problemas	Tengo un método sistemático para comparar alternativas y tomar decisiones.
	Cuando me enfrento con un problema generalmente no analizo que situaciones extremas puedan estar contribuyendo al problema.
	Cuando estoy confundido por un problema, una de las primeras cosas que pienso es hacer un examen cuidadoso de la situación y considerar todas las piezas de información relevante.
	Generalmente soy capaz de aportar formas alternativas y creativas para resolver un problema.
	Tengo la habilidad para resolver la mayoría de los problemas, inclusive aquellos que no tienen solución aparente.
	Cuando me enfrento con situaciones nuevas tengo confianza en que puedo manejar los problemas que surjan.
	Confío en mi habilidad para resolver nuevos y difíciles problemas.

*Nota. Clasificación de acuerdo con la adaptación para universitarios mexicanos del instrumento original en inglés de Hepner y Petersen (en Bravo, 1999).*

**Tabla 2.**

Estadísticos descriptivos de Variables Personales de los grupos G1 y G2.

N= 20	G1 n =10 (Hombres)		G 2 n = 10 (2 Hombres y 8 mujeres)	
	Edad	E	Edad	E
Media	57.40	15.60	63.80	10.50
DE	8.127	2.066	9.390	4.453
Mínimo	45	12	44	6
Máximo	69	18	75	16

*Nota.* Las columnas muestran los datos para grupo1 (G1) y grupo 2 (G2). E refiere a la variable número de años de escolaridad.

Los índices de Glucemia se obtuvieron con un glucómetro One Touch Ultra<sup>1</sup>, para calcular la concentración (mg/dl) de glucemia capilar.

### *Diseño y Procedimiento*

Se empleó un diseño ex post facto correlacional prospectivo simple que se caracteriza porque los participantes son seleccionados por una característica que poseen; la Variable Independiente (VI) no se manipula debido a que ya sucedió (Kerlinger, 1979); recibe el nombre de prospectivo cuando se desea identificar el efecto de la VI; y es simple cuando se estudia una sola VI. A pesar de sus limitaciones, es útil cuando se está haciendo un sondeo hacia algún fenómeno porque permite identificar covariación entre las variables de interés. El tamaño del efecto no se estableció a priori.

Una vez establecido el contacto con dos instituciones públicas de atención a la salud y después de que los directivos conocieron y autorizaron el proyecto, así como la intervención mediante la impartición de un taller en SP conducido por el mismo grupo de psicólogos responsables del proyecto, se programó una entrevista grupal con los adultos diagnosticados con DM2. Antes de solicitarles su firma de consentimiento informado y acordar las indicaciones

para presentarse a la medición de glucosa y evaluación inicial de las habilidades para solucionar problemas, a los asistentes se les explicó el objetivo y duración del estudio, así como el carácter de su participación. Los interesados acudieron a su institución de salud en condiciones de ayuno la mañana del día previsto; se obtuvieron sus índices de Glucemia, posteriormente ingirieron alimento durante un receso de quince minutos para evitar prolongar el ayuno, firmaron el consentimiento informado, respondieron tanto la cédula de datos personales como el pretest del inventario de SP y recibieron el calendario de las sesiones del taller; inmediatamente después, se inició la primera sesión.

El taller de capacitación tuvo una duración de ocho horas, durante cuatro sesiones semanales de dos horas, el pretest y el postest requirieron dos horas adicionales, una para cada condición. La primera sesión del taller, tuvo como objetivo el que los asistentes conocieran la importancia de la técnica, etapas que la componen y ventajas para el auto manejo de la DM2. En la segunda, los asistentes practicaron la identificación de problemas en situaciones simuladas relacionadas con el auto manejo de la DM2. En la tercera se utilizaron situaciones reales propuestas por los participantes, con el objetivo de ejercitar la generación de alternativas de solución y elección de la más efectiva a partir de efectos, costos, beneficios, recursos y apoyos sociales disponibles. La cuarta y última sesión se dedicó a la

<sup>1</sup> La glucemia capilar se mide mediante un pinchazo en un dedo para extraer una gota de sangre que luego se coloca en una tira reactiva y se analiza mediante un glucómetro, que mide el contenido de glucosa en la sangre (mg/dl), exponiendo a la tira reactiva al paso de pequeña corriente eléctrica, cuya respuesta es cuantificada por el medidor. Los resultados están

calibrados a plasma con el propósito de comparar fácilmente el resultado con datos de laboratorio. La correlación obtenida al contrastar el dato de mediciones de glucemia capilar con resultados de laboratorio es  $r = 0.984$  (Jhonson y Jhonson, 2008).

**Tabla 3.**

Resultados prueba de Rangos de Wilcoxon para Calificación SP y Glucemia.

Grupo	Calificación SP				z	p	Glucemia				z	p
	M		DE				M		DE			
	Pretest	Postest	Pretest	Postest			Pretest	Postest	Pretest	Postest		
G1 n=10	36	48	7.5	8	-2.81	0.005	160	128	19.0	11.0	-2.80	0.005
G2 n=10	36	40	7.1	6	-1.60	0.108	122	170	37.2	47.2	-2.31	0.021

Nota. La calificación máxima para SP es de 64 puntos; el diagnóstico de diabetes se emite con una concentración plasmática de glucosa en ayuno  $\geq 126$  mg/dl.

planificación e instrumentación de la alternativa elegida a partir de la jerarquización y establecimiento de metas. Al finalizar las cuatro sesiones de intervención se entregó a los participantes un tríptico con resumen de los objetivos y contenido de las sesiones efectuadas.

Antes y después del taller de capacitación en habilidades de SP, se obtuvieron mediciones de habilidad en SP y Glucemia. Las mediciones se capturaron y analizaron mediante la versión 24 del SPSS. El único dato perdido se calculó como perdido y no hubo mortalidad experimental.

## Resultados

La Tabla 2 muestra características sociodemográficas de los dos grupos formados. El grupo con mayor escolaridad (E) fue el G1 (número de años escolares promedio = 15.60) y el grupo de menor escolaridad fue el G2 (promedio de años en la escuela = 10.50). Ambos grupos presentaron una buena disposición para el cuidado de la salud, en la medida que acudían asiduamente a su institución sanitaria para la supervisión profesional de su glucosa y aceptaron participar voluntariamente en el taller al que fueron invitados.

La prueba U de Mann Whitney (Siegel y Castellan, 1995) aplicada a las mediciones de la variable escolaridad (E) arrojó diferencias significativas entre ambos grupos ( $U = 17.000$ ,  $Z = -2.638$ ,  $p \leq .05$ ).

Las dos variables en las que diferían los grupos antes de iniciar el taller de capacitación en SP, fueron un primer punto de análisis. Se supuso desde un inicio que ambas podrían, sin duda, contribuir significativamente a los resultados que pudieran obtenerse; sin embargo, se decidió tomar como principal variable de análisis a la E que reportaron los participantes, ya que se ha dicho que el nivel de escolaridad define oportunidades y niveles de competencias para el cuidado de la salud (De Vincezi y Tudesco, 2003).

Así, el análisis se orientó hacia la identificación de las diferencias de los resultados de Glucemia y calificación en SP, tanto en el nivel intragrupo como entre grupos, teniendo como variable básica de contraste el grupo al que pertenecían, que se caracterizaba por alta o baja escolaridad (E).

### Análisis Intragrupo

En la Tabla 3, se muestran los resultados de la prueba de Wilcoxon (Siegel y Castellan, 1995), que exhibió el contraste entre pretest y el postest de los resultados obtenidos dentro de cada grupo (intragrupa). No obstante que ambos grupos presentaron puntajes mayores en la calificación de SP después de participar en el taller, lo que sugiere que todos los participantes incrementaron su habilidad en SP, la diferencia solamente resultó estadísticamente significativa para el G1.

Además, debe notarse que, en el pretest, la media de Glucemia para ambos grupos fue mayor al valor estable-

**Tabla 4.**

Resultado del contraste entre G1 y G2 al comparar la diferencia entre condiciones pretest y posttest para Glucemia y calificación de SP, con la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

	Glucemia	SP
U de Mann-Whitney	9.50	20.00
W de Wilcoxon	54.50	75.00
Z	-2.90	-2.27
Sig. asintótica(bilateral)	.004	.023
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.002	.023
Tamaño dl efecto (d de Cohen)	-1.23	1.13
r	-0.52	0.49

Nota. El nivel de significancia fue:  $p < 0.05$

cido para diagnosticar DM e, incluso, resultó con un valor promedio superior para el caso del G1.

Sin embargo, solo en el G1 la medición de la Glucemia en la condición del pos-test exhibió un decremento. El G2 mostró, contra lo esperado, un incremento entre el pre y el pos-test. Es decir, mientras que para G1 la Glucemia disminuyó significativamente y en proporción inversa con el incremento de SP; para el G2 incrementó, también significativamente, pero en relación directa con la calificación en SP.

Este resultado lleva a considerar la aceptación de las hipótesis planteadas, pero exclusivamente para uno de los grupos estudiados, el G1. En el caso del G2, aunque exhibió un incremento en el puntaje de SP después la participación en el taller de SP, éste no fue estadísticamente significativo; además de que, respecto a los puntajes de Glucemia, se observó un incremento significativo después de la asistencia al taller de SP, resultado opuesto al esperado.

De acuerdo con lo que se resume en las Tablas 2 y 3, podemos observar que cuando E muestra comparativamente un valor más alto, las puntuaciones pre y post de SP exhiben una diferencia significativa; además, se observa también una diferencia significativa entre las puntuaciones pre y pos-test en los índices o mediciones la Glucemia. En contraste, cuando E comparativamente muestra valores inferiores, la diferencia entre puntuaciones pre y post de SP resulta no ser estadísticamente significativa; y tampoco

existe diferencia significativa entre las puntuaciones en los pre y pos-test en las mediciones de Glucemia.

Este resultado nos lleva a suponer que los años de escolaridad (la variable E), están asociados a la adquisición o fortalecimiento de habilidades en la solución de problemas; lo que a su vez ha incidido, probablemente, en la disminución significativa de los índices de Glucemia que se observaron entre la condición pretest y posttest en el G1.

El resultado del G2, que de entrada mostró menor escolaridad, fortalece el mismo supuesto; en la medida que, aunque recibió por igual la programación del taller conducido por el mismo grupo de psicólogos y en una situación semejante, obtuvo puntajes que no resultaron significativamente diferentes entre las condiciones antes y después del taller de SP y sus índices de Glucemia no disminuyeron.

### *Análisis entre grupos*

Como una forma de verificar el supuesto de que la variable E probablemente medió el resultado exitoso observado en el G1, se practicó un análisis adicional mediante la comparación entre los pretest y posttest de los grupos, con la aplicación de la prueba de U de Mann-Whitney y cuyos resultados se resumen en la Tabla 4.

Se observa que, para ambos grupos, la diferencia de puntajes entre las mediciones del pretest y del posttest es significativa para el caso de las mediciones de los índices

de Glucemia y también en el caso de SP, resultado que fortalece el supuesto de que efectivamente los grupos se comportaron diferente a pesar de haber recibido el mismo tratamiento durante la fase de intervención. El tamaño del efecto calculado muestra que las diferencias entre los grupos mayor E (G1) y menor E (G2) se pueden estimar como grandes, tanto para el caso del control de la Glucemia como para las habilidades para solucionar problema.

El tamaño del efecto permite concluir, sin lugar a duda, que la diferencia puede ser atribuida a que el grupo G1 tuvo un promedio de E significativamente mayor que el G2; y, por lo tanto, E covaría con la adquisición o fortalecimiento de habilidades SP, traduciéndose positivamente en disminución de los índices de Glucemia.

## Discusión

Las hipótesis planteadas como guías de este estudio logran una buena confirmación para el caso de uno de los grupos, el G1, que fue el que contó con un mayor grado de escolaridad. De inicio, este resultado lleva a reformular la relación entre el desarrollo de habilidades en SP, su impacto en el autocuidado de la DM2 y en consecuencia en la mejoría del control de la Glucemia. Por un lado, debemos precisar que no basta poseer un buen conocimiento de las habilidades en SP; sino que hay que poseer las habilidades y destrezas para poner en práctica este conocimiento; que, en nuestro caso, suponemos que a diferencia del G2, el G1 las poseía gracias a su mayor nivel de escolaridad.

Debe hacerse notar que el resultado exitoso para G1 covarió significativamente con la variable E, que se detectó con una media mayor desde la nominación de los grupos. Este resultado concuerda con el trabajo de De Vincez y Tudesco (2003), quienes reportaron que la educación es condición necesaria en la promoción de salud tanto individual como comunitaria, porque un individuo educado tiene acceso a identificar y utilizar sus derechos y fortalecer sus habilidades para tomar las mejores decisiones en circunstancias que ponen en riesgo su vida.

En resumen, la evidencia expuesta proporciona elementos para presumir que la variable E participó en la me-

yor asimilación de los contenidos del taller de SP en el caso del G1 con E mayor; y, en consecuencia, la aplicación de las mismas habilidades en la toma de decisiones saludables para el auto cuidado de la DM2, que se reflejaron en la disminución significativa de la Glucemia del mismo grupo. No así para el grupo G2 con E menor, característica que probablemente determinó un menor efecto de la capacitación y por consiguiente en los índices de Glucemia.

Otro aspecto importante para analizar con mayor profundidad es la diferencia entre las calificaciones de SP de las condiciones pretest y postest, que resultó significativa para G1, pero no para G2; es el hecho de que el instrumento utilizado para la comparación fue elaborado y validado con una muestra de estudiantes universitarios mexicanos, lo que nuevamente dejó en desventaja a los participantes del G2 por razones de escolaridad. Probablemente el lenguaje utilizado o la estructura gramatical de los enunciados fueron mejor comprendidos por el G1, pero no ocurrió igual para el G2, lo que representa una limitante del estudio.

El presente trabajo muestra que, como lo plantea cualquier teoría de diseño instruccional (Reigeluth, 2012), el desarrollo didáctico, la organización de secuencias de aprendizaje y la complejidad de las actividades de un taller como el de SP, deben partir y conducirse con base en el nivel de los conocimientos y habilidades de los participantes. Incluso, si este tipo de factor es pasado por alto en el diseño de las experiencias de aprendizaje que son la base de los talleres SP, el resultado puede llegar a ser contraproducente.

En nuestra experiencia, resulta evidente que, si no se toma en cuenta la escolaridad de los participantes en la programación de un taller de SP, asumiendo que ésta guarda estrecha relación con las habilidades y conocimientos de los participantes, será difícil lograr que se alcancen los objetivos de la capacitación en detrimento de los pacientes que se esperan que aprendan a vivir con DM2.

De igual forma, si fuera el caso, es conveniente emplear instrumentos de medición validados con grupos normativos diferenciales en edad y escolaridad, para que sean sensibles a las características de los participantes. Resulta



evidente que el trabajo requiere ser replicado con grupos más grandes y heterogéneos en diversas variables sociales, con el fin de aumentar la validez externa de estos resultados.

En síntesis, el éxito de la capacitación en SP en el autocuidado de la DM2, requiere evaluar exhaustivamente los conocimientos y las habilidades de quienes necesitan integrar un cambio en el estilo de vida, para aprender a vivir con DM2. Consideramos que la escolaridad puede ser un buen indicador del grado en que se poseen estos conocimientos y habilidades.

### ***Agradecimientos***

Este trabajo se realizó con recurso aprobado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica, IT300114.

### **Referencias**

- American Association of Diabetes Educators. (2018). *AADE7 Self-Care Behavior*. <https://www.diabeteseducator.org/living-with-diabetes/aade7-self-care-behaviors>
- Arias, J., Villasís, M. y Miranda, M. (2016) The Research Protocol III. Study population. *Revista Alergia México*, 63(2), 201–206.
- Bravo, S. (1999). *Comparación en el manejo de habilidades para solucionar problemas sociales en sujetos con diferente predisposición al alcoholismo*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Chan, M. (2016). *Obesidad y diabetes, una plaga lenta pero devastadora: discurso inaugural de la Directora General de la OMS en la 47ª reunión de la Academia Nacional de Medicina*. Recuperado de <http://www.who.int/dg/speeches/2016/obesity-diabetes-disaster/es/>
- De Vincezi, A. y Tudesco, F. (2003). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y en la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49(7), 1–12.
- D’Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (2010). Problem-Solving Therapy. En K. Dovson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3 ° ed.; pp. 197-225). The Guilford Press.
- D’Zurilla, T. J. y Goldfried M. R. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- García, R. y Sánchez, J. J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 [Effects of the Motivational Interview in the Treatment of Diabetes Mellitus Type 2]. *Psicología y Salud*, 23(2), 183–193. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.500>
- Hill-Briggs, F. (2003). Problem Solving in Diabetes self-Management: A Model of Chronic Illness Self-Management Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(3), 182–193. [https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2503\\_04](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2503_04)
- Hill-Briggs F. y Gemmell L. (2007). Problem Solving in Diabetes Self-Management And Control: A Systematic Review of the Literature. *Diabetes Educator*, 33(6), 1032–1050. <https://doi.org/10.1177/0145721707308412>
- Instituto Nacional de Salud Pública de México. (2018). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2018. Presentación de resultados*. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado de [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doc/ctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doc/ctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
- Interial, Ma. G., Campillo, C. y Aguilar, I. (2013). Análisis comparativo del programa de educación en

- diabetes mellitus de México y Cuba [Comparative Analysis of the Education Program in Diabetes Mellitus in Mexico and Cuba]. *Revista Cuidarte. Programa de enfermería UDES*, 4(1) 516–522. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v4i1.12>
- Jhonson & Jhonson Medical. (2008). *One Touch. Manual del Usuario. Sistema de monitoreo de glucosa en la sangre*. Jhonson & Jhonson.
- Kerlinger, F. (1979). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. Interamericana.
- Lazcano, M. y Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [Perceived Stress and Adaptation in Patients with Type 2 Diabetes mellitus]. *Aquichan*, 7(1), 77-84.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M. y Colosimo, M. M. (2015). Case Formulation and the Therapeutic Alliance in Contemporary Problem-Solving Therapy (PST). *Journal of Clinical Psychology: In session*, 71(5), 428–438. <https://doi.org/10.1002/jclp.22179>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. (2020). *Educación para la salud y el bienestar*. Recuperado de <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). Diabetes. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). Perfiles de los países para la diabetes. Recuperado de [https://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1)
- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., Maryniuk, M. D., Siminerio, L. y Vivian, E. (2017). Diabetes Self-Management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*, 43(1) 41–53. <https://doi.org/10.1177/0145721716689694>
- Reigeluth, C. (2012). Teoría instruccional y tecnología para el nuevo paradigma de la educación [Instructional Theory and Technology for the New Paradigm of Education]. *Revista de Educación a Distancia*, 32, 1–22. <https://doi.org/10.6018/red/50/1a>
- Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F. y Sánchez, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445–462.
- Siegel, S. y Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta*. Trillas.
- Schumann, K. P., Sutherland, J. A., Majid, H. M., Haseeb, M. y Hill-Briggs, F. (2011). Evidence-based Behavioral Treatments for Diabetes: Problem-solving therapy. *Diabetes Spectrum*, 24(2), 64–69. <https://doi.org/10.2337/diaspect.24.2.64>
- Sotaminga, M. (2019). *Diseño instruccional en sector Salud*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/331984037\\_Diseño\\_instruccional\\_en\\_sector\\_Salud](https://www.researchgate.net/publication/331984037_Diseño_instruccional_en_sector_Salud)
- Zhang J, Marmor, R., y Huh, J. (2018). Towards Supporting Patient Decision-making in Online Diabetes Communities. *AMIA, Annual Symposium Proceedings, 2017*, 1893–1902.

## Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA



El propósito de esta carta es formalizar el consentimiento informado de los usuarios, después de informarles de la investigación titulada IMPACTO DE CUATRO TRATAMIENTOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES DIABÉTICOS, así como el papel que desempeñarán.

El estudio es conducido por psicólogos adscritos a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM. El objetivo es que los usuarios diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, mejoren la adherencia a la dieta prescrita por su médico tratante, a través de un taller. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se obtenga será confidencial y los datos se utilizarán con fines de análisis y publicación, siempre resguardando los datos personales de los participantes. Algunas sesiones de trabajo se video-grabarán con fines didácticos.

Si tiene duda sobre el presente estudio, puede aclararla en el momento que usted desee. Igualmente, puede retirarse del proyecto cuando usted lo decida, sin que eso le perjudique de ninguna forma.

Agradecemos su participación.

Sirva la presente para manifestar que por voluntad propia doy mi consentimiento para recibir atención psicológica de parte del proyecto IMPACTO DE CUATRO TRATAMIENTOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES DIABÉTICOS, que es conducido por psicólogos adscritos a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM. Declaro que recibí una explicación clara y completa de la naturaleza del tratamiento, motivo por el cual decidí aceptar. Entiendo que puedo dar por terminada mi participación en el taller en cualquier momento sin recibir sanción alguna. También recibí información de la forma en que se utilizarán los datos, entiendo que se publicarán trabajos en revistas de difusión científica, siempre conservando mi anonimato y no se comunicarán a nadie más sin mi consentimiento.

Tlalnepantla, Estado de México, a de del 20 .

## NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

### TALLER PAR MEJORAR LA ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2

Expediente No. \_\_\_\_\_ CENTRO DE SALUD \_\_\_\_\_  
Fecha de primera sesión \_\_\_\_\_

#### DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_

Núcleo familiar: \_\_\_\_\_

¿Cuándo le diagnosticaron diabetes? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos consume para controlar la diabetes? \_\_\_\_\_

¿Qué institución y/o médico lleva el control de su diabetes? \_\_\_\_\_

#### ANTROPOMETRÍA

Fecha: \_\_\_\_\_ Sesión: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ Cintura: \_\_\_\_\_ Cadera: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Nivel de glucosa en sangre: \_\_\_\_\_

Tiempo transcurrido desde el último alimento: \_\_\_\_\_



## ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DE LA ANXIETY SCALE FOR CHILDREN WITH ASD (ASC ASD-P)

### SPANISH ADAPTATION OF THE ANXIETY SCALE FOR CHILDREN WITH ASD (ASC ASD-P)

CARMEN BENEYTEZ-BARROSO<sup>1</sup>, ARACELI DEL POZO-ARMENTI<sup>1</sup>,  
DOMINGO GARCÍA-VILLAMISAR<sup>1</sup> Y JACQUI RODGERS<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Beneytez-Barroso, C., Del Pozo-Armenti, A., García-Villamisar, D. y Rodgers, J. (2020). Adaptación al español de la Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P) [Spanish Adaptation of the Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P)]. *Acción Psicológica*, 17(2), 71–82. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.28066>

#### Resumen

El objetivo de este estudio fue la adaptación al español de la escala ASC ASD-P (Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder, versión parental), único instrumento diseñado específicamente para evaluar la ansiedad en personas con autismo. Se empleó una muestra (N = 87) no probabilística, de conveniencia, formada por niños y adolescentes con TEA entre los 6 y los 18 años. Se realizó traducción directa e inversa. Se evaluó la estructura factorial y su correspondencia con las dimensiones de la versión original. Se calculó la validez de constructo con

las escalas ERC, SSP e IUS. Se realizó análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. El análisis factorial exploratorio arrojó una solución de 4 factores, replicativos de la estructura de la escala original. Como medidas de validez convergente, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las distintas escalas con una significancia estadística de  $p < .01$  en todas ellas. La consistencia interna fue de .925 para la escala completa. Los datos obtenidos ponen de manifiesto que la versión española de la escala ASC ASD replica la estructura factorial de la escala original y constituye un instrumento válido para la evaluación de la ansiedad en población con TEA.

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Carmen Beneytez Barroso, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.

**Email:** [carmenbey@gmail.com](mailto:carmenbey@gmail.com)

**ORCID:** Araceli del Pozo-Armenti (<https://orcid.org/0000-0002-0088-5609>), Domingo García-Villamisar (<https://orcid.org/0000-0001-5526-6496>) y Jacqui Rodgers (<https://orcid.org/0000-0002-1759-316X>).

<sup>1</sup> Universidad Complutense de Madrid, España.

<sup>2</sup> Newcastle University, Reino Unido.

Recibido: 16 de mayo de 2020.

Aceptado: 13 de diciembre de 2020.

**Palabras clave:** escala de ansiedad; propiedades psicométricas; trastornos de espectro autista.

### Abstract

The objective of this study was the adaptation to Spanish of the ASC ASD-P (Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder, parental version), the only instrument specifically designed to assess anxiety in this population. A non-probabilistic, convenience sample ( $N = 87$ ) was used, consisting of children and adolescents with ASD between 6 and 18 years. Direct and reverse translation was performed. The factorial structure of the scale and its correspondence with the dimensions of the original version were evaluated. The construct validity was calculated with the ERC, SSP and IUS scales. Internal consistency analysis was performed using Cronbach's alpha coefficient. The exploratory factor analysis yielded a solution of 4 factors, replicative of the structure of the original scale. As convergent validity measures, statistically significant correlations were found between the different scales with a statistical significance of  $p < .01$  in all of them. The internal consistency was .925 for the full scale. The data obtained show that the Spanish version of the ASC ASD scale replicates the factor structure of the original scale and constitutes a valid instrument for the evaluation of anxiety in population with ASD.

**Keywords:** Anxiety scale; psychometric properties; Autism Spectrum Disorders.

### Introducción

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits en la comunicación social y por la presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos e intereses (American Psychiatric Association, 2013). Las personas con TEA experimentan síntomas de ansiedad con una frecuencia superior a las personas con desarrollo normotípico o, incluso, a las personas con otros trastornos del neurodesarrollo (Uljarević et al., 2016). Se estima que alrededor del 40-50 % de los niños y adolescentes con TEA sufren un trastorno de ansiedad (Kerns et al., 2014). Dichos sínto-

mas tienen un gran impacto sobre su nivel de desempeño en las actividades de la vida diaria y sobre su calidad de vida (Rodgers et al., 2016), al estar asociados a una mayor severidad en los déficits nucleares del trastorno, a irritabilidad y agresividad y a problemas atencionales (Gotham et al., 2013).

Aunque desde los inicios del estudio del autismo se han descrito síntomas de ansiedad en esta población (Kanner, 1943), durante mucho tiempo no se ha prestado a esta realidad la importancia que se merece debido a lo que se conoce como ensombrecimiento diagnóstico, es decir, atribuir dichos síntomas a la condición del autismo, lo que impide reconocer la existencia de síntomas psicopatológicos comórbidos (Neil et al., 2016). Sin embargo, en los últimos años ha surgido un interés creciente por el estudio de la ansiedad en el autismo, que se ha traducido en numerosos estudios de investigación acerca de su prevalencia, su etiología, su relación con la sintomatología autista y su manifestación (Davis III et al., 2014; Kerns et al., 2017; Lecavalier et al., 2014).

Algunos de estos estudios han puesto de manifiesto, por una parte, que la ansiedad no constituye un rasgo nuclear del fenotipo de los TEA, sino que se trata de un trastorno diferente que con frecuencia coocurre con él (Wood y Gadow, 2010) y, por otra, que en esta población la ansiedad se manifiesta, junto a los síntomas habituales, con otros relacionados con el autismo (Kerns et al., 2014) y amplificadas por la ansiedad, tales como un aumento en las dificultades de interacción social (Bellini, 2004, 2006; Eussen et al., 2013), una mayor insistencia en mantener el entorno sin cambios (Rodgers et al., 2012) y miedos específicos relacionados con experiencias sensoriales atípicas (Kanner, 1943; Leyfer et al., 2006; Mayes et al., 2011).

La presencia de síntomas atípicos y de formas específicas de ansiedad, junto al solapamiento entre los síntomas de ambos trastornos (comportamientos y pensamientos repetitivos, dificultades comunicativas, dificultades sociales, conductas de evitación) y las dificultades que las personas con TEA presentan en la expresión de sus estados emocionales, hace insuficiente el uso en esta población de las escalas e instrumentos de evaluación que habitualmente se utilizan para captar los síntomas de ansiedad (Grondhuis y Aman, 2012). La aplicación de medidas de

ansiedad que no han sido validadas en población con TEA podría conllevar una imprecisión en la estimación de la ansiedad, al no ser capaces de discriminar entre síntomas de ansiedad y síntomas de autismo y al no captar adecuadamente las peculiaridades de los síntomas de ansiedad en los TEA (Kerns et al., 2014).

Un grupo de investigadores de la Universidad de Newcastle (Rodgers et al., 2016) han adaptado una escala de evaluación de síntomas de ansiedad y depresión en niños, la Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita et al., 2000), para su uso en población infantil con TEA, dando lugar a la Escala de Ansiedad para niños con TEA (Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder ASC ASD) con dos versiones: autoinforme y versión parental. En dicha adaptación, los autores trataron de incluir tres aspectos específicos de la ansiedad en el autismo: la hipersensibilidad sensorial (Green & Ben-Sasson, 2010; Lidstone et al., 2014; Wigham et al., 2014), la intolerancia a la incertidumbre (Boulter et al., 2014; Chamberlain et al., 2013; Wigham et al., 2014) y la presencia de fobias específicas (Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010).

### ***Objetivo de la investigación***

Dada la relevancia de la Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder ASC ASD, al ser el único instrumento diseñado específicamente para evaluar la ansiedad en población con autismo, el objetivo de este trabajo es su adaptación al español y la evaluación de sus propiedades psicométricas.

## **Método**

### ***Participantes***

La muestra fue no probabilística, de conveniencia, formada por 87 personas con Trastorno del Espectro del Autismo, con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, procedentes de diversas asociaciones y colegios para personas con autismo. De ellos, 69 son varones y 18 son mujeres. Atendiendo a los especificadores de los TEA, 34 tienen discapacidad intelectual asociada al TEA (Bajo Fun-

cionamiento, en adelante TEA BF) y 53 tienen una inteligencia normal (CI > 70) (Alto Funcionamiento, en adelante TEA AF); 67 tienen lenguaje verbal y 20 son no verbales.

### ***Instrumentos de evaluación***

#### ***Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder – Parent version (ASC ASD-P)***

La ASC ASD-P (Rodgers et al., 2016) es una escala dimensional diseñada para captar las manifestaciones de ansiedad en población infantil con TEA, con edades entre los 6 y los 18 años. Consta de 24 ítems, que deben ser contestados por los padres o cuidadores en una escala Likert de 4 puntos, de 0 (“nunca”) a 3 (“siempre”) y que se agrupan en cuatro subescalas: ansiedad de separación (5 ítems), ansiedad ante la incertidumbre (8 ítems), ansiedad de ejecución (5 ítems) y arousal ansioso (6 ítems). Las propiedades psicométricas de la escala son excelentes. La consistencia interna, medida con el alfa de Cronbach, es de .94 para la escala completa, de .89 para la subescala ansiedad de ejecución, .87 para la ansiedad de separación, .91 para la ansiedad ante la incertidumbre y .87 para el arousal ansioso. Como medida de validez convergente, su correlación con el Screen for Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher et al., 1999) es de .91 (Rodgers et al., 2016).

#### ***Short Sensory Profile (SSP)***

El cuestionario SSP (Dunn, 1999) está formado por 38 ítems que recogen las respuestas sensoriales del niño. Los padres o cuidadores deben valorar la frecuencia de dichas respuestas en una escala Likert de 5 puntos. Incluye 7 subescalas: sensibilidad táctil, olfativa/gustativa, visual/auditiva y al movimiento, baja respuesta sensorial/búsqueda de sensaciones, filtración auditiva y baja energía/debilidad. La puntuación total indica el grado de atipicidad del procesamiento sensorial global, siendo las puntuaciones más bajas indicativas de una mayor atipicidad.

#### ***Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12) Versión parental***

La IUS-12 (Walker, 2009) consta de 12 ítems que evalúan, en una escala Likert de 5 puntos, las reacciones emo-



cionales, cognitivas y conductuales ante situaciones inciertas o ambiguas. Los análisis factoriales señalan la existencia de dos dimensiones: prospectiva e inhibitoria (Carleton et al., 2007).

La IUS-12 ha sido previamente utilizada en investigaciones sobre la ansiedad en los TEA, con una consistencia interna excelente ( $\alpha = 0.90$ ; Boulter et al., 2014; Wigham et al., 2014).

Para el propósito de este estudio, y para evitar la colinealidad, se han suprimido los ítems que guardaban semejanza con ciertos ítems de la subescala “ansiedad ante la incertidumbre” de la escala ASC ASD-P, ya que los autores, en su construcción, adoptaron algunos ítems de la escala IUS-P. El cuestionario utilizado está formado por 8 ítems, de los cuales los 5 primeros guardan relación con la intolerancia a la incertidumbre prospectiva y los 3 últimos con la inhibitoria.

#### ***Emotion Regulation Checklist (ERC)***

El ERC (Shields y Cicchetti, 1997) es un cuestionario formado por 24 ítems, que se puntúan en una escala Likert de 4 puntos. Está constituido por dos dimensiones: regulación emocional adaptativa y labilidad emocional/negatividad. Mientras la primera evalúa las manifestaciones emocionales socialmente apropiadas y el nivel de empatía y de comprensión emocional, la segunda valora la inestabilidad en el ánimo, la reactividad e intensidad emocional y la expresión de emociones negativas.

Ha sido utilizada como medida del nivel en regulación emocional y labilidad emocional en población con autismo (Jahromi et al., 2013; Thomson et al., 2015).

#### ***Procedimiento***

En el proceso de adaptación de la escala se han seguido las directrices establecidas por la Comisión Internacional de Tests (ITC) para la adaptación de los tests de unas culturas a otras (Muñiz et al., 2013), que establecen que es necesario asegurar la equivalencia, no solo desde el punto de vista conceptual y lingüístico, sino también métrico, por lo que es preciso estudiar las propiedades psicométricas de la escala traducida.

**Traducción directa (inglés-español).** Se constituyó un grupo formado por tres traductores bilingües, con diferentes perfiles profesionales (humanidades-ciencias). Con esta diversidad se perseguía el objetivo de equilibrar la corrección lingüística con la adecuación práctica (Muñiz et al., 2013). Se realizaron traducciones independientes al castellano. A continuación, se compararon y se analizaron las diferencias entre ellas, sintetizándolas en una única traducción, que contó con el consenso de los traductores.

**Traducción inversa (español-inglés).** La traducción consensuada fue retrotraducida a la lengua original (inglés) por una persona bilingüe, desconocedora del cuestionario original y profana en la materia, para evitar sesgos. Ambas traducciones fueron enviadas a los autores de la escala ASC ASD, para la comprobación de la equivalencia semántica, idiomática y conceptual. Los autores realizaron precisiones que fueron incorporadas a la versión española de la escala.

**Administración.** Las escalas fueron enviadas a las 87 familias que habían mostrado su interés en participar en el estudio, previa información de la confidencialidad de los datos y firma de un consentimiento informado. En todo momento contaron con la asistencia necesaria para poder esclarecer las dudas que les pudieran surgir en la cumplimentación de los cuestionarios.

#### ***Análisis de datos***

Las técnicas utilizadas para el análisis de los datos fueron: (a) análisis descriptivos; (b) análisis de validez factorial y convergente y (c) análisis de fiabilidad. Para el análisis factorial exploratorio se eligió el programa FACTOR (versión 10) [<http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/>; Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006], por permitir la aplicación de procedimientos robustos ideados específicamente para variables categóricas (análisis de matrices de correlación policórica, análisis paralelo) y por haber sido el programa utilizado por los autores de la escala original. El resto de los análisis se realizaron con SPSS (versión 22). psicológicas entre las deportistas con diferentes antecedentes de lesión. En todo caso se consideró un intervalo de confianza del 95 %. Se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 22.0.

## Resultados

### *Análisis descriptivos*

Antes de realizar el análisis factorial se estudió la distribución que siguen los resultados para poder elegir la matriz de correlación más apropiada. Se calcularon las medias, las desviaciones típicas y las puntuaciones de curtosis y asimetría (Tabla 1).

**Tabla 1.**

*Estadísticos descriptivos de los ítems de la versión española de la escala ASC ASD-P para una muestra de 87 participantes*

Ítem	Media	D.T.	Asimetría	Curtosis
1	0.977	0.804	0.529	-0.612
2	0.920	1.292	0.872	-0.744
3	0.793	0.739	0.745	-0.423
4	1.080	1.384	0.613	-1.151
5	0.897	.989	0.849	-0.396
6	0.943	1.158	0.732	-0.839
7	1.080	1.246	0.642	-0.964
8	0.437	.614	1.953	3.190
9	1.437	1.074	0.234	-1.095
10	1.126	.938	0.510	-0.688
11	0.966	1.229	0.735	-0.889
12	1.000	1.034	0.663	-0.718
13	.322	.448	2.537	6.644
14	1.276	1.234	0.350	-1.207
15	1.264	1.252	0.357	-1.224
16	1.805	1.054	-0.308	-1.078
17	0.954	1.262	0.829	-0.758
18	1.333	1.004	0.190	-1.018
19	1.011	1.138	0.667	-0.847
20	0.816	0.978	0.956	-0.262
21	1.379	1.040	0.168	-1.066
22	.333	0.406	1.997	3.564
23	1.770	1.051	-0.172	-1.186
24	0.977	0.873	0.645	-0.499

Se optó por la utilización de matrices de correlación policórica, por ser las recomendadas cuando las variables no son continuas y no siguen una distribución normal, siendo especialmente adecuadas para ítems con un formato de respuesta tipo Likert (Baglin, 2006; Garrido et al., 2013).

### *Análisis factorial exploratorio*

Para el análisis de la validez de constructo, se evaluó la estructura factorial de la escala y su correspondencia con las dimensiones de la versión original. Como medidas de adecuación muestral se utilizaron el test de esfericidad de Bartlett, en el que se obtuvo un estadístico de 1272.3 ( $p = .000$ ) y el test de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .84$ ). En ambas pruebas se obtuvieron resultados muy satisfactorios. Se utilizó el método de extracción de factores de Mínimos Cuadrados No Ponderados Robustos. Para determinar el número de dimensiones, sobre la matriz policórica se efectuó un análisis paralelo optimizado, basado en un análisis factorial de rangos mínimos (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011). Se exploraron modelos de 2, 3 y 4 factores. Se fijó un punto de corte de saturación de las variables en 0.32, teniendo en cuenta el criterio de Tabachnick et al. (Tabachnick et al., 2001). La solución factorial más satisfactoria fue la de 4 factores, que explicaron el 67 % de la varianza. En la evaluación del ajuste del modelo a los datos, se obtuvo un RMCR (Raíz Media Cuadrática Residual) de 0.0523, muy inferior al criterio de Kelley ( $1/\sqrt{N} = 0.1078$ ; Kelley, 1935) y un RMCEA (Raíz Media Cuadrática Residual del Error de Aproximación) de 0.055. Estos valores nos permitieron afirmar que el ajuste del modelo a los datos era satisfactorio. El método de rotación empleado fue Direct Oblimin, por permitir la oblicuidad de los factores (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2000).

Los resultados ponen de manifiesto que la estructura factorial de la versión española de la escala ASC ASD-P replica la de la escala original, con 4 factores, aunque varía el número de ítems de cada factor: ansiedad de ejecución (7 ítems), ansiedad ante la incertidumbre (7 ítems), arousal ansioso (5 ítems) y ansiedad de separación (4 ítems) (Tabla 2). Los ítems 14 y 24, que en la escala original forman parte de las subescalas ansiedad ante la incertidumbre y ansiedad de separación, respectivamente, obtuvieron un peso factorial superior a .30 en el factor de ansiedad de ejecución.

Tabla 2.

Matriz de saturación de los factores extraídos en el análisis factorial exploratorio

Ítem	AEJEC	AROUS	AINC	ASEP
1	.049	<b>.377</b>	.520	-.106
2	<b>.746</b>	-.165	.056	-.101
3	.096	<b>.512</b>	.301	-.285
4	<b>.792</b>	.019	.128	-.060
5	.117	.189	<b>.512</b>	.027
6	-.079	.156	<b>.708</b>	.141
7	<b>.824</b>	.138	.044	-.116
8	.195	<b>.686</b>	.125	-.002
9	.223	-.034	<b>.664</b>	.118
10	-.009	.120	<b>.754</b>	.038
11	-.232	.318	.184	<b>.345</b>
12	.341	<b>.378</b>	.212	.034
13	-.055	<b>.918</b>	-.058	.095
14	<b>.586</b>	.084	.251	-.106
15	<b>.807</b>	.086	.088	-.100
16	.204	-.126	<b>.646</b>	.060
17	<b>.896</b>	-.057	-.052	.088
18	-.165	.105	.221	<b>.651</b>
19	.661	.093	-.226	<b>.404</b>
20	-.008	.113	.254	<b>.709</b>
21	.206	.031	<b>.406</b>	.324
22	.304	<b>.569</b>	.050	.201
23	.117	-.246	<b>.588</b>	.290
24	<b>.491</b>	.197	.117	.190

Nota: ASEP: ansiedad de separación; AINC: ansiedad ante la incertidumbre; AEJEC: ansiedad de ejecución; AROUS: arousal ansioso.

### Análisis de validez convergente

Dada la inexistencia de otra escala de evaluación de la ansiedad en población con TEA, la validez convergente fue estudiada a través de análisis de correlación con diversas variables que han demostrado de forma empírica estar asociadas a la ansiedad en el autismo, tales como la desregulación emocional, la intolerancia a la incertidumbre y la atipicidad sensorial. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con la subescala de labilidad emocional del ERC ( $r = .318$ ;  $p < .01$ ), con la atipicidad sensorial, medida con el SSP ( $r = -.606$ ;  $p < .01$ ) y con la intolerancia a la incertidumbre (IUS;  $r = .644$ ;  $p < .01$ ).

### Análisis de fiabilidad

La consistencia interna se estudió mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados fueron de .925 para la escala completa y de .884 para la subescala de ansiedad de ejecución, .873 para la de ansiedad ante la incertidumbre, .723 para la de ansiedad de separación y .832 para el arousal ansioso. La fiabilidad no mejoró con la eliminación de cualquiera de los ítems.

### Comparación en los niveles de ansiedad en función del especificador discapacidad intelectual

Para comprobar si existían diferencias en los niveles de ansiedad global y en las cuatro dimensiones de ansiedad en función del especificador discapacidad intelectual, se realizó un análisis de comparación de medias mediante la prueba  $t$  (Tabla 3). Los resultados arrojan diferencias es-

Tabla 3.

Estadísticos de comparación en relación al déficit intelectual a través de la  $t$  de Student

	BF ( $n = 34$ )		AF ( $n = 53$ )		$t$	$p$	$d$
	Media	DT	Media	DT			
ASEP	4.32	3.337	5.60	3.607	1.662	.100	-0.10
AINC	9.32	5.963	11.47	6.008	1.632	.106	-0.06
AEJEC	2.09	3.696	7.36	4.133	6.043	.000	-0.33
AROUS	3.21	3.883	4.28	3.466	1.349	.181	-0.08
ATOTAL	18.94	14.289	28.72	13.794	3.181	.002	-0.05

Nota: ASEP: ansiedad de separación; AINC: ansiedad ante la incertidumbre; AEJEC: ansiedad de ejecución; AROUS: arousal ansioso; ATOTAL: ansiedad total.

tadísticamente significativas en ansiedad de ejecución y en el nivel total de ansiedad. El efecto solo fue de magnitud media-baja en el caso de la ansiedad de ejecución (Cohen  $d = 0.33$ ). En el caso de la ansiedad total, el tamaño del efecto fue insignificante (Cohen  $d = 0.05$ ).

## Discusión

Los resultados alcanzados confirman que la versión española de la escala ASC ASD-P posee equivalencia conceptual y semántica con la versión original, reúne adecuadas propiedades psicométricas y conserva la estructura factorial de la versión original.

Los estudios sobre la idoneidad de las escalas de ansiedad infantiles para la detección de ansiedad en niños con TEA (Grondhuis y Aman, 2012; Kerns et al., 2014; Lecavalier et al., 2014) coinciden en la imprecisión que conlleva su utilización, dado que el solapamiento de síntomas entre ambos trastornos provoca la atribución errónea de síntomas, subestimando o sobreestimando, como consecuencia, los síntomas de ansiedad en el autismo (Grondhuis y Aman, 2012; Moskowitz et al., 2017; Zainal et al., 2014). Hasta el momento actual, la ASC ASD es la única escala diseñada específicamente para la evaluación de los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes con TEA. Por ello, su adaptación al español reviste una gran importancia, constituyéndose en el único instrumento disponible en lengua española para la detección de síntomas de ansiedad en población con autismo, capaz de captar aspectos específicos que podrían pasar desapercibidos con la utilización de escalas y cuestionarios diseñados para población normotípica, tales como los síntomas de ansiedad relacionados con la hipersensibilidad sensorial y la insistencia en la invarianza.

Por otra parte, la escala ASC ASD permite la evaluación desde una perspectiva dimensional, lo que le confiere un valor añadido, ya que, con frecuencia, la ansiedad que experimentan las personas con TEA no cumple los criterios para su diagnóstico desde un enfoque categorial y, sin embargo, amplifica sus dificultades y les conduce a un mayor grado de disfunción. La utilización de la escala ASC ASD permite el acercamiento a los síntomas de ansiedad desde las dimensiones subyacentes, permitiendo una ma-

yor flexibilidad en la comprensión de la ansiedad en las personas con TEA. Los autores de la escala ASC ASD ya señalaron las implicaciones que las dimensiones obtenidas en el análisis factorial tienen sobre el conocimiento de la fenomenología de la ansiedad en los TEA (Rodgers et al., 2016) y que son corroboradas por los resultados obtenidos en la versión española, como veremos a continuación.

En las personas con TEA, los síntomas de ansiedad se agrupan en torno a cuatro dimensiones: ansiedad de ejecución, ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad de separación y arousal ansioso.

La ansiedad de ejecución es una forma de ansiedad social, pero mientras el rasgo definitorio de esta última es el miedo a la evaluación negativa, la primera se caracteriza por el miedo a cometer errores en situaciones sociales. El peso factorial que arrojan los ítems relacionados con el miedo al ridículo y con la realización de las tareas escolares pone de relieve que la ansiedad social que las personas con TEA experimentan guarda una mayor relación con el miedo a no comportarse de forma adecuada en las situaciones sociales y académicas que con el miedo a la evaluación social, es decir, a lo que los otros piensen de ellos (Rodgers et al., 2016).

La dimensión arousal ansioso agrupa todos aquellos síntomas fisiológicos indicativos de un alto grado de activación, tales como latidos rápidos del corazón, dificultades para respirar, temblores y mareos.

La ansiedad ante la incertidumbre combina la necesidad de anticipación y de adecuación de los acontecimientos a sus esquemas con la hipersensibilidad sensorial, siendo este último aspecto el que obtiene un mayor peso en el factor. Ello sugiere que la intolerancia a la incertidumbre vinculada a la ansiedad en el autismo es de tipo prospectivo, es decir, con predominancia de las distorsiones cognitivas sobre la vertiente comportamental de parálisis ante la incertidumbre, y es provocada principalmente por la anticipación ansiosa de situaciones novedosas o en las que se puedan ver sometidos a una sobrecarga sensorial, lo que puede desencadenar el desarrollo de fobias a dichas situaciones (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mukaddes y Fateh, 2010).

La dimensión ansiedad de separación refleja la ansiedad no solo por la separación de las figuras de apego, sino por la posibilidad de que, en su ausencia, no se mantengan sus rutinas. Ya los autores de la escala original sugirieron que, aunque el rasgo central de la ansiedad de separación es “una ansiedad excesiva en relación a la separación del hogar o de aquellas personas a las que el individuo está apegado” (American Psychiatric Association, 2013), en el caso de los sujetos con TEA podría guardar una mayor relación con el papel de mediación que los padres desempeñan en la interacción del niño con el entorno que le rodea, como mediadores que aseguran el mantenimiento de sus rutinas (Gjevik et al., 2011), que con la separación de las figuras de apego (Rodgers et al., 2016). Los resultados obtenidos en la versión española apoyan esta hipótesis.

Por último, queremos señalar que la versión original de la Escala de Ansiedad para niños con TEA (ASC ASD) fue validada solo en personas con TEA AF, es decir, sin discapacidad intelectual asociada. Los autores señalaron la necesidad de que en posteriores investigaciones se estudiara su aplicabilidad a personas con discapacidad intelectual. Por ello, en el estudio de validación de la versión española de la escala ASC ASD se incluyó en la muestra un 39 % de personas con TEA y discapacidad intelectual asociada (TEA BF). La distribución de los resultados en las subescalas de ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad de separación y de arousal ansioso fueron similares en población con TEA AF y TEA BF. Sin embargo, los niveles de ansiedad de ejecución fueron muy inferiores en el grupo de TEA BF, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Ello podría obedecer a que los ítems que reúne dicho factor hacen referencia a aspectos que no suelen estar presentes en la vida diaria de las personas con discapacidad intelectual, como las tareas escolares y los exámenes, y a que el miedo a la evaluación negativa requiere un mayor nivel cognitivo y un mayor desarrollo de habilidades mentalistas del que las personas con deterioro intelectual presentan. Por lo tanto, consideramos que la subescala de ansiedad de ejecución no es significativa en la evaluación de la ansiedad en sujetos con discapacidad intelectual y, como consecuencia, los resultados globales de la escala podrían subestimar el nivel de ansiedad en esta población.

### *Limitaciones y futuros estudios*

Entre las limitaciones de este estudio encontramos el empleo de una muestra no probabilística, que impide la generalización de los resultados a toda la población con autismo. Por otra parte, el tamaño de la muestra, aunque habitual en los estudios llevados a cabo con personas con TEA, es reducido. En futuras investigaciones sería deseable la inclusión de una muestra más amplia, que permitiera realizar un análisis factorial confirmatorio.

### *Conclusiones*

Los resultados obtenidos proporcionan evidencia de que la versión española de la escala ASC ASD-P posee equivalencia conceptual y semántica con la versión original y reúne adecuadas propiedades psicométricas, por lo que constituye un instrumento válido para la evaluación de síntomas de ansiedad en niños y adolescentes con TEA. Consideramos que esta escala puede ser de gran utilidad al recoger aspectos específicos que podrían pasar desapercibidos con la utilización de escalas y cuestionarios diseñados para captar la ansiedad en población normotípica, tales como los síntomas de ansiedad que guardan relación con la hipersensibilidad sensorial y la insistencia en mantener el ambiente sin cambios. La estructura factorial demuestra la existencia de cuatro dimensiones latentes: ansiedad de ejecución, ansiedad ante la incertidumbre, ansiedad de separación y arousal ansioso. El conocimiento de la fenomenología de la ansiedad en el autismo permitirá la puesta en marcha de programas de intervención que incidan sobre aquellos aspectos relacionados con los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes con TEA, contribuyendo a su prevención y tratamiento.

La versión española de la escala ASC-ASD se encuentra disponible en la página web del grupo de investigación de Neurodesarrollo y Discapacidad de la Universidad de Newcastle, para su descarga gratuita (<https://research.ncl.ac.uk/cargo-ne/ASC.html>).

### *Agradecimientos*

A todas las familias que han participado en este estudio.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Autor.
- Baglin, J. (2006). Improving Your Exploratory Factor Analysis for Ordinal Data: A Demonstration Using FACTOR. *Practical Assessment, and Evaluation*, 19, Artículo 5.
- Bellini, S. (2004). Social Skill Deficits and Anxiety in High-Functioning Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(2), 78–86. <http://doi.org/10.1177/10883576040190020201>
- Bellini, S. (2006). The Development of Social Anxiety in Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(3), 138–145. <http://doi.org/10.1177/10883576060210030201>
- Birmaher, B., Brent, D., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. y Baugher, M. (1999). Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–1236. <http://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00011>
- Boulter, C., Freeston, M., South, M. y Rodgers, J. (2014). Intolerance of Uncertainty as a Framework for Understanding Anxiety in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(6), 1391–1402. <http://doi.org/10.1007/s10803-013-2001-x>
- Chamberlain, P. D., Rodgers, J., Crowley, M. J., White, S. E., Freeston, M. y South, M. (2013). A Potentiated Startle Study of Uncertainty and Contextual Anxiety in Adolescents Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Molecular Autism*, 4(1), Artículo 31. <http://doi.org/10.1186/2040-2392-4-31>
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A. y Francis, S. E. (2000). Assessment of Symptoms of DSM-IV Anxiety and Depression in Children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 835–855. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Davis III, T. E., White, S. W. y Ollendick, T. H. (Eds.). (2014). *Handbook of Autism and Anxiety*. Springer. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-06796-4>
- Eussen, M. L., Van Gool, A. R., Verheij, F., De Nijs, P. F., Verhulst, F. C. y Greaves-Lord, K. (2013). The Association of Quality of Social Relations, Symptom Severity and Intelligence with Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorders. *Autism*, 17(6), 723–735. <http://doi.org/10.1177/1362361312453882>
- Garrido, L. E., Abad, F. J. y Ponsoda, V. (2013). A new look at Horn's Parallel Analysis with Ordinal Variables. *Psychological Methods*, 18(4), 454. <http://doi.org/10.1037/a0030005>
- Gotham, K., Bishop, S. L., Hus, V., Huerta, M., Lund, S., Buja, A., Kriger, A. y Lord, C. (2013). Exploring the Relationship Between Anxiety and Insistence on Sameness in Autism Spectrum Disorders. *Autism Research*, 6(1), 33–41. <http://doi.org/10.1002/aur.1263>
- Green, S. A. y Ben-Sasson, A. (2010). Anxiety Disorders and Sensory Over-Responsivity in Children with Autism Spectrum Disorders: Is There a Causal Relationship? *Journal of Autism and*

- Developmental Disorders*, 40(12), 1495–1504. <http://doi.org/10.1007/s10803-010-1007-x>
- Grondhuis, S. N. y Aman, M. G. (2012). Assessment of Anxiety in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(4), 1345–1365. <http://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.04.006>
- Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo [Autistic Disturbances of Affective Contact]. *Revista Española de Discapacidad Intelectual Siglo Cero*, 149, 1–36.
- Kerns, C. M., Kendall, P. C., Berry, L., Souders, M. C., Franklin, M. E., Schultz, R. T., Miller, J. y Herrington, J. (2014). Traditional and Atypical Presentations of Anxiety in Youth with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2851–2861. <http://doi.org/10.1007/s10803-014-2141-7>
- Kerns, C. M., Renno, P., Storch, E. A., Kendall, P. y Wood, J. (2017). *Anxiety in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Evidence-based Assessment and Treatment*. Academic Press.
- Lecavalier, L., Kaat, A. J. y Stratis, E. A. (2014). Mental Health Disorders in Young Children with Autism Spectrum Disorders. En T. E. Davis III, S. W. White y T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders* (pp. 591–612). Springer. [http://doi.org/10.1007/978-1-4939-0401-3\\_27](http://doi.org/10.1007/978-1-4939-0401-3_27)
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H. y Lainhart, J. E. (2006). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 849–861. <http://doi.org/10.1007/s10803-006-0123-0>
- Lidstone, J., Uljarević, M., Sullivan, J., Rodgers, J., McConachie, H., Freston, M., ... Leekam, S. R. (2014). Relations Among Restricted and Repetitive Behaviors, Anxiety, and Sensory Features in Children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(2), 82–92. <http://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.10.001>
- Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., Linna, S.-L., Ebeling, H., Bloigu, R., Joskitt, L. y Moilanen, I. (2010). Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/High-Functioning Autism: A community- and Clinic-Based Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1080–1093. <http://doi.org/10.1007/s10803-010-0958-2>
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J. y Zahid, J. (2011). Variables Associated with Anxiety and Depression in Children with Autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23(4), 325–337. <http://doi.org/10.1007/s10882-011-9231-7>
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: Second edition]. *Psicothema*, 25(2), 151–157. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Neil, L., Olsson, N. C. y Pellicano, E. (2016). The Relationship Between Intolerance of Uncertainty, Sensory Sensitivities, and Anxiety in Autistic and Typically Developing Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 1–12. <http://doi.org/10.1007/s10803-016-2721-9>
- Rodgers, J., Glod, M., Connolly, B. y McConachie, H. (2012). The Relationship between Anxiety and Repetitive Behaviours in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(11), 2404–2409. <http://doi.org/10.1007/s10803-012-1531-y>

- Rodgers, J., Wigham, S., McConachie, H., Freeston, M., Honey, E. y Parr, J. R. (2016). Development of the Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD). *Autism Research*, 9(11), 1205–1215. <http://doi.org/10.1002/aur.1603>
- Uljarević, M., Nuske, H. y Vivanti, G. (2016). Anxiety in Autism Spectrum Disorder. En L. Mazzone y B. Vitiello (Eds.), *Psychiatric Symptoms and Comorbidities in Autism Spectrum Disorder* (pp. 21–38). Springer. [http://doi.org/10.1007/978-3-319-29695-1\\_2](http://doi.org/10.1007/978-3-319-29695-1_2)
- Wigham, S., Rodgers, J., South, M., McConachie, H. y Freeston, M. (2014). The Interplay Between Sensory Processing Abnormalities, Intolerance of Uncertainty, Anxiety and Restricted and Repetitive Behaviours in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 943–952. <http://doi.org/10.1007/s10803-014-2248-x>
- Wood, J. J. y Gadow, K. D. (2010). Exploring the Nature and Function of Anxiety in Youth with Autism Spectrum Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 281–292. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01220.x>





## DEFINICIÓN Y COMPETENCIAS DE LA INTELIGENCIA ESPIRITUAL. ESTUDIO CUALITATIVO

## DEFINITION AND COMPETENCES OF SPIRITUAL INTELLIGENCE. QUALITATIVE STUDY

ANTONIA MARTÍN-SÁNCHEZ<sup>1</sup>, MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA<sup>2</sup> Y  
JUAN CARLOS CENICEROS-ESTÉVEZ<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martín-Sánchez, A., Rodríguez-Zafra, M. y Cenicerós-Estévez, J. C. (2020). Definición y Competencias de la Inteligencia Espiritual. Estudio Cualitativo [Definition and Competences of Spiritual Intelligence. Qualitative Study]. *Acción Psicológica*, 17(2), 83–102. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.29527>

### Resumen

Este artículo se enmarca en la teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner (1983) que en 2012, demuestra que esta inteligencia cumple todos los criterios que determinan su incorporación al elenco de inteligencias. Esta investigación tiene como objeto definir el concepto de Inteligencia Espiritual (IES) y sus competencias mediante la revisión sistemática de la literatura existente y el análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes destacados de distintas religiones y corrientes espirituales. La muestra estuvo formada por

22 adultos de distintas religiones y corrientes espirituales pertenecientes en su mayoría a la Asociación para el Diálogo Interreligioso de Madrid (ADIM). Las edades de los entrevistados están comprendidas entre los 30 y los 76 años; la edad media fue de 51 años. La distribución por sexos fue de ocho mujeres y catorce hombres. La selección de los informantes se realizó atendiendo a criterios de experiencia, posición, responsabilidad, información, capacidad de comunicación, disponibilidad y predisposición a la entrevista. Se utilizó la entrevista semiestructurada y para el análisis, el método de Análisis del Contenido, definido por Krippendorff (1990). Una vez que las entrevistas fueron transcritas y revisadas se trasladaron al programa informático de análisis cualitativo Atlas.Ti

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Mónica Rodríguez Zafra, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

**Email:** [mzafra@psi.uned.es](mailto:mzafra@psi.uned.es)

**ORCID:** Antonia Martín-Sánchez (<https://orcid.org/0000-0003-1090-310X>), Mónica Rodríguez-Zafra (<https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>) y Juan Carlos Cenicerós-Estévez (<https://orcid.org/0000-0001-9348-8997>).

<sup>1</sup> ESCUNI: Centro Universitario de Magisterio, España.

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 12 de octubre de 2020.

Aceptado 24 de diciembre de 2020.

7.0 en la fase analítica de utilizó la segmentación de los textos, codificación y agrupación en categorías. En la fase de verificación y contraste de los datos obtenidos, se realizó una doble triangulación de los mismos. En la primera, se buscaron las coincidencias y, en la segunda, se analizó la información buscando las diferencias entre las transcripciones y categorías determinadas en la revisión bibliográfica mediante la triangulación en el análisis de los textos. Los resultados ponen de manifiesto la alta confluencia de los datos recogidos y permiten definir la IES y determinar las competencias: consciencia, trascendencia, amor, perdón, libertad, dolor-sufrimiento, sentido, gratitud y efectos. Las conclusiones son importantes ya que estas competencias pueden servir de base para desarrollar un instrumento de medida de la IES.

**Palabras clave:** Inteligencia Espiritual; Competencia; Investigación Cualitativa.

## Abstract

This study is about the 1983 Howard Gardner's theory of multiple intelligences (Gardner, 1983), in 2012 incorporates Spiritual Intelligence (SI or SQ) and demonstrates that it meets all the criteria that define each intelligence. The purpose of this research is to define the concept of Spiritual Intelligence and its competencies, and to elaborate and validate a measurement questionnaire. The concept and the basic competencies of Spiritual Intelligence have been defined through the systematic review of existing literature and the qualitative analysis of semi-structured interviews carried out with outstanding people representing different spiritualities. The sample consisted of 22 adults of different religions and spiritual currents, mostly belonging to the Association for Interreligious Dialogue of Madrid (ADIM). The ages of the interviewees are between 30 and 76 years old; the mean age was 51 years. The distribution by sex was eight women and fourteen men. The selection of the informants was made according to criteria of experience, position, responsibility, information, communication skills, availability and predisposition to the interview. The semi-structured interview was used and for the analysis, the Content Analysis method, defined by Krippendorff

(1990). Once the interviews were transcribed and reviewed, they were transferred to the qualitative analysis computer program Atlas.Ti 7.0 in the analytical phase of the segmentation of the texts, coding and grouping into categories. In the phase of verification and contrast of the data obtained, a double triangulation of the same was carried out. In the first, coincidences were searched and, in the second, the information was analyzed looking for the differences between the transcripts and categories determined in the bibliographic review by means of triangulation in the analysis of the texts. The results show the high confluence of the data collected and allow to define the IES and determining their competences: consciousness, transcendence, love, forgiveness, freedom, pain-suffering, meaning, gratitude and effects. The conclusions are important because they can serve as the basis for the development of an assessment instrument for the SI.

**Keywords:** Spiritual Intelligence; Competency; Qualitative Research.

## Introducción

La Inteligencia Espiritual (IES) es un constructo que ha ido adquiriendo mayor relevancia gracias al estudio multidimensional de la inteligencia. En la actualidad, existen numerosos estudios interesados en definir este concepto y delimitar sus competencias (Alonso, 2011; Amram, 2007; Chaktoura, 2015; Cloninger, 2004; Emmons, 2000a; Gallegos, 2005; Griffiths, 2017; Jahani, 2010; King y DeCicco, 2009; MacGilchrist et al., 2004; Nasel, 2004; Noble, 2000; Ronel, 2008; Sisk, 2019; Skrzypińska, 2021; Torralba, 2010; Vaughan, 2002; Vázquez, 2012; Villafranca, 2016; Wigglesworth, 2013a, 2013b; Wolman, 2001; Zohar y Marshall, 2000).

Su lugar en la ciencia, se debe a la Teoría de las Inteligencias Múltiples desarrollada por Howard Gardner (1983), ampliamente reconocida ya por la comunidad científica. De acuerdo con este modelo, la IES es un conjunto de inteligencias, un sistema de capacidades que permite elaborar productos, resolver problemas, procesar y retener información; su naturaleza no es única ni unitaria.

En su origen, Gardner determina una serie de criterios comunes para definir cada una de las inteligencias y concluye la existencia de ocho inteligencias; en 1995, define una novena inteligencia, llamada inteligencia espiritual, o existencial, como la capacidad para situarse a sí mismo con respecto al cosmos, a rasgos existenciales de la condición humana (como el significado de la vida, el significado de la muerte y el destino final del mundo físico y psicológico, o en profundas experiencias como el amor o el arte); según este autor, esta capacidad para pensar en cuestiones cósmicas podría tener sus raíces en el dolor, en unas experiencias personales o estéticas impactantes, o en el hecho de vivir en una comunidad que destaque lo espiritual. También reconoce la controversia que despierta en la comunidad científica cualquier mención a lo espiritual, lo religioso o lo trascendental y asume que puede provocar que un número significativo de especialistas en las ciencias cognitivas y biológicas eludan cualquier referencia e investigación en este ámbito. No obstante, considera que la espiritualidad constituye un fenómeno complejo que demanda un estudio profundo y señala que otras Inteligencias Múltiples también se ocupan de fenómenos relativos al ámbito personal, distintos de la pura materia física. En definitiva, si esta dimensión del ser humano cumple los ocho criterios determinados para definir una inteligencia, la inteligencia espiritual o existencial ha de ser considerada legítimamente como tal (Gardner, 2012).

Esta concepción de Inteligencias Múltiples también es postulada, entre otros autores, por MacGilchrist et al. (2004). En el último capítulo de su libro *The Intelligent School* identifican y describen nueve inteligencias: contextual, estratégica, académica, reflexiva, pedagógica, colegial, emocional, espiritual y ética. Para estos autores la inteligencia espiritual se caracteriza por la valoración fundamental de la vida y el desarrollo de todos los miembros de una comunidad escolar.

Numerosos y diversos investigadores han abordado, como parte de sus propuestas, la IES con una gran diversidad de definiciones.

Zohar y Marshall (2000) definen la IES como: La inteligencia con que afrontamos y resolvemos problemas de significados y valores, con que podemos poner nuestros actos y nuestras vidas en un contexto más amplio, más rico

y significativo, con que podemos determinar que un curso de acción o un camino vital es más valioso que otro. IES es la base necesaria para el eficaz funcionamiento del CI, por lo que puede considerarse como la inteligencia primordial.

Emmons (2000a, 2000b) la define como el uso adaptativo de la información espiritual para facilitar la solución de problemas cotidianos y la consecución de objetivos. Para Wolman (2001), es la capacidad de trascendencia que involucra diferentes habilidades, como la provisión de contacto con el verdadero yo; la inversión en actividades, eventos y relaciones llenas de sentido desinteresado y recursos espirituales para solucionar problemas en la vida; es decir, ser virtuoso y comportarse efectivamente como tal. Vaughan (2002) considera la IES como la capacidad imprescindible para una comprensión profunda de cuestiones existenciales, niveles altos de consciencia para resolver problemas y conciencia de la interconexión trascendente entre todo lo creado puesto de manifiesto a través de la sabiduría, la compasión, la acción y la fidelidad a las propias convicciones. Para Cloninger (2004) es la capacidad de trascendencia, el sentido de lo sagrado o los comportamientos virtuosos como el perdón, la humildad, la gratitud y la compasión. Halama y Strizenec (2004) la definen como la habilidad de encontrar y realizar el sentido de la vida. Siguiendo a Day (2006), su desarrollo puede llevar consigo formas de reflexión holística crítica que se centren en el yo. Nasel (2004) y Ronel (2008) definen la inteligencia espiritual como una capacidad de entender el mundo y a sí mismo, encontrar significado y resolver existencial, espiritual y en la práctica cuestiones, facilitar la resolución de problemas y tomar decisiones adaptativas. Para ambos autores, da forma y dirige todas las capacidades. Según Buzan (2008) permite cultivar y desarrollar cualidades vitales de energía, entusiasmo, coraje y determinación y desarrollar la identidad moral y emocional. King y DeCicco (2009) la delimitan a un conjunto de capacidades mentales que contribuyen a la sensibilización, la integración y la adaptación de los aspectos no materiales y trascendentes de la propia existencia, lo que lleva a resultados tales como una reflexión existencial profunda, la mejora del sentido, el reconocimiento de un ser trascendente y el dominio de estados espirituales.

Según Torralba (2010), la IES permite acceder a los significados profundos, plantearse los fines de la existencia y las más altas motivaciones de ésta, tomar distancia de la realidad, elaborar proyectos de vida, trascender la materialidad, interpretar símbolos y comprender sabidurías de vida, anhelar una visión de la vida y de la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia. Para Draper (2010) es “para todos, porque forma parte de nuestra inteligencia total, de nuestro ser en su conjunto”. Es la inteligencia que permite conocer y reconocer la propia identidad, encontrar un propósito y sentido en la vida, establecer las conexiones emocionales y relaciones profundas. La dimensión espiritual para Alonso (2011) es aquella de donde emanan la capacidad de intuir, lograr ver más allá de las apariencias, experimentar lo infinito y poder encontrar sentido y valor a lo que hacemos y vivimos. De ella procede la demanda interior de querer ser felices y la capacidad de realizar actividades gratuitas. Vázquez (2012) parte de la existencia de pruebas empíricas que confirman la existencia de la IES. Según este autor, investigaciones muy recientes realizadas por neurólogos, neuropsicólogos, neurolingüistas y otros expertos que estudian los campos magnéticos y eléctricos del cerebro, la sitúan en la biología de las neuronas. Gracias a esta inteligencia es posible captar los contextos mayores de la vida, totalidades significativas que vinculan con el Todo, sensibiliza para los valores, visiones y cuestiones trascendentales. Para Kaur y Singh (2013) es la capacidad de comportarse con sabiduría y compasión mientras se conserva la paz interior y exterior a pesar de las circunstancias. Wigglesworth (2013a, 2013b) define la inteligencia espiritual como la capacidad de comportarse con sabiduría y compasión, mientras se mantiene la paz en cualquier situación, interna y externamente, y la detalla como una inteligencia integradora, capaz de guiar y amplificar capacidades racionales y emocionales, con impacto en todas las áreas importantes de la vida. Gómez (2014) afirma que “el ser humano tiene una dimensión y sentido espiritual que necesita ser identificado, desarrollado y expresado para alcanzar la felicidad y el bienestar integral”; para esta autora, despierta la conexión y el vínculo con todo lo creado. Para Chaktoura (2015), la inteligencia espiritual es “la capacidad de conocernos verdaderamente a nosotros mismos, de trazar la dirección de nuestra vida y saber atravesar los baches, el barro y los temporales circunstanciales. La inteligencia espiritual está presente en todos los ámbitos de la

vida”. Villafranca (2016) afirma que la Inteligencia Espiritual determina la manera de vivir, trabajar y proyectarse en la comunidad. Brinda los elementos fundamentales para el ejercicio de un liderazgo eficaz, responsable, a su vez, de la creación de equipos de trabajo exitosos. Evita y resuelve conflictos cuando se aplican sus principios en las relaciones humanas de la empresa. Es la esencia de las personas, cada día más desarrollada, y una de las claves para el éxito de empresas y de sociedades.

Concluyendo esta revisión de los rasgos definitorios más destacados de la IES, éstos pueden resumirse en que la IES:

- Es una capacidad o conjunto de capacidades.
- Desarrolla creativamente la identidad a través de la integración.
- Favorece actuaciones éticas con comprensión y compasión.
- Trasciende los acontecimientos y realidades.
- Tiene una función adaptativa:
  - Afronta y resuelve problemas de significado y valor.
  - Consigue objetivos.
  - Encuentra significado y sentido en la vida.
  - Acepta la realidad.
  - Libera de condicionantes.
  - Genera paz, alegría, gratitud, perdón.

## Objetivos y Hipótesis de la investigación

A tenor de la revisión teórica realizada se proponen tanto una definición de IES como las Competencias de la misma. El objetivo del trabajo será valorar tanto la adecuación de esta definición como la de las Competencias a los resultados que se obtengan en el estudio cualitativo.

Definición propuesta de Inteligencia Espiritual: Atendiendo a estos aspectos recogidos en la literatura existente, se propone en este trabajo una definición de IES que engloba todas estas coincidencias estudiadas entre los diferentes autores e investigadores y que considera que la IES consiste en un sistema de capacidades necesarias para la comprensión profunda de cuestiones de significado y sen-

tido que hacen posible la integración de todas las dimensiones de la persona, la resolución de problemas existenciales, la trascendencia y la transformación de la realidad cotidiana a través de niveles altos de consciencia, de coherencia ética y amor-compasión (Martín Sánchez, 2018). Dado que en las últimas décadas, se han multiplicado las investigaciones sobre competencias propias de la IES, esta revisión de la literatura existente pretende identificar y determinar competencias propias de la Inteligencia Espiritual.

Competencias propuestas de la Inteligencia Espiritual: A partir de las aportaciones de la literatura revisada y de sus coincidencias, se proponen en este trabajo las siguientes Competencias de la IES que serán los referentes del estudio cualitativo:

- Alto nivel de consciencia, búsqueda de la verdad, ecuanimidad, atención plena en el aquí y ahora de sí mismo y del mundo.
- Búsqueda de sentido, significado de la vida y la muerte, reflexión existencial profunda.
- Amor, compasión, bondad, empatía, respeto. Vinculación yo-tú-nosotros. Asunción ética de responsabilidades, búsqueda comprometida del bien común, renuncia a causar daños innecesarios.
- Trascendencia, capacidad de descentramiento y de ir más allá de la realidad concreta y tangible.
- Libertad, desapego, desasimiento, capacidad de descentramiento y distanciamiento.
- Reconciliación consigo mismo desde la aceptación de los límites de la realidad, de la vida, del Otro. Perdón. Humildad.
- Capacidad de afrontar y trascender el dolor cuando llega en la vida, evitar el sufrimiento inútil.
- Tendencia a sentir serenidad, alegría, gratitud.

Por ello, el propósito de esta investigación cualitativa es doble:

- Contrastar si las Competencias de la Inteligencia Espiritual propuestas se corresponden con los datos obtenidos, y
- Valorar la adecuación de los rasgos definatorios de la IES que se ha propuesto.

Se plantean dos hipótesis:

Primera hipótesis: se encontrarán coincidencias significativas en las definiciones y competencias aportadas por la revisión sistemática de la literatura existente y las que revele el análisis cualitativo de diferentes entrevistas realizadas a personas destacadas de distintas corrientes espirituales o religiosas.

Segunda hipótesis: tanto la definición de IES como las Competencias de la misma planteadas se ajustarán a los resultados obtenidos en el estudio cualitativo.

Esto permitirá definir la IES y determinar sus Competencias, así como concluir distintos ámbitos de intervención psicológica y educativa.

## Método

La naturaleza de la presente investigación, al estar directamente relacionada con las experiencias más profundas del ser humano tal y como son sentidas y vividas, queda claramente enmarcada dentro de los objetivos propios de la metodología cualitativa. Este tipo de investigación favorece la comprensión de las personas en su contexto y dentro de su propio marco de referencia, dada la imposibilidad de analizar y aprehender este tipo de fenómenos cuando son separados de aquellos. El objeto de la investigación cualitativa permite comprender en profundidad patrones culturales, creencias, procesos sociales y cognitivos (Bartolomé, 1992) y permite un acercamiento a la vivencia particular desde los significados y la visión del mundo de la persona concreta y elaborar e integrar los hallazgos en un marco teórico.

El método de la primera parte del trabajo ha sido la revisión bibliográfica y el análisis de contenido de las definiciones existentes de la IES, dirigido a demostrar que hay coincidencia en el contenido de las definiciones propuestas hasta el momento.

El método de la segunda parte del trabajo ha sido el análisis cualitativo de las entrevistas a los expertos participantes, dirigido a demostrar las coincidencias entre lo que afirman los expertos participantes en este estudio con las definiciones de la bibliografía existente.

## ***Participantes***

La muestra estuvo formada por 22 adultos de distintas religiones y corrientes espirituales pertenecientes en su mayoría a la Asociación para el Diálogo Interreligioso de Madrid (ADIM). Las edades de los entrevistados están comprendidas entre los 30 y los 76 años; la edad media fue de 51 años. La distribución por sexos fue de ocho mujeres y catorce hombres.

La selección de los informantes se realizó atendiendo a criterios de experiencia, posición, responsabilidad, información, capacidad de comunicación, disponibilidad y predisposición a la entrevista.

Todas las religiones seleccionadas destacan por una extensa tradición en la reflexión y el cultivo de la espiritualidad. Se contactó con expertos de aquellas tradiciones más relevantes tanto de Occidente como de Oriente. En la selección de las personas de una misma espiritualidad del panel de expertos se buscó la mayor pluralidad posible en sus planteamientos para evitar posibles sesgos en la información. Los entrevistados fueron tres personas de cada una de estas religiones o corrientes espirituales:

1. Iglesia católica romana.
2. Iglesia reformada: anglicana, evangélica española y luterana.
3. Iglesia ortodoxa (Siria, Armenia y Griega).
4. Baha'i, Sufismo, Comunidad musulmana.
5. Judaísmo.
6. Budismo.
7. Hinduismo, Sijs.

## ***Materiales/Instrumentos***

Se utilizó como estrategia de investigación cualitativa la entrevista semiestructurada. La entrevista y, en particular, la entrevista semi-estructurada, constituye uno de los métodos más adecuados para comprender y conocer la dimensión existencial de una persona. Según Díaz-Bravo et al. (2013) las entrevistas semiestructuradas pueden adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades, introducir profundidad y conocer el impacto de

las transformaciones espirituales en la vida cotidiana de los sujetos.

Aunque también es necesario considerar algunos inconvenientes como son la obtención de los informantes, el control y validez de la información obtenida. Para mitigar estos inconvenientes, se siguieron las indicaciones de Hermanowicz (2002) sobre habilidades de la comunicación, comprensión y escucha empática sin juicio de valor, contraste, aclaración amable de las informaciones, cuidado de los silencios reflexivos, recapitulación y confirmación de información.

La participación de los entrevistados ofreció la oportunidad de considerar nuevos aspectos, interpretaciones y percepciones de la experiencia, así como plantear preguntas a través de la recogida y el análisis de los datos.

## ***Diseño y Procedimiento***

A partir de la revisión de la literatura se elaboró un guión y se seleccionaron tres preguntas fundamentales para formular a los expertos: cómo define la IES, cuáles considera que son sus competencias y cómo se desarrolla la IES desde su experiencia personal. Esta última pregunta se planteó para completar, delimitar y aclarar las respuestas recogidas en las dos primeras. La duración aproximada de las mismas fue de media hora.

En la siguiente fase se iniciaron las gestiones para configurar el panel de expertos. El primer contacto fue telefónico en los casos en los que fue posible y se envió a cada entrevistado un correo electrónico con los datos más significativos de la investigación y las preguntas básicas, también se explicaron los objetivos y el procedimiento de investigación. Se aclararon todas las preguntas o dudas que manifestaron y se obtuvo el consentimiento informado de cada persona con anterioridad a la recogida de los datos. Una vez que se informó a la persona de los aspectos relevantes y aceptó participar en la investigación, se concretó la fecha y un lugar accesible para cada experto.

En las entrevistas personales se recogieron asimismo datos sociodemográficos como edad, sexo, corriente espiritual o religión. La misma investigadora entrevistó a to-

dos los expertos. La transcripción se realizó después de cada grabación.

### *Análisis de datos*

Los documentos que se analizaron son las transcripciones de las entrevistas realizadas. La metodología utilizada fue el análisis textual de las mismas. Cada una de las entrevistas fue tratada como un texto independiente y segmentado por criterios de contenido, para disminuir la dispersión y precisar la opinión media consensuada. Dado el tamaño de la muestra y la saturación de la información, no se consideró necesario una nueva ronda de entrevistas.

Para el análisis, se ha utilizado el método de Análisis del Contenido, definido por Krippendorff (1990) como “la técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto”. El Análisis de Contenido permite la comprensión y la valoración de la experiencia de los participantes sobre IES hasta que se alcanza la saturación del discurso. Este análisis se realizó en una serie de fases con sus correspondientes procesos. Se consultaron numerosos modelos para el análisis de datos cualitativos, fases, pasos en los procedimientos (Caro González y Diez de Castro, 2005; Rodríguez et al., 2013).

### *Etapas del análisis de datos*

Con estas diversas aportaciones de fondo, se describen a continuación las distintas etapas de esta investigación cualitativa.

#### **Tabla 1.**

*Ejemplo de resultado de la triangulación y códigos Atlas.Ti 7.0.*

<p><b>CONSCIENCIA</b>                  consciencia lucido sabiduría intuición autocomprension conocimiento sab* atención apertura verdad interiorización interioridad autoconsciencia autoconocimien-to entend*</p> <p><b>TRANSCENDENCIA</b>                  transcendencia transcend* transcendental trascendencia trascend* Sagrado cósmico simboli* contemplación transpersonal superficialidad revelacion santidad misterio meditacion silencio oracion presencia fe </p>
--

### *1ª Etapa: Organización y lectura detenida de los datos para identificar los contenidos recurrentes y posibles conexiones.*

Para ello, tres investigadores leyeron, de forma independiente, las transcripciones literales y clasificaron la información en torno a diferentes temas. Después de varias revisiones de los textos cada investigador asignó códigos emergentes, esto es, palabras clave, frases o párrafos de significado similar. La lectura y organización de los datos permitieron obtener los distintos códigos, las posibles relaciones entre ellos y los agrupamientos en categorías de orden superior.

Los tres analistas pusieron en común los códigos y los significados de los términos agrupados en cada código. Estos significados compartidos permitieron consensuar los códigos y las agrupaciones posibles de los mismos. De esta forma se obtuvieron una serie de categorías. Los códigos aportaron datos para describir cada una las categorías y, a su vez, estas nuevas categorías se relacionaron con las competencias de la IES seleccionadas de la literatura existente.

De esta manera, la asignación de las unidades de texto a cada código y a cada categoría de análisis mediante triangulación entre los tres expertos garantizó la validez del proceso. La Tabla 1 recoge un ejemplo de cómo son los resultados de la triangulación de dos competencias. Debajo de cada categoría o competencia aparecen las palabras clave que se van a utilizar como códigos en el programa de análisis cualitativo Atlas.Ti 7.0.



### Tratamiento de los datos: la unidad hermenéutica

Una vez que las entrevistas fueron transcritas y revisadas se trasladaron al programa informático de análisis cualitativo Atlas.Ti 7.0. Este programa informático permite la organización y el análisis de los datos obtenidos. Para ello, es necesario conformar la unidad hermenéutica; esto es, el conjunto de documentos que se reúnen para ser estudiados. Por tanto, se conformó una unidad hermenéutica denominada “Validación competencias”. Esta unidad de análisis contuvo la información obtenida en las entrevistas y quedó determinada por 22 documentos primarios, correspondientes a cada uno de los participantes en la presente investigación cualitativa.

#### **2ª Etapa. Fase Analítica: segmentación de los textos, codificación y agrupación en categorías.**

En esta fase se siguió el análisis de datos cualitativos descrito por Miles y Huberman en 1994 (Caro González y Díez de Castro, 2005) que consiste en los siguientes tres pasos:

1. Reducción de datos mediante el proceso de codificación. Se accedió a los documentos primarios (22 entrevistas transcritas) a través del programa Atlas.ti y se asignó a los fragmentos de texto uno o varios códigos que se corresponden con algunas de las categorías previamente establecidas.

Se utilizó la codificación teórica y abierta para el análisis de los 22 documentos primarios (Caro González y Díez de Castro, 2005). Esta codificación abierta permitió establecer nuevos códigos sugeridos por los propios datos durante la investigación mediante un doble proceso analítico, deductivo e inductivo al mismo tiempo. La autocodificación del Atlas.ti admite la asignación de un código determinado a párrafos, frases o palabras de los documentos que contengan los vocablos determinados de forma automática.

La flexibilidad del proceso de codificación permitió modificar estos códigos de forma inmediata en los documentos de la unidad hermenéutica. El programa puede asignar uno o varios códigos a cada una de las citas y, de

esta manera, se pueden reconocer las posibles relaciones entre los mismos. A continuación se muestra un ejemplo.

P 8: Sij.docx - 8:20 [También el ser consciente de t...] (39:39) (Super)

Códigos: [Amor] [Efectos] [Libertad] [Sentido]  
No memos

También el ser consciente de tu poder para cambiar las cosas y de transformarte, entonces eso hace como que tengas en tu mano una herramienta, si tú puedes cambiarte tú puedes cambiar tu vida, puedes cambiar las cosas, ya no eres un muñeco como en manos de las circunstancias o del viento que sopla sino vas teniendo libertad, te vas fortaleciendo en ti, vas caminando con amor, con seguridad y con esa certeza de que las cosas pueden cambiar, tú puedes proyectar tu vida de otra manera y puede tener sentido, yo creo que esas son las más importantes.

P 5: Budismo.docx - 5:42 [Porque luego además hay una co...] (71:71) (Super)

Códigos: [Amor] [Dolor] [Efectos] [Consciencia]  
No memos

Porque luego además hay una cosa muy curiosa, cuando se desarrolla la serenidad, se desarrolla la compasión, porque al observar cómo es la realidad del mundo te das cuenta que en el fondo todos somos unos seres desgraciadísimos y que la persona más insoportable, más insufrible, más déspota, en el fondo no es más que un pobre desgraciado y, en la mayoría de las veces, una víctima.

2. Disposición y transformación de datos. La recuperación y el análisis de códigos y textos son más rápidos con el Atlas.ti que de manera manual lo que favoreció las búsquedas y el establecimiento de filtros sobre la unidad hermenéutica para inferir diferencias o semejanzas significativas entre distintas categorías. Este paquete informático facilitó el establecimiento de redes entre los nodos (códigos, memos, documentos, familias). Mediante la opción de establecimiento de “Familias” de documentos primarios que incorpora Atlas.ti 7 se buscaron relaciones entre los textos vinculados según el tipo de informante, por ejemplo, hombre o mujer. Asimismo, el programa realizó búsquedas de proximidad entre códigos o textos y seleccionó fragmentos de texto en el que un código va prece-

dido o seguido por otro. Los resultados numéricos del programa se convirtieron en tablas de frecuencias que fueron exportadas para su tratamiento estadístico y para su representación gráfica. Con este procesamiento de los datos se obtuvo una serie de deducciones y consecuencias que permitió avanzar en la obtención de resultados.

3. *Obtención de resultados.*

**3ª Etapa. Verificación y contraste de los hallazgos.**

En esta fase de verificación y contraste de los datos obtenidos, se realizó una doble triangulación de los mismos. En la primera, se buscaron las coincidencias y, en la segunda, se analizó la información buscando las diferencias entre las transcripciones y categorías determinadas en la revisión bibliográfica. Como en el proceso de triangulación se observó una gran concordancia entre las categorías identificadas, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de cada texto para determinar el nivel de coincidencia con las categorizaciones establecidas a partir del estudio teórico de investigaciones previas en IES.

Siguiendo a Arias (2006), se aplicó la denominada triangulación en el análisis: se hizo uso de distintas aproximaciones en el análisis de las transcripciones que permite una comparación final a partir de la cual se puede evaluar el grado de validez del estudio empírico.

**Resultados**

Con el objetivo de comprobar la primera hipótesis, en la que se planteaba que se encontrarán coincidencias significativas en las definiciones y competencias aportadas por la revisión sistemática de la literatura existente y las que revele el análisis cualitativo de diferentes entrevistas realizadas a personas destacadas de distintas corrientes espirituales o religiones se realizó un estudio de coincidencias.

En la Tabla 2 se muestran las coincidencias que resultaron significativas recogidas de los estudios publicados hasta la fecha. The tested models were unifactorial and with three factors, as well as controlling and without the control for acquiescence.

**Tabla 2.**

*Competencias descritas por autores señalados*

Autor	Competencia							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	C	S	A	S	T	L	R	D
Villafranca (2016)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
Chan y Siu (2016)	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Chaktoura (2015)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wigglesworth (2013)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vázquez (2012)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alonso (2011)	✓	✓		✓				✓
Torralba (2010)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Jahani (2010)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
King y DeCicco (2009)	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Maxim (2008)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Ronel (2008)	✓	✓	✓	✓			✓	
Buzan (2008)	✓	✓	✓	✓			✓	
King (2008)	✓	✓	✓			✓		
Amran (2007)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Benson <i>et al.</i> (2005)	✓	✓	✓	✓				
Gallegos (2005)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nasel (2004)	✓	✓	✓					
Vaughan (2002)	✓	✓	✓			✓		
Wolman (2001)	✓	✓	✓	✓	✓			
Cloninger (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Noble (2000)	✓	✓	✓	✓			✓	
Emmons (2000a)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zohar y Marshall (2000)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

*Nota:* **C:** Consciencia, **S:** Sentido, **A:** Amor, **S:** Sentimientos (paz, gratitud...), **T:** Transcendencia, **L:** Libertad, **R:** Reconciliación y **D:** Aceptación del dolor.

En la Tabla 3, se presentan los resultados obtenidos en el análisis de las entrevistas realizadas a los participantes de este estudio. En la tabla se presenta el número de citas de cada participante en función de las categorías introducidas en el sistema. Como se puede observar, los códigos más citados son Consciencia, Sentido y Amor. Los códigos con menor número de frecuencias son Alegría, Paz, Confianza y Belleza. Cuando se repasan las citas de estos códigos, los participantes se refieren a ellos como aspectos que autentifican el proceso de crecimiento en esta inteligencia. La necesidad de recurrir a una serie de indicadores o efectos que garanticen una auténtica espiritualidad está

**Tabla 3.**

Resultados obtenidos con el número de citas de cada participante en función de las categorías

Código-filtro: Todos [14]																							
DP-filtro: Todos [22]																							
Cita-filtro: Todos [1005]																							
	Participante																						Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Alegría	0	4	6	1	5	1	0	3	0	1	0	2	3	2	5	0	3	2	1	13	1	3	56
Amor	5	6	13	19	14	6	5	5	10	9	11	4	2	4	5	28	4	25	21	7	2	18	223
Belleza	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6	0	0	1	0	12
Confianza	5	0	0	0	3	0	2	2	0	3	1	0	3	5	3	3	0	6	3	0	0	4	43
Consciencia	12	18	21	9	20	6	11	15	6	12	11	7	10	8	14	15	6	43	32	8	24	15	323
Dolor	6	4	5	7	8	0	3	4	2	3	12	5	1	9	4	0	4	5	4	8	16	1	111
Gratitud	1	0	2	0	1	0	4	1	1	4	3	0	1	4	1	3	3	4	6	10	3	9	61
Humildad	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	4
Libertad	1	1	15	3	5	0	1	3	0	5	2	2	1	0	0	2	9	11	0	3	6	7	77
Paz	0	0	3	3	6	1	0	4	4	2	2	0	2	0	0	0	7	4	2	0	6	0	46
Perdón	0	0	1	0	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	5	16	4	5	3	11	51
Sentido	7	8	17	16	16	9	22	13	15	9	7	13	5	17	1	15	13	12	21	9	18	47	310
Transcendencia	7	10	12	12	5	5	10	5	1	3	11	0	4	12	4	6	2	2	5	1	3	8	128
Total	44	52	96	72	84	30	58	55	39	53	61	33	34	61	37	72	56	136	100	65	83	124	

expresada, de una manera o de otra, por prácticamente todos los entrevistados.

Amram (2007) agrupó en una de sus competencias “Gracia” las manifestaciones de lo que llamó vivir en alineación con lo sagrado: la confianza, la belleza y alegría. Entre la lista de efectos, el autor además señaló una mayor serenidad, resiliencia, satisfacción, amor, optimismo junto con un alto nivel de energía y concentración. Wigglesworth (2013b), Kaur y Singh (2013) confirman esta

tendencia y subrayan la importancia de mantener la paz interior y exterior a pesar de las circunstancias adversas o dolorosas.

Se optó por agrupar los códigos Paz, Belleza, Confianza y Alegría en un nuevo código que se recodificó como “Efectos”. Las citas de la Humildad hacen referencia a la aceptación de las limitaciones y la renuncia a los sentimientos de omnipotencia y fueron recogidas en el código “Amor”.

**Tabla 4.**

Competencias y resultados por participantes.

Código-filtro: Todos [19]																							
DP-filtro: Todos [22]																							
Cita-filtro: Todos [1045]																							
	Participante																						Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Amor	5	6	14	19	14	6	5	5	10	9	11	4	2	4	5	28	4	25	22	8	2	18	226
Consciencia	12	18	21	9	20	6	11	15	6	12	11	7	10	8	14	15	6	43	32	8	24	15	323
Dolor	6	4	7	7	8	0	3	4	2	3	12	5	2	9	4	0	10	5	6	9	16	2	124
Efectos	5	5	7	5	13	2	2	8	4	5	3	2	7	7	7	3	10	17	4	13	7	7	143
Gratitud	1	0	2	0	1	0	4	1	1	4	3	0	1	4	1	3	3	4	6	10	3	9	61
Libertad	1	2	18	3	6	0	1	3	0	5	2	2	1	1	0	8	10	11	1	3	6	7	91
Perdón	0	0	2	0	1	3	0	0	0	3	1	0	0	0	0	2	5	18	4	6	3	14	62
Sentido	7	8	17	16	16	9	22	13	15	9	7	13	5	17	1	15	13	12	21	9	18	47	310
Transcendencia	7	10	12	12	5	5	10	5	1	3	11	0	4	12	4	6	2	2	5	1	3	8	128
Total	44	53	100	71	84	31	58	54	39	53	61	33	32	62	36	80	63	137	101	67	82	127	1468

**Tabla 5.**

Competencias y porcentajes de respuestas por religiones

	Participantes						
	Católicos	Hinduístas-Sij	Musulmanes	Budistas	Judíos	Evangélicos	Ortodoxos
Amor	9.43	11.29	<b>21.86</b>	15.43	<b>12.67</b>	<b>24.85</b>	12.80
Consciencia	<b>23.90</b>	<b>24.73</b>	<b>23.48</b>	<b>20.21</b>	12.22	<b>24.26</b>	<b>25.60</b>
Dolor	11.95	6.99	5.67	13.30	5.43	4.14	12.40
Efectos	10.69	11.83	10.53	9.57	8.60	8.88	9.60
Gratitud	3.14	2.15	2.02	2.13	5.43	4.73	7.60
Libertad	2.52	11.83	5.67	5.32	7.69	7.69	4.00
Perdón	0.00	1.08	7.29	1.06	9.95	2.96	5.20
Sentido	<b>20.13</b>	<b>18.82</b>	17.41	<b>19.15</b>	<b>31.22</b>	14.79	<b>19.20</b>
Trascendencia	18.24	11.29	6.07	13.83	6.79	7.69	3.60
<b>Primero</b>	Conscienc.	Conscienc.	Conscienc.	Conscienc.	Sentido	Amor	Conscienc.
<b>Segundo</b>	Sentido	Sentido	Amor	Sentido	Amor	Consciencia	Sentido
<b>Tercero</b>	Trascend.	Efectos/Libertad	Sentido	Amor	Conscienc.	Sentido	Amor

En la Tabla 4, se presentan los datos cuantitativos obtenidos de las categorías de análisis utilizadas y el número de textos en los que se encuentra presente cada una de las competencias seleccionadas en la Tabla 5.

En general, se aprecia un número significativo de citas en cada uno de los códigos reagrupados. Las competencias más nombradas por los participantes son Consciencia y Sentido, le siguen Amor, Efectos de la IES y Trascendencia. Las puntuaciones más bajas son para Gratitud y Perdón.

Los datos recogidos en la ilustración anterior, permitieron reagrupar a los participantes por corrientes espirituales y calcular el porcentaje de respuesta por cada una de las competencias. Se obtuvieron así las competencias que pueden ser más o menos significativas para cada religión. Estos resultados se presentan en la Tabla 5.

La Consciencia es la primera competencia para todas las religiones, excepto para los judíos y para los cristianos evangélicos. El Sentido ocupa la segunda posición para los cristianos católicos y ortodoxos, hinduismo-sij y budismo, la tercera para musulmanes y cristianos evangélicos y la primera para los judíos. El Amor es la primera para los cristianos evangélicos, la segunda para musulma-

**Tabla 6.**

Porcentajes por sexos de las competencias

	MUJERES		HOMBRES		TOTALES		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Amor	51	11.26	175	17.24	226	15.40	<b>.004</b>
Consciencia	97	21.41	226	22.27	323	22.00	.767
Dolor	28	6.18	96	9.46	124	8.45	<b>.047</b>
Efectos	45	9.93	98	9.66	143	9.74	.943
Gratitud	20	4.42	41	4.04	61	4.16	.848
Libertad	15	3.31	76	7.49	91	6.20	<b>.003</b>
Perdón	17	3.75	45	4.43	62	4.22	.647
Sentido	122	26.93	188	18.52	310	21.12	<b>&lt; .001</b>
Trascendencia	58	12.80	70	6.90	128	8.72	<b>&lt; .001</b>
<b>TOTALES</b>	453	100.00	1015	100.00	1468	100.00	

nes y judíos y la tercera para los budistas y cristianos ortodoxos. La Trascendencia solo aparece en la tercera posición en los cristianos católicos. Los Efectos y la Libertad obtienen el mismo porcentaje en hinduistas-sij.

Los participantes que se enmarcan en religiones orientales (hinduismo- sij y budismo) son siete del total de la muestra. De ellos, cuatro reconocen sus raíces cristianas católicas. Aunque en el reconocimiento de las competencias surgen diferencias a tener en cuenta entre ambas corrientes espirituales occidentales u orientales en Perdón y Trascendencia, hay que tener en cuenta el tamaño de esta muestra.

Por otra parte, se reconocen diferencias significativas en las aportaciones de las mujeres en relación con las competencias citadas por los hombres. Los porcentajes de cada categoría están recogidos en la Tabla 6. Como se puede apreciar, las mujeres puntúan más alto que los hombres en Sentido y Trascendencia. Los hombres, en cambio, obtienen valores más altos en Amor, Libertad y Dolor.

Así mismo, los participantes establecen conexiones entre las distintas competencias que reconocen fundamentales en esta inteligencia. Estas aportaciones sugieren interrelaciones entre los componentes señalados como muestra la Tabla 7.

El Amor está significativamente relacionado, y en este orden, con Consciencia, Sentido y Efectos. La Consciencia con el Sentido, Amor y Trascendencia. La Aceptación del Dolor está relacionado Consciencia, Sentido y Amor.

Los Efectos correlacionan por igual con el Amor y el Sentido y con la aceptación del Dolor. La Gratitud está asociada con la misma puntuación al Amor y al Sentido. La Libertad está relacionada con el Sentido, la Consciencia y el Amor. El Perdón con Consciencia y Trascendencia. El Sentido correlaciona con Consciencia con una puntuación alta, con Amor, Dolor y Trascendencia. La Trascendencia es asociada a la Consciencia, el Sentido y el Amor.

Los resultados sugieren que el recorrido espiritual de cada persona así como las etapas que han marcado su vida son aspectos más determinantes en su crecimiento espiritual que el sexo o la corriente espiritual. Más aún, las coincidencias que relatan los participantes en su propio itinerario espiritual son significativas. Con frecuencia, establecen conexiones entre maestros y místicos de distintas espiritualidades e identifican experiencias comunes nombradas de modos diversos.

P 3: Hindu.docx - 3:4 [Entonces no dogmatizo diciendo...] (9:9) (Super)

Códigos: [Consciencia] [Efectos] [Sentido]

No memos

Entonces no dogmatizo diciendo que todo el mundo tiene que ser especialmente espiritual, que se puede llevar una vida muy plena, pero sí creo por el ejemplo de las vidas de santos, por mi propia experiencia, por las vidas de santos y sabios de todas las tradiciones espirituales, veo que llegan a un nivel, a otro nivel, es como una cuarta dimensión, entonces y de hecho la mayor parte de las personas decisivas de la historia de la humanidad, han sido, bueno personas verdaderamente decisivas.

Tabla 7.

Co-ocurrencias de códigos

	Amor	Consciencia	Dolor	Efectos	Gratitud	Libertad	Perdón	Sentido	Trascendencia
Amor	0	45	17	30	11	10	3	36	25
Consciencia	45	0	21	25	5	13	9	61	42
Dolor	17	21	0	26	0	3	1	34	14
Efectos	30	25	26	0	5	7	2	30	14
Gratitud	11	5	0	5	0	0	2	11	5
Libertad	10	13	3	7	0	0	3	14	7
Perdón	3	9	1	2	2	3	0	1	4
Sentido	36	61	34	30	11	14	1	0	33
Trascendencia	25	42	14	14	5	7	4	33	0

Se puede concluir, que el estudio de coincidencias presentado en la Tabla 2, que muestra las coincidencias significativas en las definiciones y competencias aportadas por la revisión sistemática de la literatura existente y las que ha revelado el análisis cualitativo de diferentes entrevistas realizadas a personas destacadas de distintas corrientes espirituales o religiones (Tablas 3, 4 y 5) permite afirmar las dos hipótesis planteadas en este estudio.

Ya que se han encontrado coincidencias significativas en las definiciones y en las Competencias aportadas por la revisión sistemática de la literatura existente y las que han mostrado el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a personas destacadas de distintas corrientes espirituales o religiones se realizó un estudio de coincidencias.

También puede afirmarse que tanto la definición de IES como las Competencias se ajustan a los resultados obtenidos en el estudio cualitativo.

Por último, es interesante destacar que el recorrido espiritual de cada persona así como las etapas que han marcado su vida son aspectos más determinantes en su crecimiento espiritual que el sexo o la corriente espiritual (Tabla 6) y que pueden establecerse conexiones entre las distintas competencias que reconocen fundamentales en esta inteligencia (Tabla 7).

## Discusión

Tras explorar el concepto de IES y definir sus competencias, los resultados del estudio cualitativo ponen de manifiesto una correlación positiva y significativa entre las aportaciones del estudio bibliográfico y los obtenidos en las entrevistas. Se pueden identificar rasgos definitorios y conceptualizaciones comunes a todos ellos, que trascienden una corriente espiritual y que, a su vez, se encuentran en lo más profundo y auténtico de todas ellas.

Así pues, tras esta investigación se define la IES como un sistema de capacidades necesarias para la comprensión profunda de cuestiones de significado y sentido que hacen posible la integración de todas las dimensiones de la persona, la resolución de problemas existenciales, la trascen-

dencia y la transformación de la realidad cotidiana a través de niveles altos de consciencia, de coherencia ética y amor-compasión. Y se determinan 9 Competencias de la misma: Consciencia, Trascendencia, Sentido, Compasión-amor, Aceptación del dolor, Perdón, Gratitud, Libertad y Efectos.

Por lo que podemos concluir que se han cumplido los objetivos planteados en este trabajo y que se han confirmado las hipótesis sugeridas.

Las opciones metodológicas tomadas con intención exploratoria, como la entrevista semiestructurada, han permitido una mayor flexibilidad y posibilidad de adaptación del diseño a la realidad estudiada. La explicación detallada del diseño y desarrollo del estudio favorece la posible réplica del análisis de contenido realizado. Asimismo, se han considerado los aspectos deontológicos a lo largo de todo el proceso en las decisiones sobre el diseño, el desarrollo de la investigación cualitativa, el tratamiento de la información obtenida y la utilización de sus resultados.

La presente investigación enlaza con un campo de estudio experimentalmente nuevo a la vez que muy antiguo desde el punto de vista experiencial. Como señala Skrzypińska (2021) la espiritualidad y la búsqueda del sentido de la vida son cuestiones y fenómenos esenciales de la existencia humana y desde que Zohar propuso el término de Inteligencia Espiritual en 1997 se han realizado numerosas investigaciones con el objetivo de profundizar en este concepto.

Emmons (2000a, 2000 b) sugirió que la IES puede ser un constructo que ayude a comprender algunos de los determinantes psicológicos del funcionamiento humano y los trabajos e investigaciones de King (2008, 2009) han profundizado en la conceptualización y medición de este concepto, así como en su relación con el bienestar humano. Este autor propuso que la IES podría estar relacionada también con variables psicológicas que facilitan la adaptación contextual. En esta misma línea, Salmabadi et al., (2016) sugirieron que los efectos directos de la Atención Plena estaban relacionados con la IES y con la resiliencia.

En entornos laborales, Subramaniam y Panchanatham (2015) mostraron que había una relación positiva y estadísticamente significativa entre la IES y la Atención Plena y Gieseke (2014), demostró una relación estadísticamente significativa entre IES, Mindfulness y la capacidad de liderazgo.

Todos estos estudios, ponen de manifiesto la importancia del estudio de la IES y sus Competencias tanto para el desarrollo y crecimiento espiritual como para la comprensión y la mejora de las funciones cognitivas y emocionales humanas.

No obstante, se puede afirmar que la IES continúa siendo un objeto de investigación poco frecuente en España. Tan sólo se trabaja en algunas experiencias de innovación educativa en el marco de las Teoría de las Inteligencias Múltiples que, sucesivamente, se van implantando en algunos centros (Alonso, 2011; Arias y Lemos, 2015; Gómez, 2014). Tampoco está presente en el sistema educativo en nuestro contexto: no está incorporada, ni citada, en ninguna ley de educación ni en ningún diseño curricular oficial. En cambio, varios países del ámbito anglosajón han incluido en sus respectivas Leyes de Educación este concepto y se ha incorporado al sistema educativo (González, 2009).

Esta investigación también ha aportado datos que abren la puerta a nuevos proyectos. Por ejemplo, será interesante completar la investigación cualitativa con corrientes espirituales orientales u otras religiones para apreciar matices o diferencias entre las religiones politeístas y monoteístas o entre orientales y occidentales.

Otros ámbitos de investigación estarían en el campo de la psicología y la psicoterapia. Maslow (1976) abrió la puerta al desarrollo de la espiritualidad y la psicología transpersonal. Igualmente, se considera importante para futuras investigaciones valorar la implicación de la IES en organizaciones y empresas.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el hecho de que no determina cómo desarrollar y potenciar la inteligencia espiritual mediante prácticas conocidas y citadas por los participantes, aunque se hayan podido apreciar procedimientos similares en prácticamente todas las

corrientes espirituales. Tampoco se ha estudiado la extrapolación que pudiera realizarse de estos resultados a la población general, es decir, a los no expertos, ni se han controlado posibles variables extrañas que pudieran estar interfiriendo en los resultados.

## Referencias

- Alonso, A. (2011). *Pedagogía de la Interioridad* [Pedagogy of Interiority]. Narcea.
- Amram, Y. (2007, agosto). The Seven Dimensions of Spiritual Intelligence: An Ecumenical Grounded Theory. Paper presented at the 115th Annual Conference of the American Psychological Association, San Francisco, CA. <http://www.yosiamram.net/papers>
- Arias, F. G. (2006). *El Proyecto de Investigación* [The Research Project]. Episteme.
- Arias, R. y Lemos, V. (2015). Una aproximación teórica y empírica al constructo de inteligencia espiritual [A Theoretical and Operational Approach to Construct Spiritual Intelligence]. *Enfoques*, 27(1), 79–102.
- Bartolomé, M. (1992). Investigación cualitativa en educación: ¿comprender o transformar? [Qualitative Research in Education: Understand or Transform?]. *Revista de Investigación Educativa*, 20(2), 7–36.
- Benson, P., Roehlkepartain, E. C., Ebstyne P. y Wagener, L. M. (2005). *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence*. SAGE.
- Buzan, T. (2008). *El poder de la inteligencia espiritual* [The Power of Spiritual Intelligence]. Urano.
- Caro González, F. J. y Diez de Castro, E. P. (2005). Investigación cualitativa asistida por ordenador en

- economía de la empresa [Qualitative Computer Aided Research in Business Economics]. *Investigaciones Europeas*, 11(2), 45–58.
- Chaktoura, E. (2015). *Inteligencia espiritual: Para atrevernos a vivir la vida que queremos*. Grijalbo.
- Chan, A. W., y Siu, A. F. (2016). Application of the Spiritual Intelligence Self- Report Inventory (SISRI-2) Among Hong Kong University Students. *International Journal of Transpersonal Studies*, 35(1), 1–12. <http://digitalcommons.ciis.edu/ijts-transpersonalstudies/vol35/iss1/3>
- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and Personality. *Current Opinion on Neurobiology*, 4, 266–273.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-being*. Oxford University Press.
- Cloninger, C. R. (2006). The Science of Well-being: An Integrated Approach to Mental Health and its Disorders. *World Psychiatry*, 5(2), 71–76.
- Day, C., (2006). *Pasión por enseñar. La identidad personal y profesional del docente y sus valores*. Narcea.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico [The Interview, a Flexible and Dynamic Resource]. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167.
- Draper, B. (2010). *La Inteligencia Espiritual: un nuevo modo de ser*. Sal Terrae.
- Emmons, R. A. (2000a). Is Spirituality an Intelligence? Motivation, Cognition, and the Psychology of Ultimate Concern. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3–26. [https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001\\_2](https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001_2).
- Emmons, R. A. (2000b). Spirituality and intelligence: Problems and prospects. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 57–64. [https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001\\_6](https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001_6).
- Gallegos, R. (2005). *Educación y Espiritualidad. La educación como práctica espiritual..* Fundación Internacional para la Educación Holista.
- Gardner H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books.
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias Múltiples. La teoría en la práctica*. Paidós.
- Gardner, H. (2012). *La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI*. Paidós.
- Gieseke, A. R. (2014). *The Relationship between Spiritual Intelligence, Mindfulness, and Transformational Leadership among Public Higher Education Leaders* [Tesis Doctoral]. Universidad de Northeastern, Maine.
- Gómez, I. (2014). *Educar la inteligencia espiritual. Recursos para la clase de Religión*. Ediciones Khaf.
- González, P. (2009). *Reflexiones en torno a la competencia espiritual: la dimensión espiritual y religiosa en el contexto de las Competencias Básicas Educativas*. Escuelas Católicas.
- Griffiths, R. (2017). *Spiritual Intelligence Education and Training in Higher Consciousness* [Página web]. Recuperado de <https://sqi.co/definition-of-spiritual-intelligence/>
- Halama, P. y Strizenec, M. (2004). Spiritual, Existential or both? Theoretical Considerations on the Nature of “Higher Intelligences”. *Studia Psychologica*, 46(3), 239–253.
- Hermanowicz, J. C. (2002). The Great Interview: 25 Strategies for Studying People in Bed. *Qualitative Sociology*, 25(4), 479–499. <https://doi.org/10.1023/A:1021062932081>



- Jahani (2010). *The Relationship between Self efficacy and Irrational Beliefs with General Health among University Students of Imam Khomeini University*. International University of Imam Khomeini.
- Kaur, G. y Singh, R. (2013). Spiritual Intelligence of Prospective Engineers and Teachers In Relation To Their Gender, Locality and Family Status. *Educationia Confab*, 2(1), 38–54.
- King, D. B. (2008). *Rethinking Claims of Spiritual intelligence: A Definition, Model, and Measure*. ProQuest.
- King, D. B. y DeCicco, T. L. (2009). A viable Model and Self-Report Measure of Spiritual intelligence. *International Journal of Transpersonal Studies*, 28(1), 68–85.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica* [Content Analysis: An Introduction to its Methodology]. Paidós.
- MacGilchrist, B., Reed, J., y Myers, K. (2004). *The intelligent school*. SAGE.
- Martín Sánchez (2018). *La Inteligencia Espiritual: Definición y Competencias. Un Instrumento de Evaluación de su Desempeño Competencial* [Tesis Doctoral] Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.
- Maslow, A. (1976). *The Farther Reaches of Human Nature*. Penguin.
- Maxim, M. (2008). Spiritual Intelligence in Executive Coaching. *Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*. Special Issue 4, October.
- Nasel, D. (2004). *Spiritual orientation in relation to spiritual intelligence: A new consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic spirituality* (Tesis Doctoral). University of South Australia: Australia.
- Noble, K. D. (2000). Spiritual Intelligence: A New Frame of Mind. *Advanced Development Journal*, 9, 1–29.
- Rodríguez, D., Berenguera, A., Pujol-Ribera, E., Capella, J., Lluís de Peray, J., y Roma J. (2013). Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública [Current and Future Competencies for Public Health Professionals]. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 388–397.
- Ronel, N. (2008). The experience of spiritual intelligence. *Journal of Transpersonal Psychology*, 40(1), 100–119.
- Salmabadi, M., Sadeghbojd, M.S., Farshad, M.R. y Zolfaghari, S. (2016). Comparing the Spiritual Health and Quality of Life in Addicted and Non-Addicted Patients in the City of Birjand, Iran. *Int J High Risk Behav Addict.*, 5(1), Artículo e23208. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.23208>
- Skrzypińska, K. (2021). Does Spiritual Intelligence (SI) Exist? A Theoretical Investigation of a Tool Useful for Finding the Meaning of Life. *Journal of Religion and Health*, 60, 500–516. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01005-8>
- Sisk, D. A. (2019). Spiritual Intelligence: Developing higher consciousness. En B. Wallace, D. A. Sisk, & J. Senior (Eds.), *The SAGE handbook of gifted and talented education*. SAGE.
- Subramaniam, M. y Panchanatham, N. (2015). Impact of Spiritual Intelligence and Mindfulness on Organizational Citizenship. *International Journal of Scientific Research*, 4(1), 228–230. <https://doi.org/10.36106/IJSR>
- Torralba, F. (2010). *Inteligencia Espiritual* [Spiritual Intelligence]. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Vázquez, J. L. (2012). *Contemplación e Inteligencia Espiritual*. Imprenta Kadmos.

- Vaughan, F. (2002). What is spiritual intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, 42(2), 16-33.
- Villafranca, E. (2016). *La Responsabilidad Social, Producto de Nuestra Inteligencia Espiritual: Lecciones aprendidas para crear negocios sostenibles*. Jonathan Sibaja Rodríguez.
- Wigglesworth, C. (2013a). *Las 21 aptitudes de la inteligencia espiritual: un paso más allá de la inteligencia emocional*. Grijalbo.
- Wigglesworth, C. (2013b). Spiritual Intelligence. En J. Neal (Ed.), *Handbook of Faith and Spirituality in the Workplace: Emerging Research and Practice* (pp. 441-453). Springer Science + Business Media. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5233-1\\_27](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5233-1_27)
- Wolman, R. N. (2001). *Inteligência espiritual* [Spiritual Intelligence]. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Zohar, D. y Marshall, I. (2000). *Inteligencia Espiritual* [Spiritual Intelligence]. Plaza & Janes.

## DEFINITION AND COMPETENCES OF SPIRITUAL INTELLIGENCE. QUALITATIVE STUDY

ANTONIA MARTÍN-SÁNCHEZ, MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA Y  
JUAN CARLOS CENICEROS-ESTÉVEZ

### EXTENDED SUMMARY

This study is about the 1983 Howard Gardner's theory of multiple intelligences (Gardner, 1983), in 2012 incorporates Spiritual Intelligence (SI or SQ) and demonstrates that it meets all the criteria that define each intelligence. Spiritual Intelligence (SI) is a construct that has been acquiring greater relevance thanks to the multidimensional study of intelligence. At present, there are numerous studies interested in defining this concept and delimiting its powers (Alonso, 2011; Amram, 2007; Chaktoura, 2015; Cloninger, 2004; Emmons, 2000a; Gallegos, 2005; Griffiths, 2017; Jahani, 2010; King y DeCicco, 2009; MacGilchrist et al., 2004; Nasel, 2004; Noble, 2000; Ronel, 2008; Sisk, 2019; Skrzypińska, 2021; Torralba, 2010; Vaughan, 2002; Vázquez, 2012; Villafranca, 2016; Wigglesworth, 2013a, 2013b; Wolman, 2001; Zohar y Marshall, 2000).

At its origin, Gardner determined a series of common criteria to define each of the intelligences and concluded the existence of eight intelligences. In 1995, Gardner defined a ninth intelligence, called spiritual, or existential intelligence, as the ability to locate oneself with respect to the cosmos, to existential features of the human condition; According to this author, this ability to think about cosmic issues could be rooted in pain, shocking personal or aesthetic experiences, or living in a community that highlights the spiritual.

This conception of Multiple Intelligences is also postulated, among other authors, by MacGilchrist et al. (2004), for these authors spiritual intelligence is characterized by the fundamental assessment of the life and development of all members of a school community. Zohar and Marshall (2000) define SI as the intelligence with which we face and solve problems of meanings and values, with which we can put our actions and our lives in a broader, richer and more meaningful context, with which

we can determine that a course action or one life path is more valuable than another.

Emmons (2000a, 2000b) defines it as the adaptive use of spiritual information to facilitate the solution of everyday problems and the achievement of objectives. For Wolman (2001), it is the capacity for transcendence that involves different abilities, such as the provision of contact with the true self; investing in activities, events, and relationships filled with selflessness and spiritual resources to solve problems in life; that is, be virtuous and behave effectively as such. Vaughan (2002) considers the SI as the essential capacity for a deep understanding of existential issues, high levels of consciousness to solve problems and awareness of the transcendent interconnection between everything created revealed through wisdom, compassion, action and fidelity to one's own convictions. For Cloninger (2004) it is the capacity for transcendence, the sense of the sacred or virtuous behaviors such as forgiveness, humility, gratitude and compassion. Halama and Strizenec (2004) define it as the ability to find and realize the meaning of life. Nasel (2004) and Ronel (2008) define spiritual intelligence as an ability to understand the world and oneself, find meaning and solve existential, spiritual and practical issues, facilitate problem solving and make adaptive decisions. According to Buzan (2008) it allows cultivating and developing vital qualities of energy, enthusiasm, courage and determination and developing the moral and emotional identity. King and DeCicco (2009) define it as a set of mental capacities that contribute to the sensitization, integration and adaptation of the non-material and transcendent aspects of one's existence, which leads to results such as a deep existential reflection, the improvement of the sense, the recognition of a transcendent being and the domain of spiritual states.

According to Torralba (2010), the SI allows access to deep meanings, considering the purposes of existence and its highest motivations, distancing oneself from reality, developing life projects, transcending materiality, interpreting symbols and understanding the wisdoms of life, longing for a vision of life and reality that integrates, connects, transcends and gives meaning to existence. For Draper (2010) it is "for everyone, because it is part of our total intelligence, of our being as a whole". It is the

intelligence that allows you to know and recognize your own identity, find a purpose and meaning in life, establish emotional connections and deep relationships. The spiritual dimension for Alonso (2011) is that from which emanate the ability to intuit, to see beyond appearances, to experience the infinite and to be able to find meaning and value in what we do and live. From it comes the inner demand to want to be happy and the ability to do free activities. Vázquez (2012) starts from the existence of empirical tests that confirm the existence of the SI. According to this author, very recent research carried out by neurologists, neuropsychologists, neurolinguists and other experts who study the magnetic and electrical fields of the brain, place it in the biology of neurons. Thanks to this intelligence it is possible to grasp the major contexts of life, meaningful wholes that link with the Whole, sensitize for values, visions and transcendental issues. For Kaur and Singh (2013) it is the ability to behave with wisdom and compassion while maintaining inner and outer peace despite the circumstances. Wigglesworth (2013a, 2013b) defines spiritual intelligence as the ability to behave with wisdom and compassion, while maintaining peace in any situation, internally and externally, and details it as an integrative intelligence, capable of guiding and amplifying rational and emotional capacities, with an impact on all important areas of life. Gómez (2014) affirms that "the human being has a dimension and spiritual meaning that needs to be identified, developed and expressed to achieve happiness and integral well-being"; for this author, it awakens the connection and bond with everything created. For Chaktoura (2015), spiritual intelligence is "the ability to truly know ourselves, to trace the direction of our life and to know how to navigate potholes, mud and circumstantial storms. Spiritual intelligence is present in all areas of life". Villafranca (2016) affirms that Spiritual Intelligence determines the way of living, working and projecting oneself in the community. It provides the fundamental elements for the exercise of effective leadership, responsible, in turn, for the creation of successful work teams. Avoid and resolve conflicts when applying its principles in the human relations of the company. It is the essence of people, every day more developed, and one of the keys to the success of companies and societies.

Concluding this review of the most salient definitive features of SI, these can be summarized in that:

- It is a capacity or set of capacities.
- Creatively develops identity through integration.
- Encourage ethical actions with understanding and compassion.
- Transcends events and realities.
- Has an adaptive function:
  - Faces and solves problems of meaning and value.
  - Get goals.
  - Find meaning and meaning in life.
  - Accept reality.
  - Free from conditioning factors.
  - Generate peace, joy, gratitude, forgiveness.

Based on these contributions and their coincidences, the following competences are proposed that will be the referents of the qualitative study:

- High level of consciousness, search for truth, equanimity, full attention in the here and now of oneself and the world.
- Search for meaning, meaning of life and death, deep existential reflection.
- Love, compassion, kindness, empathy, respect. I-you-us bonding. Ethical assumption of responsibilities, committed search for the common good, waiving unnecessary damage.
- Transcendence, ability to decentralize and go beyond the concrete and tangible reality.
- Freedom, detachment, detachment, capacity for decenteration and distancing.
- Reconciliation with oneself from the acceptance of the limits of reality, of life, of the Other. Sorry. Humility.
- Ability to face and transcend pain when it comes in life, avoid useless suffering.
- Tendency to feel serenity, joy, gratitude.

The purpose of the qualitative research of this work was to contrast and complement the defining features and competencies of SI indicated by the existing literature with the interviews of experts from the different spiritual and religious traditions selected for this study.

It was hypothesized that significant coincidences will be found in the definitions and competences between those

provided by the systematic review of the existing literature and the qualitative analysis of different interviews carried out with prominent people of different spiritual currents or religions. This will make it possible to define the SI and determine its competences with greater precision, as well as conclude different areas of intervention.

The nature of this research, being directly related to the deepest experiences of the human being as they are felt and lived, is clearly framed within the objectives of the qualitative methodology. This type of research favors the understanding of people in their context and within their own frame of reference, given the impossibility of analyzing and apprehending this type of phenomena when they are separated from them. The object of qualitative research allows for an in-depth understanding of cultural patterns, beliefs, social and cognitive processes (Bartolomé, 1992) and allows an approach to the particular experience from the meanings and world view of the specific person and to elaborate and integrate the findings in a theoretical framework.

The study sample consisted of 22 adults of different religions and spiritual currents, mostly belonging to the Madrid Association for Interreligious Dialogue (ADIM). The ages of the interviewees are between 30 and 76 years; the mean age was 51 years. The distribution by sex was eight women and fourteen men.

Results: It can be concluded that the study of coincidences presented, which shows the significant coincidences in the definitions and competencies provided by the systematic review of the existing literature and those revealed by the qualitative analysis of different interviews carried out with prominent people from different spiritual currents or religions allow to affirm the two hypotheses raised in this study. Since significant coincidences have been found in the definitions and in the Competences provided by the systematic review of the existing literature and those that have shown the qualitative analysis of the interviews carried out with prominent people of different spiritual currents or religions, a study of coincidences was carried out. It can also be stated that both the definition of EI and the Competences are adjusted to the results obtained in the qualitative study.

After exploring the concept of EI and defining its competencies, the results of the qualitative study reveal a positive and significant correlation between the contributions of the bibliographic study and those obtained in the interviews. Defining features and conceptualizations common to all of them can be identified, which transcend a spiritual current and which, in turn, are found in the deepest and most authentic of all of them.

Therefore, after this research, EI is defined as a system of capacities necessary for the deep understanding of questions of meaning and meaning that make possible the integration of all the dimensions of the person, the resolution of existential problems, transcendence and transformation of everyday reality through high levels of consciousness, ethical coherence and love-compassion. And 9 Competencies of the IE are determined: Consciousness, Transcendence, Meaning, Compassion-love, Acceptance of pain, Forgiveness, Gratitude, Freedom and Effects.

Finally, it is interesting to note that the spiritual journey of each person as well as the stages that have marked their life are more determining aspects in their spiritual growth than sex or the spiritual current and that connections can be established between the different competences that they recognize as fundamental in this intelligence.

## EL ESTUDIO DE LA INTELIGENCIA ESPIRITUAL II: UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SU DESEMPEÑO COMPETENCIAL

### THE STUDY OF SPIRITUAL INTELLIGENCE II: AN INSTRUMENT FOR EVALUATING THEIR COMPETENCE PERFORMANCE

ANTONIA MARTÍN-SÁNCHEZ<sup>1</sup>, MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA<sup>2</sup>,  
Y JUAN CARLOS CENICEROS-ESTÉVEZ<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martín-Sánchez, A., Rodríguez-Zafra, M. y Cenicerós-Estévez, J. C. (2020). El estudio de la Inteligencia Espiritual II: un instrumento de evaluación de su desempeño competencial [The Study of Spiritual Intelligence II: An Instrument for Evaluating their Competence Performance]. *Acción Psicológica*, 17(2), 103–122. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.29528>

#### Resumen

Este artículo se enmarca en la teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner (1983) que en 2012, demuestra que esta inteligencia cumple todos los criterios que determinan su incorporación al elenco de inteligencias. El estudio cualitativo de la Inteligencia Espiritual (IES) permitió determinar sus competencias: consciencia, trascendencia, amor, perdón, libertad, dolor-sufrimiento, sentido, gratitud y efectos. Tras la identificación de las competencias básicas, se ha construido el Cuestionario de

Inteligencia Espiritual (CIES) de 68 ítems y se ha validado en población española con una muestra de 528 participantes. Los resultados ponen de manifiesto su fiabilidad así como su validez de contenido, de constructo y de criterio. Se ha comprobado la unidimensionalidad del CIES y su capacidad de predicción. Las conclusiones son importantes en el nivel de intervención porque permiten identificar competencias claves para evaluar y desarrollar la IES mediante programas aplicados en distintos ámbitos educativos, sociales o empresariales.

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Mónica Rodríguez-Zafra, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.  
**Email:** [mrodriguez@psi.uned.es](mailto:mrodriguez@psi.uned.es)

**ORCID:** Antonia Martín-Sánchez (<https://orcid.org/0000-0003-1090-310X>), Mónica Rodríguez-Zafra (<https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>) y Juan Carlos Cenicerós-Estévez (<https://orcid.org/0000-0001-9348-8997>).

<sup>1</sup> ESCUNI: Centro Universitario de Magisterio, España.

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 20 de junio de 2020.

Aceptado: 17 de diciembre de 2020.

**Palabras clave:** Inteligencia Espiritual; Competencia; Investigación Cuantitativa.

## Abstract

This study is about the 1983 Howard Gardner's theory of multiple intelligences (Gardner, 1983), in 2012 incorporates Spiritual Intelligence (SI or SQ) and demonstrates that it meets all the criteria that define each intelligence. The qualitative study of Spiritual Intelligence (IES) made it possible to determine its competences: consciousness, transcendence, love, forgiveness, freedom, pain-suffering, meaning, gratitude and effects. After such identification a 68 questions Spiritual Intelligence Questionnaire (SIQ) was built and validated with Spanish population with a sample of 528 participants. Results show the reliability and content, construct and criteria validity. Unidimensionality of the questionnaire was tested as well as his prediction capacity. The conclusions are important at the intervention level because they allow the identification of key competencies to evaluate and develop SI through programs applied in different educational, social, and business environments..

**Keywords:** Spiritual Intelligence; Competency; Quantitative Research.

## Introducción

En Martín-Sánchez et al. (2020) se analizó con detalle la literatura existente sobre la Inteligencia Espiritual (IES) hasta el momento y se analizaron las propuestas teóricas y definiciones de los estudiosos de este tema llegándose a formular una definición inclusiva. Asimismo, en el estudio se analizaron y se detallaron, a través de un estudio cualitativo, las competencias que subyacen a la IES, su relevancia relativa y las relaciones entre ellas.

Tras esta investigación se define la Inteligencia Espiritual como un sistema de capacidades necesarias para la comprensión profunda de cuestiones de significado y sentido que hacen posible la integración de todas las dimensiones de la persona, la resolución de problemas existen-

ciales, la trascendencia y la transformación de la realidad cotidiana a través de niveles altos de consciencia y de coherencia ética. Esta queda operativizada en nueve competencias: Consciencia, Trascendencia, Sentido, Compasión-amor, Aceptación del dolor, Perdón, Gratitud, Libertad y Efectos.

En este segundo estudio se presenta el proceso y los resultados de la construcción de un cuestionario para la medida de la IES y se recogen los resultados de la fase de verificación y contraste de los resultados.

## Método

Al inicio de esta investigación se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Operativizar y construir un instrumento de medida de la IES.
2. Validar dicho cuestionario.
3. Examinar las relaciones entre la IES, la resiliencia y la autoestima.

Gracias al análisis del estudio del concepto de IES realizado a partir de la literatura existente como a la investigación cualitativa recogida en Martín-Sánchez et al. (2020), se elaboró la primera versión del cuestionario. La triangulación en el análisis de las aproximaciones a la IES permite delimitar, concretar y definir cada competencia para la construcción del cuestionario. Se redactaron 118 ítems que operativizan las nueve competencias que componen la definición de la IES.

La primera versión del cuestionario se sometió a los siguientes análisis y comprobaciones de la calidad teórica y técnica para asegurar la validez y fiabilidad de los datos, antes de su aplicación definitiva:

- Validez del diseño y contenido del cuestionario.
- Análisis de la fiabilidad y consistencia interna del cuestionario (Prueba piloto).
- Validación de constructo.

El proceso de validación del contenido se realizó al someter el cuestionario a la técnica del juicio de expertos y, en concreto, al método de agregados individuales (Cabero y Llorente, 2013). Para ello, se pidió individualmente a

cada experto que diera una estimación directa de la probabilidad de éxito o de fracaso en los datos demográficos propuestos y en cada uno de los ítems descriptores de las competencias de la IES. Con este fin, se elaboró el instrumento de evaluación del CIES para la validación de los expertos. En él, se les presentaba el objetivo de la investigación junto con los destinatarios de la misma, las secciones del instrumento (datos demográficos y los ítems asociados a cada una de las competencias estimadas de la IES) y las normas adicionales para la validación. A continuación, se les pidió que valorasen los ítems definitorios de cada competencia (la relevancia y claridad de cada uno de ellos con una escala del 1 al 5) e hicieran observaciones. Este documento fue enviado a seis expertos especialistas en Espiritualidad, Psicología y Métodos de Investigación. Todos los ítems valorados por debajo de cuatro puntos quedaron descartados y se recogieron todas las aportaciones realizadas por los expertos en la redacción de alguna de las afirmaciones. Por tanto, CIES quedó reducido a 104 ítems de 118 iniciales.

Después de la validación del diseño y de los contenidos del cuestionario por los seis expertos especialistas en Espiritualidad, Psicología y Métodos de Investigación, se valoró la fiabilidad y la consistencia interna del mismo a través de una prueba piloto. La muestra de esta prueba piloto estuvo formada por 53 participantes seleccionados por el procedimiento de bola de nieve. Para ello, se construyó un cuestionario online y se envió a un grupo inicial de participantes a los que se les pidió que lo reenviaran, a su vez, a otras personas. Una vez revisados los datos sociodemográficos de la muestra piloto, se calculó la fiabilidad total del cuestionario y la fiabilidad de cada una de las competencias. Se estimó el alfa de Cronbach global, 0.888, un valor alto que indica una fiabilidad elevada del cuestionario que permite deducir que todos los ítems miden un mismo aspecto. Para hacer el análisis y la selección de los ítems más representativos de cada competencia, se halló la correlación de cada ítem con el total. El criterio utilizado para seleccionar los ítems fue eliminar aquellos que menos correlacionasen con el total y su ausencia mejorase la consistencia interna alcanzada. El *alfa de Cronbach global* fue, en esta prueba piloto, de 0.888 con los 104 ítems y de 0.941 con los 68 ítems finalmente seleccionados. El índice de fiabilidad de las competencias de esta última versión del CIES se sitúa en un intervalo que va del 0.652 a 0.921.

Una vez depurado el cuestionario con los datos obtenidos en la prueba piloto, se procedió a la última fase de validación del cuestionario. Se construyó la versión definitiva del CIES online y se envió a una serie de participantes y se les pidió que lo reenviasen, a su vez, a otras personas, siguiendo el procedimiento de muestreo no probabilístico, como en la prueba piloto. Se optó por un muestreo de bola de nieve y, por tanto, el criterio fundamental en la selección de la muestra fue la accesibilidad. En los envíos iniciales se buscó informantes heterogéneos, representativos de diversas corrientes espirituales, edades, sexos, niveles económicos y formativos. Se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos demográficos pedidos y el respeto a los principios éticos que toda investigación ha de respetar (Martínez-Arias et al., 2014).

Se utilizó el paquete estadístico SPSS Statistics 24 para el análisis de los datos recogidos en la base de datos. Para el análisis diferencial se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95 %.

### ***Muestra***

La muestra final fue de 528 participantes, 132 hombres y 396 mujeres, lo que representa en porcentajes el 25 % y el 75 % respectivamente. La variabilidad de las edades de los participantes osciló entre los 18 y los 88 años, situándose la media en 47 años de edad, con una desviación típica de 13. Respecto al nivel económico, el 76 % no superaba un salario de 2000 euros mensuales y menos del 6% superaba los 3000 euros mensuales. El nivel de estudio de los participantes era alto: el 81% tenía formación superior y/o postgrado; tan solo el 3% tenía estudios primarios. Respecto a la corriente religiosa o religión, el grupo más numeroso se definió como cristiano católico con un 68%, seguido de los que afirman que no se adscribían a ninguna religión con un 20 %. El 2 % reconoció que practicaba todas o que se quedaba con “lo mejor de cada una”. Las otras religiones completan el resto. La media de personas con las que se convivían los participantes era de dos; y, respecto al lugar de residencia, el 81 % de la muestra residía en una ciudad frente al 19 % que residía en un pueblo.



## *Instrumentos de evaluación*

Adicionalmente al Cuestionario CIES, antes descrito, se utilizaron dos cuestionarios para el estudio de las relaciones entre la IES, la autoestima y la resiliencia.

**Cuestionario de Autoestima de Rosenberg -RSQ-** (Rosenberg, 1965). Este cuestionario tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene sobre sí misma. Consta de 10 ítems que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Likert. La fiabilidad test-retest es de  $r = .85$  y el coeficiente alpha de consistencia interna es muy alto  $\alpha = 0.92$ ; (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008). La validez convergente y discriminante es satisfactoria.

**Escala de Resiliencia CD-RISC-10.** Es un instrumento desarrollado por Serrano-Parra et al. (2013) derivada de la escala de resiliencia CD-RISC de Connor y Davidson (2003). Consta de 10 ítems y una sola dimensión con un sistema de respuesta tipo Likert de 0 a 4. La estructura factorial se comprobó mediante análisis factorial confirmatorio que mostraba aceptables valores de bondad de ajuste tanto en hombres como en mujeres. La consistencia interna de los ítems se realizó mediante el  $\alpha$  de Cronbach que fue de 0.81. Respecto a la validez convergente, las puntuaciones globales de la versión española del CD-RISC-10 correlacionaron directamente con el MOS y los componentes físico y mental del SF-12, e inversamente con las de PSS y GDS. Por tanto, la versión española del CD-RISC-10 mostró buenas propiedades psicométricas.

## *Procedimientos estadísticos*

Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones de la IES y del resto de variables y un análisis inferencial para encontrar posibles diferencias entre las variables. Para la validez de constructo se aplicó el Análisis Factorial Exploratorio-EFA y, para verificar la validez de criterio, se calculó el coeficiente de correlación Rho de Spearman y se confirmaron las correlaciones en las puntuaciones de cada sujeto con las medidas de Autoestima y Resiliencia.

## **Resultados**

Los datos de las características de la muestra en cuanto a nivel económico, adscripción a religiones y distribución urbano-rural, fue similar a la reportada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y por el Banco Mundial para la población española.

Respecto al análisis de la fiabilidad y consistencia interna del CIES, los datos avalan la consistencia interna del cuestionario. El alfa de Cronbach global fue de 0.925. La consistencia interna de las subescalas de capacidad también fue alta: Consciencia 0.680; Trascendencia 0.902; Sentido 0.748; Amor 0.678; Perdón 0.772; Gratitud 0.785; Aceptación del Dolor 0.741; Libertad 0.781 y Efectos 0.751.

Estos resultados son similares a los encontrados por Amran y Dryer (2008) en la validación de su Escala ISIS. El alfa de Cronbach global fue de 0.97 y los valores alfa de Cronbach para las subescalas fueron de 0.62 a 0.88, con un valor promedio de 0.75. Asimismo, otra escala de la IES, la Escala de SISRI (King, 2008) presentó un alfa de Cronbach global de 0.83 y sus cuatro dimensiones del mismo oscilaron entre 0.81 y 0.89.

Además, estos datos corroboran los obtenidos en el marco teórico y en el estudio cualitativo previo (Rodríguez-Zafra et al., 2020). Cada una de estas competencias fue reconocida prácticamente por los principales investigadores de la IES como una competencia de la misma (Alonso, 2011; Amram, 2007; Chaktoura 2015; Cloninger, 2004; Day 2006; Draper, 2010; Emmons, 2000; Gómez 2014; Jahani, 2010; King y DeCicco, 2009; MacGilchrist et al., 2004; Maxim, 2008; Nasel, 2004; Noble, 2000; Ronel, 2008; Torralba 2010; Vaughan, 2002; Vázquez, 2012; Villafranca, 2016; Wigglesworth, 2013a, 2013b; Wolman, 2001; Zohar y Marshall, 2000) y por los participantes en la investigación cualitativa, con un número significativo de citas en la codificación del Atlas.ti.7.

El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) permitió comprobar la validez de constructo. Se determinó la fiabilidad (consistencia interna) con un alfa de Cronbach de 0.925. Para las distintas competencias, un alfa de

Cronbach entre 0.650 y 0.750 es aceptable y entre 0.750 y 0.899 es muy bueno. Todas las dimensiones quedaron en este último intervalo o muy próximas después de la reorganización de los ítems.

Previo al Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se comprobó la factibilidad del procedimiento en este caso, calculando el Determinante de R, la esfericidad de Bartlett y el KMO. El determinante obtenido fue de prácticamente 0, el valor KMO fue muy próximo a 1 y la significación de la prueba de esfericidad de Bartlett fue menor de 0.001. Todos los datos indican que el AFE era apropiado para el estudio de la estructura subyacente al cuestionario.

Igualmente, se determinó la unidimensionalidad del cuestionario siguiendo los criterios de Lima et al. (2012):

- Todos los ítems tienen que tener una *r* de Pearson mayor que 0.30 en el primer factor durante la extracción. El primer factor explica una proporción importante de varianza con respecto a los demás factores.

- La varianza total explicada por los factores principales extraídos debe ser mayor del 50 %.

En el procedimiento de factorización aparecen 14 factores con una varianza total explicada del 58.12 %. Se ha seguido el criterio de Hair et al. (2007). En la Tabla 1 se muestra el resultado.

El paso siguiente fue comprobar la agrupación de los 68 ítems en los 14 factores en la matriz obtenida a partir de la rotación Varimax. La dispersión de los datos permitió la agrupación de los ítems. Estos estaban bien representados, con valores superiores a 0.5 en la gran mayoría de los casos o próximos a este valor. Tras la distribución y agrupación de los factores por competencias, se obtuvo la última versión del cuestionario.

**Tabla 1.**

*Resultados del análisis factorial del cuestionario definitivo*

Componentes	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% Acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	14.720	21.647	21.647	14.720	21.647	21.647
2	4.746	6.979	28.626	4.746	6.979	28.626
3	3.384	4.977	33.602	3.384	4.977	33.602
4	2.368	3.483	37.085	2.368	3.483	37.085
5	2.139	3.145	40.230	2.139	3.145	40.230
6	1.830	2.692	42.922	1.830	2.692	42.922
7	1.598	2.350	45.272	1.598	2.350	45.272
8	1.513	2.226	47.498	1.513	2.226	47.498
9	1.404	2.065	49.563	1.404	2.065	49.563
10	1.309	1.924	51.487	1.309	1.924	51.487
11	1.194	1.757	53.244	1.194	1.757	53.244
12	1.151	1.693	54.936	1.151	1.693	54.936
13	1.098	1.615	56.552	1.098	1.615	56.552
14	1.068	1.571	58.123	1.068	1.571	<b>58.123</b>
...						
67	.203	.298	99.712			
68	.196	.288	100.000			

**Tabla 2.***Resultados descriptivos generales del cuestionario, por competencias*

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Percentiles 25	Percentiles 50	Percentiles 75
<i>Consciencia</i>	4.78	0.66	1.50	6.00	4.33	4.83	5.17
<i>Trascendencia</i>	4.36	1.09	1.00	6.00	3.75	4.58	5.29
<i>Sentido</i>	5.13	0.69	2.00	6.00	4.80	5.20	5.60
<i>Compasión-amor</i>	4.64	0.63	2.11	6.00	4.22	4.67	5.11
<i>Perdón</i>	2.96	0.88	0.33	5.83	2.33	2.83	3.50
<i>Gratitud</i>	5.26	0.61	2.57	6.00	4.86	5.43	5.71
<i>Dolor</i>	4.35	0.81	1.00	6.00	3.80	4.40	5.00
<i>Libertad</i>	4.90	0.68	2.00	6.00	4.55	5.00	5.44
<i>Efectos</i>	5.22	0.56	0.75	6.00	4.87	5.25	5.62
<b>Global</b>	4.62	0.48	3.12	5.76	4.31	4.68	5.00

### ***Análisis descriptivos sobre las competencias de la Inteligencia Espiritual***

Como se observa en la Tabla 2 la competencia más valorada fue la Gratitud, seguida de los Efectos o consecuencias derivados de una alta inteligencia espiritual. Además de estas dos, Sentido, Libertad, Consciencia y Compasión-amor se encuentran por encima de la media; Trascendencia, Aceptación del dolor y Perdón por debajo. Esta última es la que obtuvo menor puntuación, con una diferencia significativa superior a dos puntos. Como se señaló anteriormente, los ítems del factor perdón están formulados de forma negativa, mientras que todos –o casi todo el resto– de ítems están formulados de forma positiva.

### ***Análisis diferencial sobre el desempeño de la Inteligencia Espiritual***

El análisis diferencial de las categorías cualitativas y cuantitativas, permitió comparar los resultados con otras investigaciones y variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel económico, nivel formativo, estructura familiar). En los resultados obtenidos al comparar el nivel de estudios con los ingresos económicos, se observó que los participantes con un nivel formativo postgrado recibían más ingresos que el resto. Al comparar el nivel de ingresos por sexo, se observó que los hombres tenían salarios más

altos que las mujeres. Estos datos correlacionan con la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2016, publicada por el INE que son consistentes con los obtenidos en la presente investigación.

Los resultados presentados en la Tabla 3 muestran las diferencias significativas encontradas en la relación entre las puntuaciones obtenidas en las diferentes competencias según las principales variables analizadas.

Las mujeres puntuaron más alto en las competencias: Trascendencia, Compasión-amor, Perdón y Gratitud. Los hombres, en cambio, obtuvieron valores más altos en Libertad y Dolor. A partir del nivel de formación media y hasta la formación de postgrado se observó una progresión creciente en Consciencia, Trascendencia, Libertad y Dolor.

La religión Baha'i-Islam destaca en Trascendencia, Sentido, Compasión-amor, Libertad, Dolor y en la puntuación global. Este grupo estaba configurado, sobre todo, por miembros de la religión Baha'i y por la rama sufi del islamismo; Las religiones Orientales destacaron en Trascendencia, Libertad, Dolor y en la puntuación global; los cristianos ortodoxos puntuaron más alto en Trascendencia, Sentido y en la puntuación global, mientras que los cristianos católicos puntuaron más alto en Trascendencia, Sentido y Compasión-amor. Las personas que se definieron como practicantes de todas las religiones (Todas) obtuvieron puntuaciones altas en Trascendencia, Dolor y en la puntuación global.

**Tabla 3.**

Resumen de los resultados del análisis diferencial de categorías cualitativas y cuantitativas

	Sexo	Nivel económico	Nivel educativo	Religión	Convivencia
<b>Mayor puntuación en la competencia</b>					
<i>Trascendencia</i>	Mujeres		a mayor nivel educativo	Católicos, Islam, Orientales, Ortodoxos, Todas	en piso compartido, en comunidad
<i>Consciencia</i>		a mayor nivel económico	a mayor nivel educativo		
<i>Sentido</i>		a mayor nivel económico		Católicos, Islam, Orientales, Todas	en piso compartido, solos
<i>Compasión /amor</i>	Mujeres			Católicos, Ortodoxos, Islam	en piso compartido, en comunidad
<i>Dolor</i>			a mayor nivel educativo	Islam, Orientales, Todas	en piso compartido, en comunidad
<i>Perdón</i>	Mujeres				
<i>Gratitud</i>	Mujeres				
<i>Libertad</i>		a mayor nivel económico	a mayor nivel educativo	Orientales	en piso compartido, solos
<b>Puntuación Global</b>	Mujeres		a mayor nivel educativo	Islam, Orientales, Ortodoxos, Todas	en piso compartido, en comunidad

Las personas que compartían piso o vivían en comunidad puntuaron significativamente más alto en Trascendencia, Sentido, Compasión-amor, Dolor y en la puntuación global.

En cuanto a las relaciones entre las competencias la Tabla 4 muestra los resultados de las correlaciones de cada una de ellas con el resto.

**Tabla 4.**

Análisis de correlaciones. Competencias

	1	2	3	4	5	6	7
1. <i>Trascendencia</i>	-						
2. <i>Sentido</i>	.510**	-					
3. <i>Compasión-Amor</i>	.568**	.461**	-				
4. <i>Gratitud</i>	.499**	.599**	.545**	-			
5. <i>Dolor</i>	.535**	.578**	.494**	.542**	-		
6. <i>Libertad</i>	.455**	.639**	.425**	.598**	.670**	-	
7. <i>Efectos</i>	.381**	.608**	.482**	.645**	.568**	.598**	-
<b>GLOBAL</b>	.824**	.716**	.758**	.739**	.723**	.724**	.679**

**Tabla 5.**

*Matriz de distancias obtenidas entre las competencias de la IES.*

Caso	Archivo matricial de entrada									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. Consciencia	-									
2. Transcendencia	.361	-								
3. Sentido	.374	.469	-							
4. Compasión-Amor	.358	.592	.427	-						
5. Perdón	-.181	-.072	-.237	.027	-					
6. Gratitud	.411	.495	.519	.560	-.155	-				
7. Dolor	.433	.491	.579	.481	-.299	.515	-			
8. Libertad	.467	.432	.619	.410	-.220	.560	.688	-		
9. Efectos	.374	.346	.553	.410	-.216	.560	.537	.563	-	

Para valorar mejor el conjunto de relaciones entre los distintos factores se llevó a cabo un Análisis de Conglomerados. La Tabla 5 presenta la Matriz de distancias obtenida entre las competencias de la IES.

La medición de similitud permitió la obtención de los conglomerados y el dendograma muestra las vinculaciones medias entre los factores recogidas en la Figura 1.

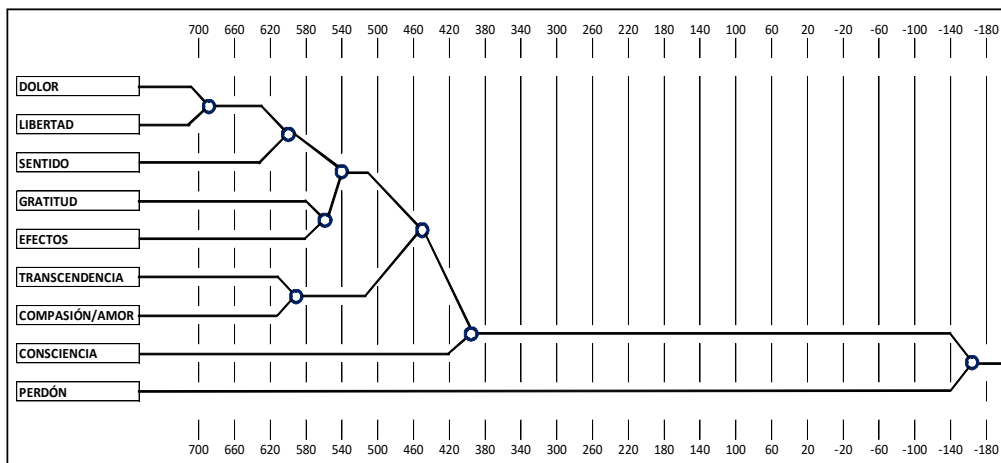
Estos resultados muestran que los dos factores con mayor similitud en sus patrones de respuesta son los factores de Dolor y Libertad. Estas dos competencias muestran ma-

yor similitud con Sentido que con el resto de factores, conformando un nuevo grupo de mayor similitud. Los resultados muestran también la mayor similitud entre los factores Transcendencia y Compasión-amor, así como entre Gratitud y Efectos. Por último, se agrupan Consciencia y Perdón.

Para verificar la validez de criterio se halló el coeficiente de correlación de los rasgos de Spearman y se relacionaron las puntuaciones de cada sujeto con las variables Autoestima y Resiliencia.

**Figura 1.**

*Dendograma, vinculaciones medias entre los factores.*



Estas variables criterio han sido seleccionadas en función del respaldo alcanzado por otros estudios de IES en la revisión bibliográfica realizada (Furnham y Ward, 2001; Keshavarzi y Yousefi, 2012; Narayanan y Jose, 2011; Olson, 2008) y de las garantías psicométricas que ofrecen los cuestionarios RSQ y CD-RISC-10.

Los resultados recogidos en la Tabla 6, confirmaron la relación significativa entre la puntuación global del CIES y la Escala de Resiliencia. Los resultados señalan una correlación positiva entre ambos constructos observada por otros autores (Jung et al., 2016; Keshavarzi y Yousefi, 2012; Narayanan y Jose, 2011).

**Tabla 6.**

*Análisis de correlaciones entre el CIES, Resiliencia y Autoestima (Rho de Spearman) (N=528)*

	CIES	Resiliencia	Autoestima
Resiliencia	<b>.364**</b>	-	
Autoestima	-.011	.085	-

En cambio, no aparece una relación significativa entre la puntuación global del CIES y el Cuestionario de Autoestima. Sin embargo, cuando se relacionaron las escalas de Autoestima con cada uno de los factores del CIES correlaciona positivamente con Sentido y con Efectos y ne-

gativamente con Perdón. Este hallazgo es consistente con distintas investigaciones (Benedict-Montgomery, 2014; Furnham y Ward, 2001; Neto y Furnham, 2011; Olson, 2008). Olson (2008), concretamente, establece una correlación positiva entre bienestar espiritual (Efectos) y autoestima.

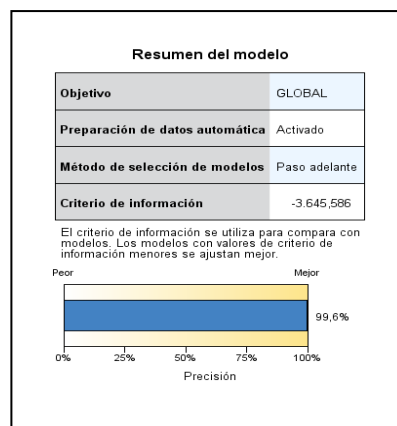
La correlación con los datos de las Escalas de Resiliencia y Autoestima aportan nueva evidencia empírica sobre la validez del CIES.

En el análisis de regresión multivariante realizado se obtuvo un coeficiente de determinación del 99.6 %. Los resultados de este análisis se presentan en la Figura 2.

La regresión es óptima, precisa y la proporción de varianza explicada es potente. Esto confirma los resultados obtenidos en el análisis factorial y muestra la capacidad de predicción de la puntuación global a partir de cada uno de los factores. En definitiva, es posible ofrecer una versión corta del CIES que explica el 80.6 % de la información y consta de 37 ítems de las competencias Trascendencia, Perdón, Compasión-amor y Libertad. Aunque dada la extensión del cuestionario, se considera que es mejor utilizar la versión del CIES de 68 ítems que permite aportar un perfil competencial más completo.

**Figura 2.**

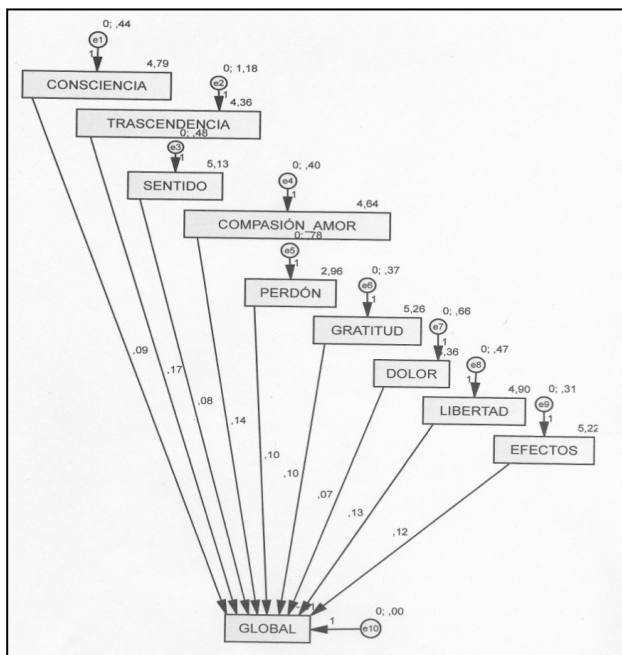
*Coefficiente de determinación*



Además, se calculó el peso de cada uno de los factores independientemente de lo que comparten con los demás, mediante la aplicación de ecuaciones estructurales. De esta manera, se computó la contribución de cada factor en la puntuación global del CIES. Los resultados de este análisis se presentan en la Figura 3. Las diferencias entre los factores son escasas. El factor Trascendencia es el que más contribuye y el factor que menos Dolor aunque la mayoría están en torno al 0.10. Por tanto, la mayor diferencia se encuentra entre Dolor con 0.7 y Trascendencia con 1.7. En definitiva, todos los factores contribuyen a la puntuación global permitiendo concluir que el CIES es un cuestionario equilibrado.

**Figura 3.**

*Distribución de las aportaciones de las competencias a la puntuación total del CIES*



Adicionalmente, se llevó a cabo un proceso de baremación que para comparar la puntuación directa de la persona que realice el CIES con el grupo normativo que ha permitido la validación del mismo. La Tabla 7 presenta los resultados básicos de la baremación del CIES.

**Tabla 7.**

*Resultados generales estadísticos de la baremación del CIES*

Estadísticos		
N	Válido	528
Media		313.19
Desviación estándar		32.93
Mínimo		215
Máximo		387
Percentiles	25	292
	50	315
	75	339

El análisis de la media, la desviación típica, el mínimo y el máximo junto con los percentiles de la muestra determinaron el baremo del Cuestionario. Se establecieron tres niveles de competencia global en el cuestionario CIES: un nivel Inteligencia Espiritual bajo, (272 puntos o menos en la escala, medio (entre 273 y 340 puntos) y alto (341 o más puntos).

A partir del análisis diferencial con las nuevas categorías obtenidas en el proceso de baremación exploratoria del cuestionario, se deducen provisionalmente estas conclusiones:

- Los participantes que ingresan menos de 1000 euros mensuales puntúan bajo en el CIES, en cambio, los que tienen más de 3000 euros obtienen las puntuaciones más altas en la escala.
- Los participantes que viven en comunidad presentan puntuaciones más altas en el CIES.
- La IES es más baja hasta los 43 años, es media entre los 47-48 años y es alta a partir de los 50 años. Stockstill (2000), en su estudio sobre inteligencias múltiples, obtiene resultados similares: la madurez espiritual aumenta con la edad.

Este análisis diferencial ha permitido compararlos con otras investigaciones y variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel económico, nivel formativo, estructura familiar) que confirman los resultados y añaden una nueva evidencia empírica de la validez del CIES.

## Conclusiones

Al inicio de esta investigación se planteó elaborar y validar un cuestionario que permitiera operativizar y evaluar la IES. Se puede concluir que se ha logrado este propósito; se ha definido el concepto de Inteligencia Espiritual, determinado nueve competencias y construido un instrumento de medida validado en la muestra obtenida.

El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) ha permitido comprobar la validez de constructo. En el procedimiento de factorización aparecieron 14 factores con una varianza total explicada de más del 58 %. La dispersión de los datos permitió la agrupación de los ítems en 9 competencias. Estos están bien representados en el cuestionario.

En el análisis de regresión multivariante realizado se obtuvo que la regresión es óptima, precisa y la proporción de varianza explicada es potente. Esto confirma los resultados obtenidos en el análisis factorial y muestra la capacidad de predicción de la puntuación global a partir de cada uno de los factores.

Asimismo, el CIES es una escala equilibrada, en la que todos los factores contribuyen equilibradamente a la puntuación global.

El cuestionario CIES permite comparar la puntuación directa de la persona que lo realice con el grupo normativo de validación. El baremo del Cuestionario, al menos de manera exploratoria y provisional, permite diferenciar entre 3 niveles de Inteligencia Espiritual.

Finalmente, se examinaron las relaciones entre la IES, la resiliencia y la autoestima. La correlación con los datos de las Escalas de Resiliencia y Autoestima aportan evidencia empírica sobre la validez de criterio del CIES. Este hallazgo es consistente con distintas investigaciones similares (Benedict-Montgomery, 2014; Furnham y Ward, 2001; Neto y Furnham, 2011; Olson, 2008; Prieto-Ursúa et al., 2012). Aunque los resultados del análisis de la relación de la IES con la resiliencia y la autoestima, aportan evidencia empírica sobre la validez del cuestionario, indican también la conveniencia de seguir profundizando en el estudio de estas relaciones.

Sería interesante replicar los resultados de este estudio en muestras más amplias con porcentajes más altos de participantes de otras religiones y con un número más igualado de mujeres y hombres, que permitan generalizar aún más los resultados de la investigación.

De cara al futuro de este campo de investigación, el reto más arduo es la inclusión de la inteligencia espiritual y sus competencias en educación. Países anglosajones como Gran Bretaña y Canadá han incorporado el desarrollo de esta inteligencia en sus sistemas educativos (González, 2009). Reconocen así la importancia de estas competencias básicas para el desarrollo de todas las inteligencias y el crecimiento pleno e integral de toda persona. Un campo especialmente interesante de estudio es el diseño de los programas más efectivos para el cultivo y el desarrollo de cada una de las competencias: trabajar estas competencias espirituales hace posible una educación realmente más integral e integradora (Sisk, 2008; Sisk y Torrance, 2002). Sisk (2008) elaboró un programa de crecimiento en IES en secundaria, lo puso en práctica y midió los resultados. Los estudiantes obtuvieron puntuaciones más altas en el post-test que en el pre-test determinando así que el programa aumentó su conciencia y comprensión de los rasgos de la IES.

Distintas investigaciones (Hofmann y Walach, 2011; Magaldi-Dopman et al., 2011) informan de la importancia de la espiritualidad en los dos tercios de los psicoterapeutas con experiencia práctica, buena formación y acreditados, que trabajan tanto en el sistema público como privado, con resultados similares en Alemania y en Estados Unidos. Aunque en Europa y Alemania, en particular, se considera que los temas espirituales y religiosos tienen influencia sobre los individuos y consideran que es un gran recurso para la estabilidad y salud psicológica de las personas (Kohl et al., 2009; Kohls y Walach, 2007). Como se señala en estas investigaciones, un número significativo de psicoterapeutas consideran espiritualidad y religión fundamentales para el tratamiento, la práctica y la formación terapéutica. Los resultados de estas investigaciones confirman la necesidad de programas de formación de psicología y psicoterapia que presten atención adicional a la integración de dimensiones espirituales y religiosas. Los sesgos y prejuicios espirituales y religiosos de clientes y psicoterapeutas no han sido explorados ampliamente, pero



algunas investigaciones sugieren su impacto en el trabajo terapéutico (Pesut et al., 2008). La espiritualidad y la religión están siendo incluidas en el ámbito de la terapia familiar. (Carlson et al., 2002; Erickson et al., 2002). Se aprecia una diferencia claramente significativa entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas sobre la importancia que asignan a lo espiritual o religioso en la terapia y en la formación de los terapeutas y se constata que la supervisión en estos temas es un imperativo ético para el campo.

Igualmente, se considera importante para futuras investigaciones valorar la implicación de la IES en organizaciones y empresas. Ya hay iniciativas significativas en el liderazgo empresarial, la responsabilidad social corporativa y los modelos económicos sostenibles (Villafranca, 2016; Wigglesworth, 2013a, 2013b).

## Referencias

- Alonso, A. (2011). *Pedagogía de la Interioridad* [Pedagogy of Interiority]. Narcea.
- Amram, Y. (2007, agosto). *The Seven Dimensions of Spiritual Intelligence: An Ecumenical Grounded Theory*. Paper presented at the 115th Annual Conference of the American Psychological Association, San Francisco, CA. <http://www.yosiamram.net/papers>
- Amran, Y. y Dryer, D. C. (2008). *The Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS): Development and Preliminary Validation*. Paper presented at the 116th Annual Conference of the American Psychological Association, Boston.
- Benedict-Montgomery, M. M. (2014). *Our Spirits, Ourselves: The relationships between Spiritual Intelligence, Self-compassion, and Life Satisfaction* [Tesis doctoral], Alliant International University, USA.
- Cabero, J. y Llorente, M. C. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información (TIC) [The Experts Judgment Application as a Technic Evaluate Information and Communication Technology (ICT)]. *Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7(2), 11-22.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. Oxford University Press.
- Carlson, T. D., Kirkpatrick, D., Hecker, L. y Killmer, M. (2002). Religion, Spirituality, and Marriage and Family Therapy: A Study of Family Therapists' Beliefs about the Appropriateness of Addressing Religious and Spiritual Issues in Therapy. *American Journal of Family Therapy*, 30(2), 157-171. <https://doi.org/10.1080/019261802753573867>
- Chaktoura, E. (2015). *Inteligencia espiritual: para atrevernos a vivir la vida que queremos*. Grijalbo.
- Connor, K. M. y Davidson, R. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Day, C. (2006). *Pasión por enseñar. La identidad personal y profesional del docente y sus valores*. Narcea.
- Draper, B. (2010). *La Inteligencia Espiritual: un nuevo modo de ser*. Sal Terrae.
- Emmons, R. A. (2000). Spirituality and Intelligence: Problems and Prospects. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 57-64. [https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001\\_6](https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1001_6)
- Erickson, M. J., Hecker, L., Kirkpatrick, D., Killmer, M. y James, E. (2002). Clients' Perceptions of Marriage and Family Therapists Addressing the Religious and Spiritual Aspects of Clients' Lives: A Pilot Study. *Journal of Family Psychotherapy*, 13(1-2), 109-125. [https://doi.org/10.1300/J085v13n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J085v13n01_06)
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres

- condenados por violencia grave contra la pareja [Personality Disorders and Psychopathy in Men Convicted for Severe Intimate Partner Violence]. *Psicothema*, 20(2), 193–198.
- Furnham, A. y Ward, C. (2001). Sex Differences, Test Experience and the Self-estimation of Multiple Intelligences. *New Zealand Journal of Psychology*, 30(2), 52–59.
- Gómez, I. (2014). *Educación la inteligencia espiritual. Recursos para la clase de Religión*. Khaf.
- González, P. (2009). *Reflexiones en torno a la competencia espiritual: la dimensión espiritual y religiosa en el contexto de las Competencias Básicas Educativas*. Escuelas Católicas.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (2007). *Análisis multivariante* [Multivariate Analysis]. Pearson.
- Hofmann, L., y Walach, H. (2011). Spirituality and Religiosity in Psychotherapy. A Representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21(2), 179–192. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.536595>
- Jahani (2010). *The Relationship between Self efficacy and Irrational Beliefs with General Health among University Students of Imam Khomeini University*. International University of Imam Khomeini.
- Jung Y. H., Ha T. M., Oh C. Y., Lee U. S., Jang J. H., Kim J., Park J. O. y Kang D. H. (2016). The Effects of an Online Mind-Body Training Program on Stress, Coping Strategies, Emotional Intelligence, Resilience and Psychological State. *PLoS ONE*, 11(8), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159841>
- Keshavarzi, S. y Yousefi, F. (2012). The Relationship between Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence, and Resilience. *Journal of Psychology*, 16(3), 299–318.
- King, D. B. (2008). *Rethinking Claims of Spiritual Intelligence: A definition, Model, and Measure* [Tesis de Máster], Trent University, Canada.
- King, D. B. y DeCicco, T. L. (2009). A Viable Model and Self-report Measure of Spiritual Intelligence. *International Journal of Transpersonal Studies*, 28(1), 68–85.
- Kohls, N. y Walach, H. (2007). Psychological Distress, Experiences of Ego Loss and Spirituality: Exploring the Effects of Spiritual Practice. *Social Behavior and Personality*, 35(10), 1301–1316 <https://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.10.1301>
- Kohls, N. Walach, H. y Wirtz, M. (2009). The Relationship between Spiritual Experiences, Transpersonal Trust, Social Support, and Sense of Coherence and Mental Distress—A Comparison of Spiritually Practising and Non-Practising Samples. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(1), 1–23.
- Lima Rodríguez, J. S., Lima Serrano, M., Jiménez Picón, N. y Domínguez Sánchez, I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar [Reliability and Construct Validity of an Instrument to Assess the Self-perception of Family Health Status]. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5), 509–521.
- MacGilchrist, B., Reed, J. y Myers, K. (2004). *The Intelligent School*. Sage.
- Magaldi-Dopman, D., Park-Taylor, J. y Ponterotto, J. G. (2011). Psychotherapists' Spiritual, Religious, Atheist or Agnostic Identity and their Practice of Psychotherapy: A Grounded Theory Study. *Psychotherapy Research*, 21(3), 286–303. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.565488>.
- Martín-Sánchez, A., Rodríguez-Zafra, M. y Cenicerros-Estévez, J. C. (2020). Definición y Competencias de la Inteligencia Espiritual. Estudio Cualitativo [Definition and Competences of Spiritual Intelligence. Qualitative Study]. *Acción*

- Psicológica*, 17(2), 83–102.  
<https://doi.org/10.5944/ap.17.2.29527>
- Martínez-Arias, R. Castellanos, M.A. y Chacón, J.C. (2014). *Métodos de Investigación en Psicología* [Research Methods in Psychology]. EOS.
- Maxim, M. (2008). Spiritual Intelligence in Executive Coaching. *Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*. Special Issue 4, October.
- Narayanan, A. y Jose, T. P. (2011). Spiritual intelligence and resilience among Christian youth in Kerala. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 37(2), 263–268.
- Neto, F. y Furnham, A. (2011) Sex Differences in Parents' Estimations of their Own and their Children's Multiple Intelligences: A Portuguese Replication. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (1), 99–110.  
[https://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2011.v14.n1.8](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.8)
- Noble, K. D. (2000). Spiritual Intelligence: A New Frame of Mind. *Advanced Development Journal*, 9, 1–29.
- Olson, L. G. (2008). *An Investigation of Factors that Influence Academic Achievement in Christian Higher Education: Emotional Intelligence, Self-esteem, and Spiritual Well-being* [Tesis doctoral], Capella University, USA.
- Pesut, B., Fowler M., Taylor E. J, Reimer-Kirkham, S. y Sawatzky R. (2008). Conceptualising Spirituality and Religion for Healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2803–2810.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02344.x>
- Peterson, C., y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Classification and Handbook*. Oxford University Press.
- Prieto-Ursúa, M., Galán, M. J. C., de Gregorio, V. C., Gismero, E., González, M., y San Roque, I. M. (2012). El Perdón como Herramienta Clínica en Terapia Individual y de Pareja [Clinical Use of Forgiveness in Individual and Marital Therapy]. *Clínica*, 3(2), 121–134.
- Ronel, N. (2008). The Experience of Spiritual Intelligence. *Journal of Transpersonal Psychology*, 40(1), 100–119.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M., y Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validez de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados [Validity of the Connor-Davidson Resilience Scale (10 items) in a Population of Elderly]. *Enfermería Clínica*, 23(1), 14–21.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.006>
- Sisk, D. A. y Torrance, E. P. (2002). *Spiritual Intelligence: Developing Higher Consciousnesses*. Creative Education Foundation Press.
- Sisk, D. (2008). Engaging the Spiritual Intelligence of Gifted Students to Build Global Awareness in the Classroom. *Roeper Review A Journal on Gifted Education*, 30(1), 24–30.  
<https://doi.org/10.10800278319070>
- Stockstill, D. B. (2000). *Intelligence and Faith in Adolescents: A Study of the Relationship between Multiple Intelligences and Faith Formation during Adolescence* [Tesis doctoral], The Union Institute, USA.
- Torralba, F. (2010). *Inteligencia Espiritual* [Spiritual Intelligence]. Plataforma.
- Vázquez, J. L. (2012). *Contemplación e Inteligencia Espiritual* [Contemplation and Spiritual Intelligence]. Imprenta Kadmos.

- Vaughan, F. (2002). What is Spiritual Intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, 42(2), 16–33.
- Villafranca, E. (2016). *La Responsabilidad Social, Producto de Nuestra Inteligencia Espiritual: Lecciones aprendidas para crear negocios sostenibles*. Jonathan Sibaja Rodríguez.
- Wigglesworth, C. (2013a). *Las 21 aptitudes de la inteligencia espiritual: un paso más allá de la inteligencia emocional*. Grijalbo.
- Wigglesworth, C. (2013b). Spiritual Intelligence. En J. Neal (Ed.), *Handbook of Faith and Spirituality in the Workplace: Emerging Research and Practice* (pp. 441–453). Springer.
- Wolman, R. N. (2001). *Inteligência espiritual* [Spiritual Intelligence]. Ediouro.
- Zohar, D. y Marshall, I. (2000). *Inteligencia Espiritual* [Spiritual Intelligence]. Plaza & Janes.

## Anexo A

### CUESTIONARIO DE INTELIGENCIA ESPIRITUAL (CIES).

#### VERSIÓN DEFINITIVA.

#### Competencias del CIES

##### ITEMS

#### Consciencia

1. Puedo concentrarme y escuchar con atención y profundidad.
2. Me doy cuenta de lo que experimento interiormente durante una conversación o una tarea.
3. Puedo aceptar aspectos aparentemente contradictorios de la vida.
4. Siento mi propia vulnerabilidad.
5. Puedo diferenciar mis sentimientos de los sentimientos de otras personas.
6. Acepto mis limitaciones: ni puedo, ni sé todo.

#### Trascendencia

7. Soy capaz de descubrir la presencia del Misterio en las personas, en la vida, en el universo.
8. Recorro a la confianza, a la fe en una fuerza que va más allá de mí cuando enfrento los problemas de la vida.
9. Me apoyo en algunas experiencias extraordinarias o trascendentes para lidiar con los problemas cotidianos.
10. Tengo experiencias sensitivas o espirituales que muestran una unidad profunda a pesar de la aparente separación.
11. Experimento una conexión con Alguien o con Algo mayor.
12. Comprometerme con alguien o con algo que va más allá de mí, me ayuda a ir descubriendo aspectos de mí mismo.
13. Creo que existe una dimensión trascendente, espiritual en las personas, en la vida.
14. Siento una Presencia amorosa que envuelve todo.
15. Practico algún método que me ayuda a ser más consciente (meditación, contemplación, atención plena, relajación...).
16. Creo que la capacidad de amar de verdad es la clave de toda espiritualidad auténtica.
17. Busco la serenidad interior y exterior como un modo de estar en la vida.
18. Me hago preguntas sobre la existencia, el dolor, la muerte, el bien o el mal y busco respuestas.

### **Sentido**

19. Aprendo de las dificultades pasadas y las utilizo para afrontar nuevas dificultades.
20. Me merece la pena seguir viviendo: encuentro motivos cada día.
21. Tomo decisiones que van conformando mi vida hacia un propósito.
22. Encontrar un sentido en la vida me ayuda a afrontar las situaciones dolorosas.
23. Afronto la vida con confianza y esperanza.

### **Compasión-Amor**

24. Creo que el amor a los demás está relacionado con el amor a sí mismo.
25. El amor busca el bien común con actuaciones concretas.
26. Necesito una persona que me guíe y me proteja.
27. Siento compasión por los sufrimientos y las esperanzas que todos compartimos, aunque tengamos una visión de la vida diferente.
28. Me comprometo responsablemente de acuerdo con mis creencias y mis principios.
29. Me duele el sufrimiento de otras personas y deseo poder aliviarlo.
30. Dedico tiempo y recursos a ayudar a otras personas sin esperar que hagan lo mismo conmigo.
31. Pido ayuda para aliviar o acabar con el dolor.
32. Me siento mejor cuando comparto mis penas y encuentro apoyo y consuelo.

### **Perdón**

33. Soy incapaz de perdonarme mis fallos y errores.
34. Me critico continuamente cuando hago algo mal.
35. Siento una rabia, un resentimiento continuo hacia quienes me han hecho daño.
36. Cuando me hacen daño pienso en ello una y otra vez.
37. Guardo todas las situaciones negativas que he sufrido sin pasar página.
38. Dedico mucho tiempo a ver si los demás me quieren o me valoran.
39. Cuando estoy lejos de las personas que amo siento inquietud, angustia y necesito estar en contacto con ellas constantemente.

### **Gratitud**

40. Agradezco mucho cuando personas que apenas conozco me ayudan amablemente.
41. Valoro que alguien haga algo por mí, aunque sea sólo un gesto.
42. Doy las gracias a menudo cuando me ayudan en algo.
43. Me doy cuenta de las muchas cosas que he de agradecer.
44. Soy consciente de las pequeñas cosas que me ocurren y que son para mí un verdadero regalo.
45. Incluso en momentos dolorosos de mi vida, siento agradecimiento por haber tenido fuerzas para superarlo o haber encontrado un sentido.
46. Siento un impulso fuerte para seguir creciendo más plenamente.

### **Dolor**

47. Me doy ánimo para aguantar las experiencias dolorosas que no puedo evitar.
48. Tengo recursos personales y sociales para enfrentar las experiencias dolorosas que acontecen en la vida.
49. Puedo llegar a comprender a personas que me han herido.
50. Puedo tomar cierta distancia de las circunstancias y elegir cómo reaccionar.

51. Siento paz aún en medio de situaciones dolorosas o estresantes.

### **Libertad**

52. Dedico tiempo para darme cuenta de lo que me condiciona y lo que quiero realmente cuando tomo decisiones importantes.

53. Tengo mi propio código de valores que orienta mi conducta.

54. Me siento más libre cuanto más me conozco y más comprendo mi propia historia y mis circunstancias.

55. Puedo elegir, al menos, la actitud con la que vivir las circunstancias que me tocan.

56. Siento que soy el dueño de mi vida a pesar de condicionamientos, factores externos o internos.

57. Me he liberado de falsas creencias que aprendí en mis otras etapas de mi vida.

58. Busco conocerme y comprenderme cada vez más y mejor.

59. Al tomar una decisión tengo en cuenta lo que intuyo, lo que pienso y lo que siento

60. Intento saber qué puedo hacer para evitar el sufrimiento inútil.

### **Efectos de la IES**

61. Confío que, al final, todo irá bien.

62. Me responsabilizo de mis ideas, sentimientos y comportamientos.

63. Soy feliz cuando hago algo bueno por los demás.

64. El sentido del humor me permite relativizar los problemas.

65. Aprecio la belleza que encuentro en las personas, la vida...

66. Disfruto las pequeñas cosas de la vida como un paseo o una comida.

67. Tengo relaciones significativas y duraderas que cuido.

68. Sé que las experiencias dolorosas forman parte de la vida tarde o temprano.

## **THE STUDY OF SPIRITUAL INTELLIGENCE II: AN INSTRUMENT FOR EVALUATING THEIR COMPETENCE PERFORMANCE**

ANTONIA MARTÍN-SÁNCHEZ, MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA Y  
JUAN CARLOS CENICEROS-ESTÉVEZ<sup>1</sup>

### **EXTENDED SUMMARY**

In the first part of this research, Martín-Sánchez et al. (2020), literature on Spiritual Intelligence (SI) was analyzed and, jointly with the qualitative study, has allowed to define and specify the SI competences. After this research, Spiritual Intelligence was defined as a system of capacities necessary for the deep understanding of questions of meaning and meaning that make possible the in-

tegration of all the dimensions of the person, the resolution of existential problems, the transcendence and the transformation of the everyday reality through high levels of consciousness and ethical coherence. This intelligence was operationalized in nine competencies: Consciousness, Transcendence, Meaning, Compassion-love, Acceptance of pain, Forgiveness, Gratitude, Freedom and Effects.

In this second study, the process and results of the construction of a questionnaire for the measurement of SI are presented and the results of the verification and contrast phase of the results are collected.

Thanks to the analysis of the study of the concept of SI carried out from the existing literature and to the qualitative research collected in Martín-Sánchez et al. (2020), the first version of the questionnaire was prepared. 118 items were drafted that operationalize the nine competencies that make up the definition of SI. The first version of the questionnaire was subjected to the following analyzes and checks of theoretical and technical quality to ensure the validity and reliability of the data, before its final application: Validity of the design and content of the questionnaire, Analysis of the reliability and internal consistency of the questionnaire (Pilot test) and Validation of the construct.

The content validation process was carried out by submitting the questionnaire to the Expert Judgment Technique and, specifically, to the individual aggregate method (Cabero & Llorente, 2013). To do this, each expert was asked individually to give a direct estimate of the probability of success or failure in the proposed demographic data and in each of the items describing the competencies of the SI. To this end, the CIES evaluation instrument was developed for the validation of the experts. In it, they were presented with the objective of the research together with the recipients of the same, the sections of the instrument (demographic data and the items associated with each of the estimated competencies of the SI) and the additional norms for validation. Next, they were asked to rate the defining items for each competency (the relevance and clarity of each of them on a scale of 1 to 5) and make observations. This document was sent to six specialist experts in Spirituality, Psychology and Research Methods. All the items valued below four points were discarded and all the contributions made by the experts in the writing of any of the statements were collected. Therefore, CIES was reduced to 104 items out of 118 initials.

After validation of the design and the contents of the questionnaire by the six experts specialized in Spirituality, Psychology and Research Methods, its reliability and internal consistency were assessed through a pilot test. The sample for this pilot test consisted of 53 participants selected by the snowball procedure. To do this, an online questionnaire was constructed and sent to an initial group of participants who were asked to forward it, in turn, to

other people. Once the sociodemographic data of the pilot sample had been reviewed, the total reliability of the questionnaire and the reliability of each of the competences were calculated. The global Cronbach's alpha, 0.888, was estimated, a high value that indicates a high reliability of the questionnaire that allows us to deduce that all the items measure the same aspect. To perform the analysis and selection of the most representative items for each competence, the correlation of each item with the total was found. The criteria used to select the items was to eliminate those that least correlated with the total and their absence improved the internal consistency achieved. The global Cronbach's alpha was, in this pilot test, 0.888 with the 104 items and 0.941 with the 68 items finally selected. The reliability index of the competences of this latest version of the CIES is situated in a range that goes from 0.652 to 0.921.

Once the questionnaire had been refined with the data obtained in the pilot test, the last phase of validation of the questionnaire was carried out. The definitive version of the CIES online was built and sent to a series of participants and they were asked to forward it, in turn, to other people, following the non-probability sampling procedure, as in the pilot test. A snowball sampling was chosen and, therefore, the fundamental criterion in the selection of the sample was accessibility. In the initial submissions, heterogeneous informants were sought, representative of various spiritual currents, ages, sexes, economic and educational levels. The anonymity of the participants and the confidentiality of the demographic data requested were guaranteed, as well as respect for the ethical principles that all research must respect (Martínez-Arias et al., 2014).

The statistical package SPSS Statistics 24 was used for the analysis of the data collected in the database. For the differential analysis a confidence level of 95 % was taken into account.

The final sample consisted of 528 participants, 132 men and 396 women, which represents 25 % and 75 % respectively in percentages. The variability of the ages of the participants ranged between 18 and 88 years, the average being 47 years of age, with a standard deviation of 13. Regarding the economic level, 76 % did not exceed a salary of 2000 euros per month and less than 6% exceeded 3000

euros per month. The level of study of the participants was high: 81% had higher and / or postgraduate training; only 3 % had primary education. Regarding the religious trend or religion, the largest group defined themselves as Catholic Christian with 68 %, followed by those who affirm that they did not ascribe to any religion with 20 %. 2 % acknowledged that they practiced all or that they kept "the best of each one". The other religions complete the rest. The average number of people with whom the participants lived was two; and, regarding the place of residence, 81 % of the sample lived in a city compared to 19 % who lived in a town.

A descriptive analysis of the SI scores and the rest of the variables and an inferential analysis were carried out to find possible differences between the variables. For the construct validity, the Exploratory Factor Analysis-EFA was applied and, to verify the criterion validity, the Spearman Rho correlation coefficient was calculated and the correlations in the scores of each subject were confirmed with the measures of Self-esteem and Resilience.

Regarding the analysis of the reliability and internal consistency of the CIES, the data support the internal consistency of the questionnaire. The global Cronbach's alpha was 0.925. The internal consistency of the ability subscales was also high: Consciousness 0.680; Transcendence 0.902; Sense 0.748; Love 0.678; Sorry 0.772; Gratitude 0.785; Acceptance of Pain 0.741; Freedom 0.781 and Effects 0.751.

The Exploratory Factor Analysis (EFA) allowed to check the construct validity. Reliability (internal consistency) was determined with a Cronbach's alpha of 0.925. For the different competences, a Cronbach's alpha between 0.650 and 0.750 is acceptable and between 0.750 and 0.899 is very good. All the dimensions were in the latter interval or very close after the reorganization of the items. Likewise, the unidimensionality of the questionnaire was determined following the criteria of Lima et al. (2012).

In the factoring procedure, 14 factors appeared with a total explained variance of 58.12 %. The next step was to check the grouping of the 68 items in the 14 factors in the matrix obtained from the Varimax rotation. The dispersion

of the data allowed the grouping of the items. These were well represented, with values higher than 0.5 in the vast majority of cases or close to this value. After the distribution and grouping of the factors by competences, the latest version of the questionnaire was obtained.

The most valued competence was Gratitude, followed by the Effects or consequences derived from a high spiritual intelligence. In addition to these two, Sense, Freedom, Consciousness and Compassion-love are above average; Transcendence, Acceptance of pain and Forgiveness below. The latter is the one that obtained the lowest score, with a significant difference of more than two points.

The CIES questionnaire makes it possible to compare the direct score of the person who performs it with the normative validation group. The scale of the Questionnaire, at least in an exploratory and provisional way, allows to differentiate between 3 levels of Spiritual Intelligence.

Facing the future of this field of research, the most arduous challenge is the inclusion of SI and its competences in education. Anglo-Saxon countries such as Great Britain and Canada have incorporated the development of this intelligence in their educational systems (González, 2009). They thus recognize the importance of these basic competencies for the development of all intelligences and the full and comprehensive growth of every person. A particularly interesting field of study is the design of the most effective programs for the cultivation and development of each of the competencies: working on these spiritual competencies makes a truly more comprehensive and inclusive education possible (Sisk, 2008; Sisk & Torrance, 2002). Sisk (2008) developed a growth program in secondary schools, put it into practice and measured the results. The students obtained higher scores in the post-test than in the pre-test, thus determining that the program increased their awareness and understanding of the features of the SI.

Different investigations (Hofmann & Walach, 2011; Magaldi-Dopman et al., 2011) report the importance of spirituality in two thirds of psychotherapists with practical experience, good training and accredited, who work in both the public and private systems, with similar results in Germany and the United States. Although in Europe and



Germany, in particular, spiritual and religious issues are considered to influence individuals and are considered to be a great resource for the stability and psychological health of people (Kohl et al., 2009; Kohls & Walach, 2007). As noted in these investigations, a significant number of psychotherapists consider spirituality and religion fundamental to treatment, practice and therapeutic training. The results of these investigations confirm the need for psychology and psychotherapy training programs that pay additional attention to the integration of spiritual and religious dimensions. The spiritual and religious biases and biases of clients and psychotherapists have not been widely explored, but some research suggests their impact on therapeutic work (Pesut et al., 2008). Spirituality and religion are being included in the realm of family therapy. (Carlson et al., 2002; Erickson et al., 2002). There is a clearly significant difference between therapists of different theoretical orientations on the importance they assign to the spiritual or religious in therapy and in the training of therapists and it is verified that supervision in these issues is an ethical imperative for the field.

Likewise, it is considered important for future research to assess the involvement of SI in organizations and companies. There are already significant initiatives in business leadership, corporate social responsibility, and sustainable economic models (Villafranca, 2016; Wigglesworth, 2013a, 2013b).

# ¿POR QUÉ MOTIVOS SE ESFUERZAN LOS ESTUDIANTES EN EDUCACIÓN PRIMARIA?: UN ESTUDIO DE LA ORIENTACIÓN MOTIVACIONAL POR CURSO Y SEXO

## FOR WHAT REASONS DO STUDENTS STRIVE IN PRIMARY EDUCATION?: A STUDY OF MOTIVATIONAL ORIENTATION BY COURSE AND SEX

HÉCTOR GALINDO-DOMÍNGUEZ<sup>1</sup> Y  
MAITANE PEGALAJAR-MÉNDEZ<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Galindo-Domínguez, H. y Pegalajar-Méndez, M. (2020). ¿Por qué motivos se esfuerzan los estudiantes en educación primaria?: Un estudio de la orientación motivacional por curso y sexo [For what reasons do students strive in primary education?: A study of motivational orientation by course and sex]. *Acción Psicológica*, 17(2), 123–134. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.26044>

### Resumen

En el presente estudio se ha tratado de conocer cuáles son los motivos que tienen los estudiantes para esforzarse en el proceso de aprendizaje a través de la teoría de metas académicas en función del curso y el sexo. En esta línea, tomaron parte 1059 estudiantes (539 chicas y 520 chicos) de 4º, 5º o 6º de Educación Primaria, quienes rellenaron el Cuestionario de Metas Académicas (García et al., 1998). Los resultados apuntan a que existía una correlación

significativa de intensidad leve-moderada entre las diferentes metas. De igual modo, los chicos presentaron puntuaciones significativamente superiores a las chicas en las metas de valoración social, y las chicas significativamente mayores a los chicos en las metas de aprendizaje. Respecto al curso, también se apreció como tanto las metas de aprendizaje como las metas de valoración social disminuían con el paso de los cursos. Estos resultados concuerdan casi en su totalidad con investigaciones desarrolladas en otro tipo de población.

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Héctor Galindo-Domínguez, Universidad de Deusto, España.

**Email:** [hector.galindo@opendeusto.es](mailto:hector.galindo@opendeusto.es)

**ORCID:** Héctor Galindo-Domínguez (<https://orcid.org/0000-0003-0562-160X>).

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

<sup>2</sup> University of the Basque Country, España

Recibido: 30 de noviembre de 2019.

Aceptado: 28 de julio de 2020.

**Palabras clave:** Educación Primaria; Orientación motivacional; metas de aprendizaje; metas de valoración social; metas de rendimiento.

## Abstract

The purpose of the current research study has been to know which are the reasons students have to strive in the learning process through the goal theory, analysing course and sex differences. In this line, 1059 students (539 girls and 520 boys) of 4th, 5th and 6th grade of Primary Education took part filling out the Academic Goals Questionnaire (García et al., 1998). The results suggest that there was a significant correlation of mild-moderate intensity between the different goals. Likewise, the boys showed significantly higher scores than girls in social assessment goals, and the girls significantly higher than the boys in learning goals. With regard to the course, it was also noticed that learning goals and social assessment goals decreased with the passage of time. These findings agree almost entirely with investigations developed in another type of population.

**Keywords:** Primary Education; Motivational orientation; learning goals; social goals; achievement goals.

## Introducción

Uno de los interrogantes, tal vez más importantes, que se ha planteado en el ámbito de la psicología escolar es el de dar a conocer los motivos por los que nos interesa aprender y desarrollar nuevos conocimientos y habilidades. En cualquier entorno educativo es medianamente fácil percatarse de que no todo el alumnado está interesado en aprender por los mismos motivos; o en otras palabras, no todos trabajan para alcanzar las mismas metas (García et al., 1998).

Para tratar de dar respuesta a por qué los y las estudiantes se aproximan y se involucran en una situación académica específica comenzó a desarrollarse una de las teorías más importantes en el estudio de la motivación escolar: la Teoría de Orientación a la Meta (Patrick et al., 2001).

La orientación a la meta podría considerarse como un modelo integrado de creencias, atribuciones y sentimientos que dirige las intenciones conductuales (González et al., 1996) y a su vez constituido por diversos modos de aproximación, compromiso y respuesta a las actividades que se plantean (Ames, 1992; González et al., 1996).

Dentro de los grupos de investigadores han sido a lo largo de los años varios los modelos propuestos para esta teoría (Matos y Lens, 2006), principalmente, difiriendo una de otra en la definición de metas, el nombre de cada constructo y en el número de metas propuestas (Linnerbrink y Pintrich, 2000). No obstante, la mayor parte de investigaciones sustenta la idea de la existencia de dos grandes tipos de metas: Las metas orientadas al aprendizaje o al dominio, y las metas orientadas al rendimiento (García et al., 1998; Ross et al., 2002).

Por una parte, cuando las y los estudiantes persiguen metas de aprendizaje, estos están preocupados por incrementar la comprensión del material, por enriquecer su conocimiento y por desarrollar nuevas habilidades a través del esfuerzo personal (Covington, 2000; Matos y Lens, 2006; Pintrich, 2000; Ross et al., 2005), por lo que hablamos de una meta puramente intrínseca y personal que el estudiante tiene de la tarea (Maehr y Midgley, 1996; Matos y Lens, 2006) cuya evaluación se basa en los estándares propios del estudiante (Matos y Lens, 2006). Este tipo de estudiantes, ante las adversidades son más propensos a buscar ayuda o a persistir en el esfuerzo, a través de la autorregulación, impulsados por la creencia de que el esfuerzo valdrá la pena con el paso del tiempo (Ames, 1992; Brophy, 2004; Dweck y Legget, 1998; Kohler y Reyes, 2010; Pintrich y De Groot, 1990).

Por otra parte, cuando el alumnado persigue metas de rendimiento, buscan obtener sentencias favorables de los demás así como evitar juicios negativos de la tarea realizada (Covington, 2000; Maehr y Midgley, 1996; Matos y Lens, 2006). Este grupo se caracteriza por mostrar un desempeño mayor al resto y evidenciar de esta manera su capacidad, obteniendo el reconocimiento público de su tarea (Maehr y Midgley, 1996; Matos y Lens, 2006; Ross et al., 2002). Este tipo de estudiantes, al tratar de obtener una recompensa deseada, no se centra tanto en buscar y desarrollar nuevas estrategias de aprendizaje sino que tien-

den más a buscar estrategias que les aseguren un resultado positivo concreto (e.g., aprobar el examen) con el menor esfuerzo posible (García et al., 1998). Es de destacar que frecuentemente, los y las estudiantes motivados por este tipo de metas prefieren recibir un juicio favorable sobre una tarea relativamente fácil a correr el riesgo de obtener un juicio desfavorable ante una tarea más compleja y significativa (Miller et al., 1993).

Tal y como comentan Kohler y Reyes (2010), aunque la mayoría de modelos de orientación a la meta hayan propuesto, de forma general, los dos tipos ya descritos, investigaciones más recientes sustentan la idea de dividir las metas de rendimiento en dos, proponiendo por lo tanto un modelo de orientación a la meta trifactorial. En este sentido, en una serie de estudios (e.g., Elliot y Harackiewicz, 1996; Long et al., 2007; Middleton y Midgley, 1997; Pintrich y Schunk, 2002, entre otros) se comenzó a distinguir la orientación de metas de rendimiento, en dos nuevas metas: las metas de aproximación al rendimiento y las metas de evitación del rendimiento. Mientras que los estudiantes que se orientan a metas de aproximación al rendimiento se sienten motivados por superar a los demás y buscan sentencias favorables de competencia, los estudiantes que se orientan más hacia las metas de evitación al rendimiento prefieren evitar juicios desfavorables de competencia y por ende, podrían evitar las tareas de aprendizaje (Kohler y Reyes, 2010).

En los inicios de esta teoría, se sugería que las metas de aprendizaje y las metas de rendimiento eran excluyentes una de la otra y que además, generaban efectos opuestos sobre el aprendizaje (Kohler y Reyes, 2010). Sin embargo, la idea más actual es la de pensar que las metas de rendimiento pueden ser capaces de generar efectos positivos en las metas de aprendizaje (González et al., 1996; Harackiewicz et al., 1998; Ross et al., 2002).

Todos los tipos de metas comentadas hasta el momento están presentes de algún u otro modo en todo el alumnado haciendo que lo que varíe sea la intensidad con la que cada meta influye en lo académico (Heyman y Dweck, 1992; Meece, 1994; Seifert, 1995). Esta conclusión ha sido el resultado de realizar diversos análisis de correlaciones que constataron la existencia de una correlación positiva entre las metas de aprendizaje y metas de rendimiento (Ross et

al., 2002), aunque su fuerza de correlación oscile entre baja a moderada (Middleton y Midgley, 1997).

En referencia al paso de los años, diversos estudios citados en Ross et al. (2002) sostienen la idea de que los y las estudiantes de menor edad tienden a adoptar metas de aprendizaje con mayor intensidad que los estudiantes de mayor edad, quienes tienden a adoptar metas de rendimiento. Aunque en torno a esta idea, la hipótesis ha sido rebatida en diversas ocasiones, mostrando resultados poco concluyentes (e.g., Elliot y Church, 1997; Midgley y Urdan, 2001; Ross et al., 2002; Skaalvik, 1997).

Por otra parte, en relación al sexo, los resultados al respecto son bastante variados, pero complementarios entre sí. Tras la revisión de Long et al (2007), se observó que mientras que algunos estudios (e.g., Meece y Miller, 2001; Middleton y Midgley, 1997) únicamente reportaban que existían diferencias en las metas de evitación al rendimiento siendo los chicos los que eran más propensos a tener este tipo de orientación que las chicas, otros estudios (e.g., Anderman y Midgley, 1997; Nuñez et al., 1998; Pajares et al., 2000) únicamente proporcionaron evidencias de diferencias en las metas de aprendizaje, siendo las mujeres las que más propensas eran de manifestar este tipo de orientación motivacional. Asimismo, trabajos como el de Delgado et al. (2010), constataron que se daba una mezcla de ambas ideas: Por una parte, los chicos presentaron mayor puntuación en las metas de refuerzo social, mientras que las chicas presentaron mayor puntuación en las metas académicas y de logro. Cabe señalar que en todos los casos el tamaño del efecto fue pequeño.

Estos resultados servirían de base para apoyar la idea de que mientras que los chicos presentaban orientaciones motivacionales de origen más extrínsecos, las chicas parecen tener una orientación hacia el aprendizaje más intrínseco, relacionado con el interés y el esfuerzo de la tarea (De la Fuente, 2002).

Relacionado con esta idea, Cerezo y Casanova (2004) constataron que mientras los chicos manifestaban patrones atribucionales más externos ante el fracaso, las chicas tendían más a responsabilizarse en mayor medida de los malos resultados académicos, apuntan a una falta de esfuerzo o habilidad personal, siendo ambos factores internos.

En el panorama adolescente español, una de las mayores aportaciones a la teoría de orientación a la meta es el estudio de García et al. (1998), quienes presentan un instrumento que permite incidir en conocer más cercanamente el patrón motivacional del alumnado y en base a los resultados, permitir reconducirlo hacia metas de aprendizaje (García et al., 1998). La estructura factorial desprendía tres factores: metas de aprendizaje, metas de valoración social y metas de recompensa.

Por una parte, tal y como se ha comentado anteriormente, las metas de aprendizaje proveen información sobre si los y las estudiantes están orientadas más hacia el proceso con el que llevan a cabo el aprendizaje o más hacia el resultado final (Valdez-García et al., 2017). Aquel alumnado con un patrón adaptativo persigue buscar el incremento de su propia competencia mediante la adquisición y dominio de nuevas habilidades y conocimientos (metas de aprendizaje), mientras que el que presenta un patrón motivacional desadaptativo está orientado hacia metas de ejecución o rendimiento, tratando de obtener exclusivamente un buen rendimiento, centrándose en el producto final y no en el proceso de aprendizaje (García et al., 1998).

Seguidamente, las metas de valoración social, a pesar de no guardar relación con el aprendizaje y el logro académico, son de especial importancia debido a que se basan en la experiencia emocional que viven los y las estudiantes ante las reacciones de personas significativas para estos (familia, docentes, iguales, etc.) ante su propia actuación. Lo óptimo para satisfacer este tipo de metas es conseguir un grado óptimo de aceptación social y evitar ser rechazado, como resultado de la conducta académica (González et al., 1996, p. 49).

Finalmente, las metas de recompensa hacen relación a la consecución de premios o recompensas, así como la evitación de todo lo que signifique castigo o pérdida de situaciones u objetos valorados por el sujeto en el proceso de aprendizaje (González et al 1996).

Las tres dimensiones estudiadas e investigadas por García et al (1998) y las dimensiones analizadas y más aceptadas en el entorno investigador no son excluyentes, sino que más bien se complementan. De este modo, por

una parte, en ambos casos perciben la existencia de metas de aprendizaje y por otra parte, mientras el entorno investigador concibe la existencia de metas de aproximación al rendimiento y metas de evitación al rendimiento, García et al. (1998) las denomina a ambas metas de valoración social. En este sentido nos encontramos en el instrumento tanto ítems pertenecientes a las metas de aproximación al rendimiento (e.g., “Yo estudio porque quiero ser valorado por mis amigos” o “Yo estudio porque quiero que la gente vea lo inteligente que soy”) como a las metas de evitación al rendimiento (e.g., “Yo estudio porque no quiero que mis compañeros se burlen de mí” o “Yo estudio porque no quiero que ningún profesor me tenga manía”). Finalmente, las metas de recompensa son entendidas como la motivación que presentan los alumnos y alumnas para aprender con el objetivo de conseguir un logro (e.g., “Yo estudio porque quiero obtener buenas notas”).

La intensidad con la que se manifiesta cada una de estas metas académicas viene condicionada por una serie de variables tanto personales como sociales. De la Fuente (2004) destaca entre las más significativas la concepción que tengan los alumnos sobre qué es y cómo se desarrolla la inteligencia (Dweck, 1986; Nicholls, 1984; Valle et al., 1998), la personalidad (Covington, 2000; Harackiewicz et al., 2000) y/o la condición de riesgo social (Carroll et al., 1999).

Este campo de estudio, como son las metas académicas, ha cobrado especial interés en la literatura motivacional (Urda, 2004). No obstante, es de destacar que gran parte de estos estudios muestran limitaciones de muestras poco representativas (Delgado et al., 2010) y la necesidad de investigación más profunda de diversas variables biológicas como el sexo y la edad (Cerezo y Casanova, 2004; Delgado et al., 2010; Meece, 2006; Pintrich y Schunk, 2002) en la etapa de educación primaria y en el ámbito español. Es por este motivo que a través del presente trabajo se tratará de conocer la correlación de las diferentes metas académicas y de conocer las diferencias de sexo y curso en estudiantes de educación primaria.

## Método

### *Muestra*

La muestra completa del estudio estuvo conformada por 1059 estudiantes (539 chicas y 520 chicos), provenientes de un total de 18 centros educativos de diferentes comunidades autónomas de España: Cantabria, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Aragón, País Vasco, Comunidad de Murcia y Canarias. 135 estudiantes eran de 4º, 310 de 5º y 614 de 6º de Educación primaria ( $\bar{x} = 10.45$ ;  $DT = .709$ ).

Se decidió no dar oportunidad de participar a cursos inferiores a 4º debido a que podría ponerse en riesgo la fiabilidad de los datos obtenidos, debido a que el instrumento original fue validado exclusivamente en alumnado del último ciclo de Educación Primaria, así como toda la Educación Secundaria Obligatoria.

### *Instrumento*

Para medir la orientación motivacional de los y las estudiantes se empleó el cuestionario de metas académicas (García et al., 1998).

Este instrumento, compuesto por 20 ítems medidos en escala Tipo Likert de 5 puntos, indica que su estructura factorial está compuesto por tres dimensiones analizadas en el marco teórico de este estudio: Metas de aprendizaje, metas de valoración social y metas de recompensa.

### *Procedimiento*

Tras obtener los permisos pertinentes de equipo directivo, docentes y familias de cada estudiante en cada centro para poder realizar el presente trabajo, se obtuvieron los datos de los participantes vía online. Para realizar todos los análisis se ha empleado el paquete estadístico SPSS (versión 24).

## Resultados

### *Análisis preliminares*

Antes de comenzar a dar respuesta a los interrogantes que plantea el estudio se comenzó eliminando los casos atípicos para las tres dimensiones estudiadas.

De seguido, se realizó un AFE para comprobar si los ítems originales a la escala se agrupaban en los tres factores iniciales planteados. La medida de adecuación muestral de KMO (.875) y la prueba de esfericidad d Bartlett ( $\chi^2 = 7645.42$ ;  $gl = 190$ ;  $p = .000$ ) indicaron la posibilidad de efectuar este análisis.

El AFE se efectuó a través del método de componentes principales, utilizando como criterio de selección el criterio de la raíz latente (autovalores mayores a 1) y empleando el método Varimax como método de rotación de la solución.

Los resultados a este AFE, mostrados en la Tabla 1, confirman la estructura factorial de tres dimensiones del cuestionario original. Estas tres dimensiones explican el 52.45 % de la varianza; casi la misma que el cuestionario original con un 56.6 % (García et al., 1998).

Posteriormente, se comprobaron los requisitos para pruebas paramétricas de normalidad, a través del estudio de la curtosis y la asimetría, y la homogeneidad de varianza, a través del estadístico de Levene. Los resultados mostraron que las variables poseían una distribución normal al tener todos los valores de asimetría y curtosis comprendidos entre  $\pm 2$  (George y Mallery, 2010; Field, 2009; Gravetter y Wallnau, 2014; Trochim y Donnelly, 2006). En referencia al test de Levene, todos los análisis tuvieron significancia superior a .05, por lo que asumimos que existe homogeneidad de varianza.

Finalmente, se estudió la consistencia interna del instrumento empleado, obteniendo resultados favorables. El valor general de la escala fue de  $\alpha = .812$ , mientras que los valores para las dimensiones de metas académicas, metas

**Tabla 1.***Estructura factorial rotada del cuestionario*

Ítems	F1	F2	F3
Yo estudio porque para mí es interesante resolver problemas/tareas.	.763		
Yo estudio porque me gusta ver cómo voy avanzando	.706		
Yo estudio porque me gusta conocer nuevas cosas	.755		
Yo estudio porque me gusta superar la dificultad que plantean los problemas/tareas difíciles	.706		
Yo estudio porque me siento bien cuando supero obstáculos y/o fracaso	.558		
Yo estudio porque me gusta aprender cosas nuevas	.768		
Yo estudio porque me gusta utilizar la cabeza (mis conocimientos)	.696		
Yo estudio porque me siento muy bien cuando resuelvo problemas/tareas difíciles	.643		
Yo estudio porque quiero ser alabado por y padres y profesores		.685	
Yo estudio porque quiero ser valorado por mis amigos		.759	
Yo estudio porque no quiero que mis compañeros se burlen de mí		.725	
Yo estudio porque no quiero que ningún profesor me tenga manía		.717	
Yo estudio porque quiero que la gente vea lo inteligente que soy		.769	
Yo estudio porque deseo obtener mejores notas que mis compañeros		.748	
Yo estudio porque quiero obtener buenas notas			.733
Yo estudio porque quiero sentirme orgulloso de obtener buenas notas			.772
Yo estudio porque no quiero fracasar en los exámenes finales		.313	.608
Yo estudio porque quiero terminar bien mis estudios			.733
Yo estudio porque quiero conseguir un buen trabajo en el futuro			.637
Yo estudio porque quiero ser una persona importante en el futuro		.426	.344
	$\lambda$	<b>26.01%</b>	<b>17.16%</b>
	$\lambda_T$		<b>52.45%</b>

*Nota:* Factor 1: Metas académicas; Factor 2: Metas de valoración social; Factor 3: Metas de recompensa.

de valoración social y metas de recompensa fueron de  $\alpha = .859$ ,  $\alpha = .838$  y  $\alpha = .735$ , respectivamente.

### ***Análisis de correlaciones***

Esta subsección presenta el análisis de los resultados vinculados a la correlación existente entre las diferentes dimensiones del cuestionario de metas académicas. To-

mando como base este análisis, se pretende conocer si las correlaciones entre estas dimensiones son significativas, hecho que apoyaría la idea de que la orientación motivacional hacia el aprendizaje del alumnado de educación primaria sería multifactorial y no única.

Para este propósito se realizó un análisis correlacional a través del estadístico *r* de Pearson, ilustrado en la Tabla 2.

**Tabla 2.**

*Correlaciones entre las dimensiones estudiadas*

	MA	MVS	MR
MA	1	.093**	.344***
MVS	-	1	.367***
MR	-	-	1

Nota: \* < .05; \*\* < .01; \*\*\* = .00. MA: Metas académicas; MVS: Metas de valoración social; ML: Metas de recompensa; n = 1059.

De estos resultados, se observa que todos los tipos de metas correlacionan positiva y significativamente entre sí. Se destaca la correlación de intensidad entre débil y moderada de las metas académicas con las metas de recompensa ( $r = .344; p = .000$ ) y de las metas de valoración social con las metas de recompensa ( $r = .367; p = .000$ ), en contraposición a los valores estadísticamente significativos, pero de intensidad de correlación muy baja de las metas académicas con las metas de valoración social ( $r = .093; p = .003$ ).

### *Diferencias de sexo*

Posteriormente, en esta subsección se presentan los resultados obtenidos de realizar un análisis de comparación de medias entre sexos.

Este análisis ayudaría a conocer si los estudiantes chicos presentan diferente tipo de orientación motivacional a sus coetáneos chicas.

Tal y como queda recogido en la Tabla 3, se puede apreciar que, respecto a las metas de recompensa, ambos sexos poseen valores muy similares y estadísticamente no significativos. Sin embargo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las metas académicas y en las metas de valoración social.

En referencia a las metas académicas, observamos que las chicas ( $\bar{x} = 4.118; DT = .680$ ) obtuvieron valores superiores a sus coetáneos chicos ( $\bar{x} = 4.032; DT = .683$ ). Estas diferencias entre ambos grupos fueron, sin embargo, bastante pequeñas ( $d = -.12$ ; Cohen, 1988). Por otra parte, en las metas de valoración social, ocurrió al contrario que en el caso anterior: los chicos ( $\bar{x} = 2.949; DT = 1.117$ ) obtuvieron valores considerablemente superiores a las chicas ( $\bar{x} = 2.598; DT = 1.095$ ), siendo el tamaño del efecto de estas diferencias entre pequeñas y medianas ( $d = .31$ ; Cohen, 1988).

### *Diferencias por curso*

En último lugar, se analizaron las diferencias existentes entre los cursos estudiados en educación primaria a través de una ANOVA de un factor.

**Tabla 3.**

*Prueba T entre sexos*

	Chicos		Chicas		<i>t</i>	Sig.	<i>d</i>
	$\bar{x}$	<i>DT</i>	$\bar{x}$	<i>DT</i>			
MA	4.032	.683	4.118	.680	-2.047	.041	-.12
MVS	2.949	1.117	2.598	1.095	5.151	.000	.31
ML	4.544	.525	4.520	.569	.717	.473	-

Nota: MA, Metas académicas; MVS, Metas de valoración social; ML, Metas de recompensa. n = 1059. El valor *d* de Cohen negativo implica un tamaño del efecto favorable del grupo 2 (Femenino) sobre el grupo 1 (Masculino).



**Tabla 4.**

ANOVA entre los cursos estudiados

	4º		5º		6º		Sig.	Post-Hoc	$\eta^2$
	$\bar{x}$	DT	$\bar{x}$	DT	$\bar{x}$	DT			
<b>MA</b>	4.190	.569	4.137	.668	4.020	.707	.005	(1-3) (2-3)	.010
<b>MVS</b>	3.426	1.089	2.871	1.087	2.578	1.082	.000	(1-2) (1-3) (2-3)	.063
<b>MR</b>	4.539	.507	4.519	.563	4.537	.549	.885	-	-

*Nota:* MA, Metas académicas; MVS, Metas de valoración social; ML, Metas de recompensa. n = 1059. Post-Hoc: Scheffe. 4º de Educación Primaria (1); 5º de Educación Primaria (2); 6º de Educación Primaria (3).

Este análisis, ayudaría a conocer si realmente la orientación motivacional se mantiene estable con el paso de los cursos, o si, por el contrario, a medida que el curso avanza, y por ende, la edad, la orientación para aprender de los y las estudiantes de educación primaria también varía.

Los resultados, mostrados en la Tabla 4, apuntan a que mientras no se hallaron diferencias significativas en las metas de recompensa ( $p = .885$ ), sí que se hallaron diferencias significativas en la orientación motivacional de las metas académicas y las metas de valoración social con el paso de los cursos.

Más concretamente, se aprecia como con el paso de los cursos, la orientación motivacional hacia metas de aprendizaje tiende a disminuir lentamente, pero significativamente ( $p = .005$ ;  $\eta^2 = .010$ ) al igual que ocurre con las metas de valoración social, que también disminuyen, aunque estas con una intensidad más fuerte que las anteriores ( $p = .000$ ;  $\eta^2 = .063$ ).

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre los diferentes tipos de metas académicas que el alumnado de educación persiguen, además de conocer las diferencias existentes por sexo y curso. El propósito de este trabajo era investigar si los hallazgos encontrados en otros estudios con muestras dispares, alejadas de la educación básica podían ser igualmente de aplicables al tipo de muestra con el que se ha realizado el trabajo. De este modo, la teoría de orientación a la meta podría ser utili-

zada como referente en aras de estudiar la motivación académica de los y las estudiantes.

Los hallazgos obtenidos en el presente trabajo sobre la correlación entre las diversas metas académicas apuntan a que existe una correlación positiva entre las tres diferentes metas estudiadas. De igual modo, cabe recalcar que la fuerza de correlación entre las diferentes metas oscila entre baja y moderada, resultados análogos a otros trabajos como los de Middleton y Midgley (1997). Los resultados obtenidos indican que la orientación motivacional hacia el aprendizaje no se da exclusivamente por la presencia de una única meta y eliminando el resto, sino que, por el contrario, varía la intensidad con la que se manifiesta cada una de ellas. Esta idea es soportada por otra serie de estudios como el de Heyman y Dweck (1992), Meece (1994), Ross et al. (2002) o Seifert (1995), entre otros.

Referente al sexo, los resultados obtenidos sustentan la idea de que mientras los chicos tienden más a presentar una orientación motivacional más centrada en la valoración social, las chicas tienden a presentar puntuaciones mayores en perfiles orientacionales más relacionados con las metas académicas.

Estos resultados van acorde a las conclusiones sacadas en otro tipo de muestras que sustentan la idea de que las chicas se muestran más favorables por desarrollar su capacidad y destacar en el rendimiento académico, mientras que los chicos se centran más la realización actividades que les otorguen prestigio social (Sanz de Acedo et al., 2003). En palabras de Castillo et al. (2003), este hecho podría estar ocurriendo debido a que los chicos aprenden a compararse con los demás para validar su competencia con la intención de ganar a toda costa, mientras que las

chicas suelen compararse con ellas mismas con la intención de realizar la tarea de manera más óptima. Cabe destacar en el caso de los chicos, que un tipo de perfil motivacional basado en la obtención de juicios de aprobación y evitación del rechazo familiar y docente puede generar, indirectamente, una mayor probabilidad de alcanzar un bajo rendimiento académico (Covington, 2000), por lo que este hecho debería tenerse en cuenta en la praxis educativa en el momento de desarrollar estrategias de intervención que traten de rebajar este patrón motivacional desadaptativo (Martín, 2004).

Por otra parte, sobre el curso escolar, los datos obtenidos nos muestran como no solo hay diferencias a nivel de sexo, ya que, a medida de aumentar el curso escolar, las metas de carácter académico van disminuyendo lenta y progresivamente, mientras que las metas de valoración social disminuyen de manera intensa a medida que aumenta la edad del alumnado.

Esta tesis ha sido contrastada por otros estudios, como el de Wigfield y Wagner (2005), con el que se constató que en la transición de primaria a secundaria ocurre un descenso importante de la motivación hacia el aprendizaje y el estudio. Asimismo, la literatura científica de diferentes países como Canadá (Bouffard et al., 1998), China (Fung et al., 2007) o España (Sanz de Acedo et al., 2003) sostiene la idea de que las metas de aprendizaje suelen ser más favorables en educación primaria y progresivamente van disminuyendo hasta llegar a los últimos cursos de la etapa de educación secundaria, siendo realmente impactante el cambio de primaria a secundaria. Este fenómeno podría estar originado por el aumento de las dificultades de las tareas escolares y por la disminución de la percepción de competencia del estudiante. Además, la necesidad de un refuerzo positivo por parte de la familia o el docente, tan característica en educación infantil, disminuye notablemente durante la adolescencia, ya que en esta etapa la cognición madura notablemente (Delgado et al., 2010).

Se cree que, en vista de todos estos resultados, futuros trabajos podrían centrarse no solo en conocer más el patrón motivacional de estudiantes de educación primaria, sino también en conocer cómo varía el patrón motivacional en momentos críticos de la vida del alumnado, como el cambio de educación primaria, el cambio de educación

secundaria bachillerato o ciclos formativos, el cambio de bachillerato a la universidad, etc.

De igual modo, podría resultar interesante para la comunidad científica realizar investigación más profunda en dar a conocer qué perfil docente se relaciona más favorablemente con cada una de las diferentes metas académicas en diferentes etapas educativas.

## Referencias

- Ames, C. (1992). Classrooms: Goals, Structures, and Student Motivation. *Journal of Educational Psychology*, 80, 260–267.
- Anderman, E. M., y Midgley, C. (1997). Changes in Achievement Goal Orientations, Perceived Academic Competence, and Grades across the Transition to Middle-Level Schools. *Contemporary Educational Psychology*, 22, 269–298.
- Bouffard, T., Vezeau, C. y Bordeleau, L. (1998). A Developmental Study of the Relation between Combined Learning and Performance Goals and Students' Self-Regulated Learning. *British Journal of Educational Psychology*, 68(3), 309–319. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1998.tb01293.x>
- Brophy, J. (2005). Goal Theorists Should Move on from Performance Goals. *Educational Psychologist*, 40(3), 167–176. [https://doi.org/10.1207/s15326985ep4003\\_3](https://doi.org/10.1207/s15326985ep4003_3)
- Carroll, A., Baglioni, J. R., Houghton, S. y Bramston, P. (1999). At-risk and not At-Risk Primary School Children: An Examination of Goal Orientations and Social Reputations. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 377–392. <https://doi.org/10.1348/000709999157789>
- Castillo, I., Balaguer, I. y Duda, J. (2003). Las teorías personales sobre el logro académico y su relación con la alienación escolar [Personal Theories of

- Academic Achievement and their Relationship to Alienation from School]. *Psicothema*, 15(1), 75-81.
- Cerezo, M. T. y Casanova, P. F. (2004). Diferencias de género en la motivación académica de los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 2(1), 97-112.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Lawrence Earlbaum.
- Covington, M. V. (2000). Goal Theory, Motivation and School Achievement: An Integrative Review. *Annual Review of Psychology*, 51, 171-200. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.171>
- De la Fuente, J. (2004). Perspectivas recientes en el estudio de la motivación: La teoría de la Orientación de Meta [Recent Perspectives on the Study of Motivation: The Goal Orientation Theory]. *Escritos de Psicología*, 6, 72-84.
- Delgado, B., Inglés, C. J., García-Fernández, J. M., Castejón J. L. y Valle, A. (2010). Diferencias de género y curso en metas académicas en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista Española de Pedagogía*, 245, 67-84.
- Dweck, C. S. (1986). Motivational Processes Affecting Learning. *American Psychologist*, 41, 1040-1048. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.10.1040>
- Dweck, C. S. y Legget, E. L. (1988). A Social-Cognitive Approach to Motivation and Personality. *Psychological Review*, 95, 256-273. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.95.2.256>
- Elliot, A. J. y Church, M. A. (1997). A Hierarchical Model of Approach and Avoidance Achievement Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 218-232. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9028-7>
- Elliot, A. J. y Harackiewicz, J. M. (1996). Approach and Avoidance Achievement Goals and Intrinsic Motivation: A Mediational Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 461-475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.461>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. SAGE.
- Fung, Y., Mei-Tai, R. y Sun-Keung, N. (2007). Developmental Patterns of School Students' Motivational and Cognitive-Metacognitive Competences. *Educational Studies*, 33 (1), 81-98. <https://doi.org/10.1080/03055690600948281>
- García, M., González-Pienda, J., Núñez, J. C., González-Pumariega, S., Álvarez, L., Rocas, C., González, R. y Valle, A. (1998). El cuestionario de metas académicas (C.M.A.). Un instrumento para la evaluación de la orientación motivacional de los alumnos de educación secundaria. *Aula Abierta*, 71, 175-199.
- George, D. y Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update*. Pearson.
- González, R. Valle, A., Núñez, J. C. y González-Pienda, J. A. (1996). Una aproximación teórica al concepto de metas académicas y su relación con la motivación escolar [A Theoretical Approach to Concept of Academic Goals and their Relationship Withschool Motivation]. *Psicothema*, 8(1), 45-61.
- Gravetter, F. y Wallnau, L. (2014). *Essentials of Statistics for the Behavioral Sciences*. Wadsworth.
- Harackiewicz, J. M., Barron, K. E. y Elliot, A. J. (1998). Rethinking Achievement Goals: When are they Adaptive for College Students and why? *Educational Psychologist*, 33, 1-21. [https://doi.org/10.1207/s15326985ep3301\\_1](https://doi.org/10.1207/s15326985ep3301_1)
- Harackiewicz, J. M., Barron, K. E., Tauer, J. M., Carter, S. M. y Elliot, A. J. (2000). Short-term and Long-Term Consequences of Achievement Goals:

- Predicting Interest and Performance Over Time. *Journal of Educational Psychology*, 92(2), 316–330. <https://doi.org/10.1037//0022-0663.92.2.316>
- Heyman, G. y Dweck, C. S. (1992). Achievement Goals and Intrinsic Motivation: Their Relation and their Role in Adaptive Motivation. *Motivation and Emotion*, 16(3), 231–247.
- Kohler, J. y Reyes, M. (2010). Teoría de orientación a la meta: Hallazgos y aplicaciones en la educación y la educación física [Theory of Goal-Oriented: Findings and Applications in Education and Physical Education]. *Revista Cultura*, 24, 243–265.
- Linnenbrink, E. y Pintrich, P. R. (2000). Multiple Pathways to Learning and Achievement: The Role of Goal Orientation in Fostering Adaptive Motivation, Affect, and Cognition. En C. Sansone y J. M. Harackiewicz (Eds.), *Intrinsic and Extrinsic Motivation: The Search for Optimal Motivation and Performance* (pp. 195–227). Academic Press.
- Long, J., Monoi, S., Harper, B., Knoblauch, D. & Murphy, K. (2007). Academic Motivation and Achievement Among Urban Adolescents. *Urban Education*, 42, 196–122. <https://doi.org/10.1177/0042085907300447>
- Maehr, M. L. y Midgley, C. (1996). *Transforming School Cultures*. Westview Press.
- Martin, A. J. (2004). School Motivation of Boys and Girls: Differences of degree, Differences of Kind, or both? *Australian Journal of Psychology*, 56(3), 133–146. <https://doi.org/10.1080/00049530412331283363>
- Matos, L. y Lens, W. (2006). La teoría de Orientación a la Meta, estrategias de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de Lima [The Goal Orientation Theory, Learning Strategies and Academic Achievement in Secondary Students in Lima]. *Persona*, 9, 11–30.
- Meece, J. L. (1994). The Role of Motivation in Self-Regulated Learning. En D. H. Schunk y B. J. Zimmerman (Eds.), *Self-Regulation of Learning and Performance: Issues and Educational Applications* (pp. 25–44). Lawrence Erlbaum.
- Meece, J. L., Bower, B y Burg, S. (2006). Gender and Motivation. *Journal of School Psychology*, 44, 351–373. <https://doi.org/10.1016/J.JSP.2006.04.004>
- Meece, J. L. y Miller, S. D. (2001). A Longitudinal Analysis of Elementary School Students' Achievement Goals in Literacy Activities. *Contemporary Educational Psychology*, 26, 454–480. <https://doi.org/10.1006/ceps.2000.1071>
- Middleton, M. J., y Midgley, C. (1997). Avoiding the Demonstration of Lack of Ability: An Underexplored Aspect of Goal Theory. *Journal of Educational Psychology*, 89(4), 710–718. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.89.4.710>
- Midgley, C. y Urdan, T. (2001). Academic Self-Handicapping and Achievement Goals: A Further Examination. *Contemporary Educational Psychology*, 26, 61–75. <https://doi.org/10.1006/ceps.2000.1041>
- Miller, R. B., Behrens, J. T., Greene, B. A. y Newman, D. (1993). Goals and Perceived Ability: Impact on Student Valuing, Self-Regulation, and Persistence. *Contemporary Educational Psychology*, 18(1), 2–14. <https://doi.org/10.1006/ceps.1993.1002>
- Nicholls, J. G. (1984). Achievement Motivation: Conceptions of Ability, Subjective Experience, Task Choice and Performance. *Psychological Review*, 91, 328–346. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.91.3.328>
- Núñez, J. C., González-Pienda, J. A., García, M. S., González-Pumariega, S. y García, S. I. (1998). Estrategias de aprendizaje en estudiantes de 10 a 14 años y su relación con los procesos de atribución

- causal, el autoconcepto y las metas de estudio. *Estudios de Psicología*, 19(59), 65–85.
- Pajares, F., Britner, S. L. y Valiante, G. (2000). Writing and Science Achievement Goals of Middle School Students. *Contemporary Educational Psychology*, 25, Artículo 4067422.
- Patrick, H., Anderman, L. H., Ryan, A. M., Edelin, K. C. y Midgley, C. (2001). Teachers' Communication of Goal Orientations in Four Fifth-Grade Classrooms. *The Elementary School Journal*, 102(1), 35–58. <https://doi.org/10.1086/499692>
- Pintrich, P. R. (2000). Multiple Goals, Multiple Pathways: The Role of Goal Orientation in Learning and Achievement. *Journal of Educational Psychology*, 92, 544–555.
- Pintrich, P. R. y Schunk, D. H. (2002). *Motivation in Education: Theory, Research, and Applications*. Prentice-Hall.
- Pintrich, P. R. y De Groot, E. V. (1990). Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom Academic Performance. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33–40.
- Ross, M., Shannon, D., Salisbury-Glennon, J. y Guarino, A. (2002). The Patterns of Adaptive Learning Survey: A Comparison across Grade Levels. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 483–497. <https://doi.org/10.1177/00164402062003006>
- Ross, M., Blackburn, M. y Forbes, S. (2005). Reliability Generalization of the Patterns of Adaptive Learning Survey Goal Orientation Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 451–464. <https://doi.org/10.1177/0013164404272496>
- Sanz-de-Acedo, M. L., Ugarte, M. D. y Lombreras, M. V. (2003). Desarrollo y validación de un Cuestionario de Metas para Adolescentes [Development and Validation of an Adolescents Goals Questionnaire.]. *Psicothema*, 15(3), 493–499.
- Seifert, T. L. (1995). Academic Goals and Emotions: A Test of Two Models. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 129(5), 543–552. <https://doi.org/10.1080/00223980.1995.9914926>
- Skaalvik, E. M. (1997). Self-enhancing and Self-Defeating Ego Orientation: Relations with Task and Avoidance Orientation, Achievement, Self-Perceptions and Anxiety. *Journal of Educational Psychology*, 89(1), 71–81. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.89.1.71>
- Trochim, W. M. y Donnelly, J. P. (2006). *The Research Methods Knowledge Base*. Atomic Dog.
- Urduan, T. (2004). Predictors of Academic Self-Handicapping and Achievement: Examining Achievement Goals, Classroom Goal Structures and Culture. *Journal of Educational Psychology*, 96, 251–264. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.96.2.251>
- Valdez-García, J. E., López, M. V. y Olivares, S. L. (2017). Definición de metas de aprendizaje en estudiantes de pregrado en un curso de Historia de la medicina [Definition of Educational Objectives of Medical Students in a History of Medicine Class]. *Educación Médica*, 19(2), 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.027>
- Valle, A., González, R., Gómez, M. L., Rodríguez, S. y Piñeiro, I. (1998). Influencia de las atribuciones causales internas y externas sobre las metas académicas. *Bordón*, 50(4), 405–413.
- Wingfield, A. y Wagner, A. L. (2005). Competence, Motivation and Identity Development during Adolescence. En C. Dweck y A. Elliot (Eds), *Handbook of Competence and Motivation* (pp. 222–239). Guilford.

## PACIENTES CORONARIOS HABLANDO DE RIESGOS NUTRICIONALES: ETIQUETADO NUTRISCORE Y MÁQUINAS DE «VENDING» EN LOS HOSPITALES

### CORONARY PATIENTS TALKING ABOUT NUTRITIONAL RISKS: NUTRISCORE LABELING AND VENDING MACHINES IN HOSPITALS

M. JOSÉ FERREIRA-DÍAZ<sup>1</sup>, ANA LAGUÍA<sup>1</sup> Y GABRIELA TOPA<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ferreira-Díaz, M. J., Laguía, A. y Topa, G. (2020). Pacientes coronarios hablando de riesgos nutricionales: etiquetado NutriScore y máquinas de «vending» en los hospitales [Coronary Patients Talking about Nutritional Risks: NutriScore Labeling and Vending Machines in Hospitals]. *Acción Psicológica*, 17(2), 135–152. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.30655>

#### Resumen

Este estudio analiza los discursos de una muestra de pacientes coronarios (N = 12) que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca. A través de dos grupos focales como técnica de investigación se realiza un estudio de metodología cualitativa. Este trabajo tenía dos objetivos principales: en primer lugar, conocer cuánta información manejaban los participantes acerca del nuevo etiquetado nutricional y las claves que persigue la ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria. En segundo lugar, valorar la adherencia a las charlas educativas del programa

de rehabilitación cardíaca, conocer su opinión acerca del contenido de las máquinas de “vending” de los hospitales y plasmar sus consejos y/o sugerencias a la hora de poder mejorar la calidad de la atención recibida. Los resultados muestran la importancia de seguir reforzando la educación para que los pacientes puedan optar por una conducta más adaptativa en cuanto a la adopción de una dieta cardiosaludable y asuman un papel más activo en su recuperación.

**Palabras clave:** Enfermedad coronaria; Alimentación saludable; Etiquetado nutricional.

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Ana Laguía, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

**Email:** [alaguia@psi.uned.es](mailto:alaguia@psi.uned.es)

**ORCID:** Ana Laguía (<https://orcid.org/0000-0002-4634-3127>) y Gabriela Topa (<https://orcid.org/0000-0002-9181-8603>).

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 30 de octubre de 2020.

Aceptado: 28 de diciembre de 2020.

## Abstract

This study analyzes discourses of a sample of coronary patients (N = 12) after attending a planned cardiac rehabilitation program. Through two focus groups as research technique, a qualitative study is carried out. The objective of this study was twofold. First, to know to what extent the participants had information about the new nutritional labeling and the key factors pursued by Spanish Law 17/2011, of July 5th, on food safety. Second, to assess adherence to the educational lectures within the cardiac rehabilitation program, to know their opinion about the contents of the vending machines in hospitals, and to identify their advices/suggestions in order to improve the quality of the care services they receive. The results show the importance of reinforcing educational programs aimed at patients so they can choose a more adaptive behavior in terms of adopting a heart-healthy diet by assuming a more active role in their recovery.

**Keywords:** Coronary artery disease; Healthy diet; Nutrition labeling.

## Introducción

Aunque hoy la COVID-19 es una causa de gran número de decesos, la enfermedad cardiovascular continúa siendo un grave problema de salud pública. En los últimos años, la enfermedad cardiovascular ha sido la primera causa de muerte en España y en el mundo, de ahí la importancia de seguir trabajando en la prevención y control del riesgo cardiovascular. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), aproximadamente 17,7 millones de personas murieron en todo el mundo a causa de enfermedades cardiovasculares en 2015, es decir, más de 3 de cada 10 habitantes. Se estima que en 2030 más de 23 millones de personas morirán por enfermedad cardiovascular en el mundo y que esta seguirá siendo la principal causa de muerte.

En España, el avance de los últimos datos relativo a enero-mayo 2020 (INE, 2020) pone de manifiesto que el 23,0% de las defunciones en los cinco primeros meses de 2020 fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades infecciosas que incluyen la COVID-19 fueron las segundas (un 20.9 % del total) superando a los tumores (20.4 %). Según la OMS (2017), la enfermedad cardiovascular no solo supone un problema por su elevada tasa de mortalidad sino también por el elevado número de discapacidad que produce. Las cifras de incremento de mortalidad apuntan a que está yendo en aumento y que llegará a convertirse en una auténtica pandemia si no se logran controlar los factores de riesgo cardiovascular.

Facilitar a la población conocimientos acerca de estas enfermedades así como el control de los principales factores de riesgo, tendría efectos beneficiosos sobre la salud, ya que ayudaría a la adquisición de hábitos saludables reduciendo significativamente la probabilidad de sufrir este tipo de dolencias (García et al., 2009). Por tanto, este trabajo pretende plasmar la importancia de la prevención cardiovascular, donde los profesionales de enfermería juegan un papel crucial a la hora de aumentar los conocimientos de los pacientes a través de la educación sanitaria. Ya se ha estudiado que las acciones preventivas que realiza enfermería promueven la salud y previenen la enfermedad evitando la necesidad de una atención aguda o rehabilitadora (Martínez Linares et al., 2014). En cuanto a la alimentación se refiere, cabe destacar que en los últimos años los hábitos alimenticios han cambiado mucho. La evidencia científica es contundente en cuanto al peso que una buena alimentación tiene en la salud de las personas y especialmente en la salud cardiovascular (Berciano y Ordoñez, 2014). Los alimentos pueden incidir tanto en la propia enfermedad como en los distintos precursores de la misma, como la hipertensión, el colesterol, el peso corporal o la diabetes. La limitación en la ingesta de grasas saturadas y trans, como de azúcares simples y sal, además de la apuesta por el incremento de verduras, frutas, legumbres, cereales integrales y frutos secos, constituyen los pilares básicos de lo que se identifica como una alimentación saludable (García García et al., 2015; Piepoli et al., 2016).

El presente trabajo tiene como objetivo, en primer lugar, conocer cuánta información maneja un grupo de participantes que acuden a un programa de rehabilitación cardíaca acerca del nuevo etiquetado nutricional y las claves que persigue la ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad

alimentaria. El pilar básico de estos programas de rehabilitación es la educación y están enfocados mayormente en la recuperación de los pacientes que han sufrido un evento coronario. El segundo objetivo es valorar la adherencia a las charlas educativas del programa de rehabilitación cardíaca, conocer su opinión acerca del contenido de las máquinas “vending” de los hospitales y plasmar sus consejos y/o sugerencias a la hora de poder mejorar la calidad de vida de la atención recibida. Este estudio contribuye a profundizar en dichos aspectos para mejorar el abordaje educativo orientado a la prevención y control del riesgo cardiovascular.

### ***Programas de Rehabilitación Cardíaca: Definición y Objetivos***

Los programas de rehabilitación cardíaca, los cuales constituyen estrategias de prevención secundaria y terciaria, tienen como objetivo la reintegración del paciente a su vida emocional, familiar y laboral (Casaverde Pineda, 2018). La American Heart Association (AHA) y la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) definen la rehabilitación cardíaca como el conjunto de intervenciones interdisciplinarias realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social (Guzmán y Alcalá Ramírez, 2010). Se recomienda que los servicios de rehabilitación cardíaca sean integrales, es decir, que no solo incluyan la evaluación médica sino también la prescripción de ejercicio físico y el control de los factores de riesgo, así como intervenciones educativas. Una de las grandes diferencias con otros colectivos de pacientes con seguimiento hospitalario deriva en la metodología utilizada *health coaching*, un modelo de intervención innovador que consiste en el adiestramiento de la autoeficacia del paciente y adquisición de habilidades para que él mismo sepa cómo manejar su enfermedad. Este metodología hace que los pacientes sean los protagonistas de su autocuidado, identificando metas y planes de acción maximizando el bienestar y la salud en general (Gierisch et al., 2017).

Se ha constatado que aunque el número de unidades dedicadas a estos programas haya ido creciendo de manera exponencial en los últimos años, todavía resulta insuficiente. En Europa, menos del 50 % de los pacientes can-

didatos se benefician de la rehabilitación. En concreto en España tan solo el 2-3 % de la población accede a estos programas, ya que es ofrecida solo por 12 centros públicos del Sistema Nacional de Salud (Alba Martín, 2018).

La rehabilitación persigue una mejoría de la calidad de vida de los pacientes permitiéndoles una pronta reincorporación familiar, social y laboral. Identifica y ayuda a corregir las causas que le han producido la cardiopatía, mejorando la evolución de la enfermedad cardiovascular e influyendo sobre la condición física, mental y social. Cabe destacar una vez más el papel que la enfermería desempeña dentro estos programas referido a la valoración, estratificación de riesgo, entrenamiento y vigilancia del paciente, así como en las actividades educativas (Pinson Guerra, 2001).

Las intervenciones educativas tienen mucho peso dentro de los programas de rehabilitación cardíaca ya que el conocimiento puede impulsar comportamientos que promueven la salud de las personas (Mooney y Franks, 2011). Hay evidencia de que la educación mejora la calidad de vida relacionada con la salud (Anderson et al., 2017). En relación a la actividad física, se ha realizado un estudio específico en España sobre la salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria, donde se pone de manifiesto que la práctica regular de ejercicio puede ayudar a mejorar la percepción de la salud y actuar como un antidepresivo natural, siendo fundamental para mantener la calidad de vida relacionada con la salud (Stein et al., 2014). Asimismo, otro punto clave de la rehabilitación consiste en que los pacientes entiendan la razón y el porqué de su tratamiento farmacológico, los efectos secundarios de los fármacos y las interacciones medicamentosas. Los pacientes con patología coronaria bien informados se adhieren mejor a las instrucciones prescritas (Zhao et al., 2015). Además, los materiales educativos deberían ir enfocados en proporcionar información básica sobre los aspectos clínicos de la enfermedad y consejos prácticos de cómo lograr y mantener importantes cambios de comportamiento, teniendo en cuenta las necesidades y percepciones de los usuarios de salud (Peterson et al., 2014).



## ***La Alimentación Saludable: Definición y Justificación***

La dieta saludable es la piedra angular de la prevención en la enfermedad cardiovascular. La modificación de los hábitos de estilo de vida, en especial el de la alimentación, es uno de los puntos fuertes a la hora de disminuir el riesgo de la enfermedad coronaria. Se sabe que más de la mitad de la reducción de la mortalidad cardiovascular se ha atribuido especialmente a la reducción de la colesterolemia, la presión arterial (PA) y el tabaquismo, una tendencia favorable contrarrestada principalmente por el aumento de otros factores de riesgo, como son la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (Flores-Mateo et al., 2011).

En consecuencia, la pertinencia de este estudio reside en mejorar el abordaje educativo a la hora de seguir trabajando en la prevención y control del riesgo cardiovascular ya que la literatura científica sugiere que se podría evitar hasta un 80 % la enfermedad cardiovascular y un 40 % la enfermedad oncológica si fuésemos capaces de eliminar las conductas de riesgo (Tabassum y Batty, 2013). Cabe señalar que el control poblacional de los principales factores de riesgo en España es todavía muy bajo, tan solo un 22.7 % en la hipertensión arterial y un 13.2 % en el colesterol, por lo que se concluye que aun existe amplio margen de prevención en nuestro quehacer diario (Banegas et al., 2012; Grau et al., 2011; Guallar-Castillón et al., 2012).

Aunque bien es cierto que se puede afirmar que la legislación dirigida a disminuir el consumo de tabaco y el contenido de sal, azúcares y ácidos grasos de tipo trans en los alimentos es una estrategia coste-efectiva (Agüero et al., 2013; Pereira et al., 2013), algunas publicaciones señalan que en nuestro país se debería regular legalmente la publicidad alimentaria dirigida a niños prohibiendo algunos productos dañinos para la salud (Del Pino y Royo-Bordonada, 2016). En cuanto al etiquetado nutricional, puede resultar útil un esquema simplificado basado en códigos de color de tal modo que en la parte frontal de los envases de los productos alimentarios se indique la composición de nutrientes de nivel alto, medio o bajo. Con este método, un semáforo nutricional múltiple, los consumidores podrían identificar los productos más saludables de

forma fácil (Hawley et al., 2013; Prieto-Castillo et al., 2015).

## **Método**

### ***Participantes***

A través de dos grupos focales realizamos un estudio de investigación de metodología cualitativa. El estudio está circunscrito al Hospital Lucus Augusti de Lugo y en concreto al Servicio de Rehabilitación Cardíaca. La inclusión en el programa de rehabilitación cardíaca sigue la práctica clínica habitual de derivación; en su mayoría son pacientes con cardiopatía isquémica, aunque puede haber alguno de insuficiencia cardíaca. En cualquier caso, la inclusión en el programa la decide el facultativo responsable en base a unos criterios establecidos. Esta unidad entró en funcionamiento hace cinco años y atiende a una media de doscientos pacientes al año. La inmensa mayoría son pacientes que sufren cardiopatía isquémica, enfermedad más frecuente en hombres, aunque cabe decir que la frecuencia en mujeres se iguala a partir de la menopausia.

Los participantes en el presente estudio son pacientes coronarios incluidos en dicho programa de rehabilitación durante el año 2019. En el momento de realizar el estudio había 24 pacientes en el programa de rehabilitación cardíaca y se les ofertó la inclusión a 20. El único criterio de exclusión ha sido incapacidad a nivel cognitivo o neurológico. Se excluyeron dos, por patología psiquiátrica y por deterioro cognitivo tras sufrir anoxia a consecuencia de varias paradas cardíacas; en cuanto a los otros dos pacientes, tenían problemas de desplazamiento para acudir a las sesiones de rehabilitación. Los participantes aceptaron libremente participar en este estudio firmando el documento de consentimiento informado.

Tal y como sugiere la evidencia consultada (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013) se intentó establecer grupos homogéneos, con características similares en cuanto a edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de estudios. Siguiendo los criterios de selección, se incluyó inicialmente a 10 personas en cada sesión, para poder trabajar de forma adecuada con el grupo. Finalmente, por problemas de des-

**Tabla 1.**

*Características de los participantes Grupos Focales A y B*

Nombre	Edad	Sexo	Estudios	Ocupación
A1	57	M	Primarios	Cocinera
A2	68	H	Secundarios	Jubilado
A3	54	H	Primarios	Maderista
A4	57	H	Primarios	Jubilado
A5	41	H	Primarios	Jardinero
A6	76	H	Secundarios	Jubilado
B1	42	H	Secundarios	Sanitario
B2	58	H	Primarios	Ventas
B3	65	H	Primarios	Construcción
B4	51	H	Primarios	Vendedor ganado
B5	49	M	Universitarios	Administrativo
B6	63	H	Primarios	Jardinero

plazamiento y asuntos personales/laborales solo se consiguió una media de seis participantes en cada una de las sesiones (Tabla 1).

En cuanto a nivel educativo se refiere, tan solo uno de nuestros participantes tenía estudios universitarios. En la literatura consultada se observa que el grado de escolaridad es importante en la adherencia a los programas de rehabilitación. Al tener bajo nivel educativo resulta más complicada la comunicación con los profesionales de la salud y con su familia. También se asocia a estos participantes un perfil de persona más desfavorecida por tener menores ingresos económicos y un insuficiente conocimiento de lo que son los factores de riesgo (García Alcaraz et al., 2009).

Referente al estado civil, todos estaban casados o tenían pareja estable salvo uno de los participantes. La literatura señala que la relación del apoyo familiar se asocia con una disminución de ansiedad y depresión, además de contar con un apoyo considerable en cuanto a hacer reformas en su estilo de vida. Por el contrario, a los pacientes viudos o solteros se les vincula con una mayor dificultad para rehabilitarse, asociándolo a un sentimiento de incapacidad a la hora de practicar ejercicio, tener una dieta adecuada o dejar de fumar (Berkman et al., 1991; Duarte, 2009).

En relación al género, la razón de la baja participación de las mujeres en los programas de rehabilitación cardíaca

está descrita por varios autores. Ello se atribuye a la dificultad de participación debido a los diferentes roles de cuidador informal (hijos/nietos, esposo, o familiar dependiente de ellas en el hogar). Asimismo, suele haber otras cuestiones reseñables asociadas como pueden ser la falta de seguridad o de experiencia previa con el ejercicio y el limitado apoyo cultural para llevar un estilo de vida físicamente activo (Loose y Fernhall, 1995).

### *Instrumento*

Para analizar los discursos de los participantes utilizamos el grupo de discusión como técnica central de la investigación, complementándolo con otras técnicas como son la observación de los participantes. El análisis de las grabaciones se complementó con las notas de campo.

En primer lugar, se tiene en cuenta lo que se denomina el microanálisis del interlocutor, donde se recolecta, analiza e interpreta información meticulosa sobre cuestiones tales como: qué participante responde a cada pregunta, en qué orden responde cada uno de ellos, cuáles son las características de las respuestas y qué tipo de comunicación no verbal utilizan, entre los aspectos más relevantes (Onwuegbuzie et al., 2011). Gracias a este microanálisis el moderador pudo provocar que el participante más discreto tomase la palabra y también controlar al líder espontáneo que intentaba en alguna ocasión monopolizar la discusión. También se hizo necesario reconducir al grupo

**Tabla 2.***Preguntas de investigación y preguntas de la entrevista correspondientes*

<b>Preguntas temáticas de investigación (PTI)</b>	<b>Preguntas dinámicas de entrevista (PDE)</b>
¿Qué nivel de conocimientos hay acerca del etiquetado nutricional?	¿Has oído hablar del etiquetado? ¿Te resulta necesario? ¿Crees que podría ayudarte?
¿Hay conocimiento acerca de las claves que persigue la ley de seguridad alimentaria?	¿Conoces la ley? ¿Te parecen acertadas las claves que persigue?
¿Qué nivel de adherencia hay a las charlas educativas del programa de rehabilitación cardíaca?	¿Cuál era tu propósito principal al acudir? ¿Has hecho alguna reforma a partir de escucharlas?
¿Cuál es el profesional sanitario referente en materia de alimentación?	¿A quién te diriges para asesorarte en materia de alimentación? ¿Quién es tu referente?
¿Qué opinión merecen los “vending” hospitalarios?	¿Ves alguna conexión entre salud y “vending”? ¿Te resulta interesante el contenido?
¿Qué consejos/sugerencias podrían facilitarnos a los profesionales de la salud?	¿Cómo podríamos mejorar nuestro servicio? ¿Tienes alguna propuesta o idea?

cuando las características de las respuestas se derivaban a otro tema ajeno al que se había propuesto. Igualmente se prestó mucha atención al lenguaje corporal, cualquier gesto, postura o movimiento de cuerpo y rostro que pudiera transmitir alguna información.

En cuanto al guion de la entrevista, se han utilizado preguntas abiertas para abrir paso a la discusión (Tabla 2; por ejemplo, ¿Has oído hablar de...? ¿Qué opinión te merece...? ¿Cómo crees que se puede mejorar...? ¿Qué consejo/sugerencia podrías aportar...?). Según Kvale (1996), el propósito de una entrevista de investigación cualitativa se centra en la obtención de descripciones cualitativas del mundo del entrevistado con respecto a la interpretación de su significado. Siguiendo su modelo, el propósito de la entrevista en relación al motivo de la investigación, se ha trabajado en el diseño de preguntas basadas en el conocimiento que se busca y se han tenido en cuenta las implicaciones éticas.

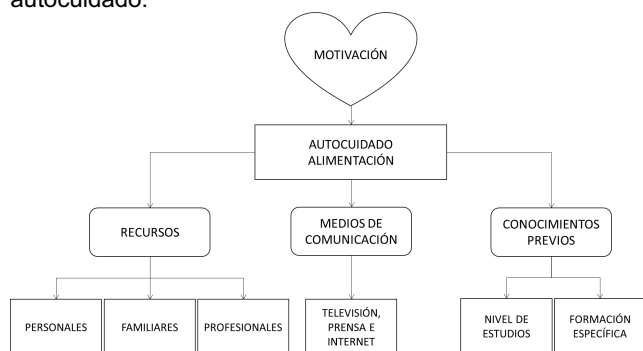
**Tabla 3.***Categorías obtenidas para el análisis de contenido*

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>
Categoría 1	Nivel de conocimientos acerca del etiquetado nutricional NutriScore
Categoría 2	Análisis de las claves que persigue la nueva ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria
Categoría 3	Consejos y sugerencias para fomentar alimentación saludable
Categoría 4	Profesionales sanitarios referentes en materia de alimentación
Categoría 5	Adherencia de la charla educativa dieta cardiosaludable incluida en el programa de rehabilitación cardíaca
Categoría 6	Visión del “vending” en los hospitales

La relación interpersonal que surge en el contexto de una entrevista ha permitido un diálogo sin inducir ni forzar respuestas. Así se ha podido analizar el nivel de conocimientos establecidos en las diferentes categorías posteriormente descritas (Tabla 3), utilizando el marco conceptual que se recoge en la Figura 1. Según la Fundación Internacional del Autocuidado (2016), uno de los pilares básicos del autocuidado es el conocimiento y alfabetización de la salud. Esta última es definida por la OMS (1998) como la representación de las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder, comprender y utilizar la información para promover y mantener una buena salud. En particular, dentro del autocuidado y la alimentación destacan tres dominios conceptuales: los conocimientos previos, los recursos con que cuenta cada persona y los medios de comunicación.

**Figura 1.**

Marco conceptual sobre los factores que influyen en el autocuidado.



El guion de preguntas permite cubrir una serie de áreas temáticas que abarcan los objetivos planteados en la investigación. Teniendo en cuenta que la mala alimentación es la primera causa de muerte por enfermedades cardíacas, se diseña un mapa de categorías identificadas como relevantes para recoger la información necesaria para el estudio. En el debate a fondo se plantean los temas elegidos desde una escucha activa no enjuiciadora. La entrevista proporciona un acceso único al mundo vivido de los participantes, que describen en sus propias palabras sus experiencias y opiniones. De ahí la importancia de traducir las cuestiones de investigación en preguntas o asuntos de conversación, transformando las preguntas académicas en un lenguaje coloquial y cercano para los participantes.

### *Procedimiento*

En el diseño y la planificación de la investigación en cuanto a la selección de los participantes, la elaboración del guion de temas y la conducción de las reuniones se han seguido las directrices de la literatura al igual que en relación a la técnica de recolección de datos y posteriormente el análisis de su contenido (García Calvente y Mateo Rodríguez, 2000; Silveira Donaduzzi et al., 2015). La estrategia utilizada para la recogida de datos fue la entrevista grupal, semiestructurada y con preguntas abiertas, dispuesta en tres fases. Antes del inicio de cada sesión se solicitó el consentimiento para grabar el audio, explicando que el objetivo era hacer una descripción literal de las mismas y que esta grabación iba a ser custodiada por la inves-

tigadora principal y destruida después de las transcripciones.

En la primera fase, se presentaron los participantes y se explicó el propósito del estudio, se les leyó una hoja de información detallada, facilitándoles así el consentimiento informado. En la segunda fase, se desarrolló la entrevista y en la tercera fase, se hicieron las conclusiones pertinentes del estudio, a través de la síntesis de ideas clave. Mediante la observación se analizó el lenguaje no verbal de los participantes entrevistados, tomando dos investigadores notas de campo.

Cada grupo focal fue realizado en el mes de marzo de 2019, en una sala de reuniones de una cafetería céntrica de la ciudad de Lugo, contemplando así el llevar a nuestros pacientes a un terreno neutral, con el fin de evitar el sesgo de los resultados en la investigación. La duración aproximada para cada reunión fue de 90 minutos.

### *Análisis de datos*

Los datos obtenidos de los grupos focales fueron analizados por tres investigadores diferentes. Después de la transcripción literal de los datos grabados y las notas de campo recogidas tras la observación, se analizaron los pasajes de los participantes. Para preservar la confidencialidad, los datos fueron codificados y luego clasificados posteriormente en cinco categorías (Tabla 3), que fueron formadas por la investigadora principal siguiendo un enfoque teórico centrado en el conocimiento y alfabetización en materia alimentaria. En el proceso de codificación se añadió una sexta categoría a las cinco que había planteadas en un inicio, tras advertir que los participantes daban mucho peso en su discurso a la figura de un profesional especialista en nutrición. Las transcripciones se realizaron sin ningún tipo de programa informático. Se trabajó en el análisis del contenido textual a partir de criterios sintácticos, semánticos y pragmáticos, según las recomendaciones de Navarro y Díaz (1999). Los tres investigadores pusieron posteriormente en común los datos obtenidos para analizar la concordancia de los resultados finales de la intervención. En el proceso de codificación se relacionaron las unidades de registro con las unidades de contexto establecidas en el mapa de categorías, con el fin de poder así agru-

par e interpretar la información de una forma organizada (Aguilar, 1999; Valles, 1997). Cualquier inconsistencia en la categorización entre los investigadores fue resuelta por consenso.

## Resultados

A continuación, se analiza cada una de las seis categorías identificadas (Tabla 3).

### *Primera Categoría Temática: Etiquetado NutriScore*

En cuanto a la próxima implantación del “semáforo nutricional”, tan solo cuatro de los 12 participantes habían oído hablar de este sistema de etiquetado. En general todos consideraron que es una buena iniciativa que ayudaría al consumidor a tomar mejores decisiones a la hora de hacer la compra, identificando y calificando de una forma muy visual el valor nutricional de los alimentos.

Los fragmentos más representativos de esta categoría son: A1 “yo no veo bien las letras pequeñas y me ayudaría a saber lo que como”. A2 “por colores salta más a la vista, me parece una buena idea”. A3 “yo ya lo he visto en otros países, no sé a qué esperan para implantarlo aquí, ya debería ser una realidad”. B5 “es una manera de promocionar lo más saludable, se podría así consumir lo bueno, ahora lo que más se vende es lo elaborado y precocinado”. B1 “lo light no es tan bueno como parece, así sabríamos lo que lleva”. B6 “a mí me parece bien, pero de todas formas creo que la publicidad es muy engañosa y puede seguir haciéndonos comprar de igual forma lo no saludable”.

En segundo lugar, genera controversia la cuestión de que los jóvenes son los que peor comen o no saben comprar. Por ejemplo, B3 “En los supermercados todo se aprovecha y se congela, la gente joven consume mucho alimento procesado y comida basura, no hay más que verles la cesta de la compra. Las prisas no te dejan cocinar mucho y vas a lo rápido”. En cambio para otros de los participantes son sus hijos los que les enseñan y aconsejan. B5 “yo antes estaba convencido de que había que comer carne para estar bien alimentado. Mis hijos me dicen que no

coma ciertas cosas y también son muy exigentes con lo que tenemos que reciclar en casa. El semáforo me ayudaría”.

En general, perciben que el semáforo no solo les haría elegir mejor el producto sino que también podría hacerles más conscientes del riesgo de consumir ciertos productos. Afirman que la información es conocimiento y el color rojo, asociado a prohibido el paso, les serviría para reflexionar a la hora de hacer la compra.

### *Segunda Categoría Temática: Ley 17/2011, 5 julio, de seguridad alimentaria*

Tres de los pacientes refieren conocerla. Por unanimidad les parece acertado que restrinjan lo poco saludable y que la gente sea conocedora de los riesgos nutricionales de consumir ciertos productos de alto contenido en azúcar, grasas, sal y calorías. B3 “en los colegios hubo problemas con los catering, los niños se plantaron y no quisieron comerlos”. B4 “yo la obesidad en mi caso la achaco al tapeo y los vinos”. A6 “hay niños obesos porque comen muchas hamburguesas, pizzas y comida basura”.

Todos afirman estar convencidos de que se deben tomar medidas para luchar contra la obesidad. Sostienen que las claves que persigue la ley son acertadas, que la estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS) es una buena idea pero que la ley debería ser más rigurosa. B5 “yo sé que hay trampas, la etiqueta blanca con franja azul no quiere decir que la carne sea gallega”. B2 “bueno, yo creo que si fuera muy rigurosa, no llegaríamos a ser competitivos con nuestros productos”.

En general los entrevistados no muestran convencimiento de que la ley mantenga la seguridad en toda la cadena alimentaria, es decir, desde la granja hasta la mesa. A5 “no es verdad que todo venga en las etiquetas, porque si no algunas carnes no las comería nadie, ¿cómo se puede criar un pollo en tan poco tiempo? ¿cómo hacen para que engorden y aumenten de peso creciendo tan rápido?, no van a poner en las etiquetas lo que les dan. Yo llevo criando animales toda mi vida y sé de lo que estoy hablando”. B2 “sois unos privilegiados los que podéis comer

animales criados en casa, los demás pedimos desde aquí que no prostituyan demasiado las carnes de granja que compramos”.

### ***Tercera Categoría Temática: Fomentando una Alimentación Saludable***

En general hay una clara dominancia en el grupo en cuanto a reivindicar más educación sanitaria. B3 “se deberían dar charlas en las aldeas, allí hay casas escuelas donde se podría enseñar a la gente a saber comer”. A5 “pienso que se debería fomentar más lo ecológico y enseñar también a las madres, no solo a los niños en las escuelas”. B2 “yo he aprendido a comer gracias al programa de rehabilitación cardíaca, se deberían extender esas charlas cardio-saludables, el bis a bis es lo que funciona, vosotros los profesionales deberíais hacer como los curas, reunir a mucha gente para poder enseñarles a comer”. A3 “un diagnóstico te cambia la vida y una buena educación sanitaria más. Las charlas y los talleres son necesarios”. B4 “yo haría una campaña que llegase a más gente, y la haría impactante como la de la DGT”. B5 “es bueno aprovechar los medios de comunicación para dar una buena información y también las redes sociales”. A5 “antes de mi enfermedad no leía los suplementos de la prensa, ahora voy a la sección que habla de salud y tomo notas, la prensa me ayuda”. A4 “el médico de atención primaria te dice que tienes que andar y pasear pero no te enseña a saber comer, se le debería dar más importancia a eso”. B1 “la publicidad es engañosa, no todo lo que aparece en los anuncios es cierto, no es una información del todo fiable, por eso necesitamos más educación en materia alimentaria”. B3 “se le sigue dando mucho contenido publicitario a la comida basura, como esas pizzas congeladas que aparecen en los anuncios y eso hace mucho daño”. A3 “ayudaría mucho dar a conocer el número de afectados, que se sepa que la gente enferma por no saber comer”. B4 “yo no me había parado a pensar la importancia que tenía la alimentación, somos muchísimos los que estamos mal y la gente no es consciente de eso”.

La sensación de los dos grupos es que se debería compartir su experiencia para trabajar en materia de prevención; sugieren que sus vivencias podrían tener impacto en

la vida de otras personas a la hora de abandonar hábitos de vida perjudiciales para la salud. B1 “sería bueno que pudiera escucharnos mucha gente, así no enfermarían como lo hicimos nosotros por no saber hacer bien las cosas”.

### ***Cuarta Categoría Temática: Profesionales Sanitarios Referentes en Materia de Alimentación***

Diez de los pacientes entrevistados reclaman la figura del nutricionista para poder disponer de consejos especializados y personalizados. A2 “no todos podemos comer lo mismo, ni la misma cuantía, los consejos de un dietista serían necesarios”. B4 “estaría bien que hubiera un dietista para completar el equipo de profesionales”.

A día de hoy, se decantarían por los profesionales de atención primaria (medicina de familia, enfermería) como primer referente a los que pedirían ayuda o consejo, a falta de la figura de nutricionista. B5 “mi médico de familia poco me orienta y la enfermera me pesa y me mide la glucosa, me gustaría que hubiera la figura de un dietista”. B1 “la enfermera de atención primaria es la que me pesa y me habla de la dieta”.

En muchos casos, el programa de rehabilitación cardíaca ha sido el primer contacto que han tenido estos pacientes con la educación alimentaria. A3 “a mí la enfermera de rehabilitación cardíaca fue la que me abrió los ojos, en el programa me enseñaron a comer sano”. B2 “yo he aprendido a comer gracias al programa de rehabilitación cardíaca”.

### ***Quinta Categoría Temática: Adherencia a la Charla Dieta Saludable del Programa de Rehabilitación Cardíaca***

El concepto de adherencia en el caso de las charlas viene dado por el comportamiento del individuo frente a este modo de vida saludable, es decir, el cumplimiento o no de las pautas que deberían seguir frente a las recomendaciones de salud. Todos los participantes admiten haber hecho en mayor o menor medida reformas alimentarias a

partir del programa de rehabilitación cardíaca. La gran revolución ha sido el desayuno, salvo un participante de los 12 entrevistados, ninguno desayunaba, como mucho, alguno confesó que tomaba un café rápido. Otros cambios frecuentemente compartidos por los participantes son la reducción del consumo de algunos alimentos (por ejemplo carne roja o bollería) y el aumento de otros productos (por ejemplo, vegetales o agua), así como el cambio de forma de preparación de los alimentos (por ejemplo, a la plancha o al vapor). B3 “¡yo ahora desayuno!, incluso por la mañana como más que a la comida. B4 “yo consumo menos carne, como más a la plancha, al horno, más verdura y también he incluido yogures y frutos secos”. A3 “bebo más agua y como menos carne, el desayuno ahora para mí es también una comida”. B4 “he cambiado radicalmente mi alimentación, he eliminado la bollería, el cerdo no lo he vuelto a probar y como mucha verdura”. B1 “ya no tomo refrescos azucarados, solo ocasionalmente, también he cambiado la sacarina por la panela”. B2 “antes comía carne todos los días, ahora solo un día a la semana”. B4 “para mí la ensalada poco más era que comer un poco de lechuga”.

Por último, se reseña un discurso muy interesante referido a la práctica del ejercicio físico como elemento motivador a la hora de impulsar a la asistencia y participación en las charlas educativas. A3 “yo creo que el ejercicio me ha ayudado a estar más activo en las charlas, no sé, como más comprometido”.

### *Sexta Categoría Temática: Visión del “Vending” en los Hospitales*

Hay una clara determinación del grupo a cambiar los contenidos de las máquinas expendedoras en casi todos los productos. Tienen plena convicción de que el hospital en su conjunto, debería velar por la salud de las personas. B3 “hay mucha fruta que se podría incluir y que podría aguantar perfectamente varios días en las máquinas”. A5 “yo menos el agua lo cambiaría todo”. B6 “cambiaría la bollería por frutos secos naturales”. B4 “estaría bien incluir algo para la gente que tenemos intolerancias, yo ahora de viejo no tolero la leche”. A2 “yo incluiría las frutas desecadas, yogures y también frutos secos sin sal”.

Todos están de acuerdo por unanimidad que es una incongruencia el mensaje que reciben en el hospital, con la oferta de consumo, es algo que les parece disparatado. A4 “es incongruente pensar en cardiología y ver el contenido de los “vending”, choca frontalmente”. En estas máquinas se puede encontrar todo un abanico de productos insanos. Les gustaría que se vetaran todos esos productos dañinos y se promocionaran los saludables. Solicitan más productos ecológicos, con menos contenido en grasas, bajos en azúcar y que también se tenga en consideración a los celíacos. El “vending” de los hospitales, afirman, debería también apostar por lo cardiosaludable.

## Discusión

A través del análisis de los discursos de los participantes se ha explorado la información que manejaban en cuanto a riesgos nutricionales valorando asimismo la adherencia al programa de rehabilitación. Este análisis ha confirmado la eficacia de los programas de rehabilitación cardíaca focalizados en la mejora de hábitos dietéticos.

En primer lugar, en relación al etiquetado NutriScore (categoría 1), el análisis del discurso realizado es coherente con las publicaciones previas. El etiquetado frontal tiene un efecto positivo en la elección de alimentos saludables, con resultados variables en las dimensiones de compra y consumo (Santos-Antonio et al., 2019). El sistema del semáforo contrastado con una etiqueta nutricional estándar permite así dirigir la atención del consumidor a los nutrientes más importantes. Este semáforo, por tanto, podría ayudar a realizar elecciones alimentarias con menor cantidad en azúcares y sal (Galan et al., 2017). Cabe destacar que la literatura consultada sugiere que serían necesarias más investigaciones, para evaluar el impacto de la utilización de la información nutricional en forma de semáforo sobre los hábitos de compra y consumo real de los consumidores (Babio et al., 2013).

En segundo lugar, en cuanto al análisis de las claves que perseguía la ley 17/2011, de 5 julio, de seguridad alimentaria (categoría 2), los participantes apuntan que adolece de que no se haya disminuido demasiado la exposi-

ción al marketing alimentario no saludable tal como se contemplaba ya que perciben que los productos altamente energéticos y pobres en nutrientes siguen siendo una constante en los medios de comunicación. Cabe recordar que desde la OMS se recomienda reducir el impacto negativo de la publicidad de alimentos y bebidas ricos en grasas, 0 azúcares y sal en los hábitos alimentarios. Los participantes consideran que esta ley es demasiado permisiva también en los controles de calidad de los alimentos.

En tercer lugar, en el análisis de las sugerencias o consejos de los participantes (categoría 3) podemos apuntar el reclamo de más educación sanitaria centrada en la prevención de los factores de riesgo cardiovascular. Comentan la conveniencia de que los talleres y las charlas educativas llegasen a más gente. Sería bueno salir del hospital e ir a las escuelas, a los pueblos y que la publicidad no resultase engañosa y contribuyera a mejorar la salud de la población. Un incentivo a las empresas que producen y comercializan productos menos saludables podría ser útil para que investigaran en la adecuada sustitución y minimización de los productos ultraprocesados.

En cuanto al consenso de los participantes a la hora de reclamar la figura de un profesional especializado en nutrición (categoría 4), revisamos si la evidencia sostenía que los consejos llevados a cabo por un nutricionista podían ser más efectivos. Se identificó evidencia limitada al respecto. Tan solo se encontró un estudio observacional que mostró una mayor pérdida de peso y una mejoría de resultados relacionados con la dieta a partir de una intervención dietética, pero no fue posible determinar si el efecto es atribuido al hecho de ser una intervención realizada específicamente por un nutricionista en comparación con otro tipo de profesionales (IETSI, 2018).

En relación a la categoría 5, los participantes admiten que la educación recibida en el programa de rehabilitación les ha hecho reformar su patrón dietético. El consejo nutricional recibido en estos programas permite a los pacientes concienciarse de la importancia del seguimiento de una dieta adecuada. Estudios previos han encontrado un patrón alimentario que refleja la orientación nutricional recibida: aumento en la ingesta de frutas y vegetales, modificaciones en el consumo de grasa saturada por insaturada y consumo de leche descremada (Roselló Araya et al., 2001).

En general, debe hacerse mención a que los beneficios de los programas de rehabilitación tradicionales son transitorios debido al abandono y a la escasa duración de la intervención. Sin embargo, cabe destacar el estudio de López Frías et al. (2014) en el que se examinaron algunos parámetros de composición corporal y se realizó una valoración nutricional de todos los sujetos. Gracias al consejo nutricional recibido se observó un incremento de nutrientes cardiosaludables y que los sujetos que asistían al programa de rehabilitación tuvieron un mejor estado de hidratación.

Por último, los discursos analizados sobre el “vending” en el hospital (categoría 6) se alinean con la literatura revisada que es también concluyente en este sentido. Una publicación revela que bajar los precios puede ser un método eficaz de promover las opciones de alimentos deseadas en entornos comunitarios, como escuelas, lugares de trabajo y otros (French et al., 2001); esto es, promocionar una buena nutrición con opciones de alimentos sabrosos y saludables a precios atractivos manteniendo la rentabilidad general. Cada vez hay más estudios que ponen de manifiesto la inadecuada composición nutricional de los alimentos dispuestos en las máquinas “vending”, caracterizados por un elevado porcentaje de grasas, grasas saturadas, azúcares y sal (Martin Payo et al., 2020). Es importante señalar que existe una relación directa entre presencia y frecuencia de consumo, es decir, la presencia de alimentos ricos en grasas implica un mayor consumo de grasas (Matthews y Horacek, 2015). Asimismo, es especialmente relevante el discurso de uno de los participantes referido a la importancia del ejercicio físico como acicate a la hora de asistir y participar en las charlas educativas. Llama la atención no solo su presencia como refuerzo positivo en su recuperación sino también como el ejercicio se puede convertir en uno de nuestros mejores aliados en la educación para la salud. La literatura científica nos recuerda que además de relacionarlo con el fortalecimiento de las estructuras musculoesqueléticas, mejoras en los niveles de presión sanguínea y la salud cardiovascular global, no se debe olvidar que el ejercicio físico produce también beneficios a nivel neurocognitivo ya que mejora el aprendizaje y la memoria, aumenta la proliferación celular y la sobrevivencia del hipocampo, incrementando el volumen de materia gris y blanca (Bossio y Justel, 2018). En este mismo sentido cabe recordar que los estudios que más han



crecido durante los últimos años son los de la práctica de la actividad física por parte de personas adultas como actividad recreativa y saludable no solo pensando en él como un aliado en la educación sino también en los beneficios relacionados con el bienestar psicológico, algo a tener muy en cuenta en cualquier tipo de pacientes (Olmedilla et al., 2017).

### ***Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación***

La limitación más importante de este estudio es la reducida muestra. En particular, solo dos de los 12 participantes son mujeres. En futuras investigaciones se recomienda abordar un estudio desde la perspectiva de género para profundizar en los aspectos que pueden incidir de diferente manera en la enfermedad coronaria y la rehabilitación posterior. Por ejemplo, en un estudio previo se ha asociado la mala calidad del sueño de pacientes mujeres con un poder adquisitivo bajo además de un pobre nivel educativo, destacando la falta de sueño como un factor pronóstico en la enfermedad coronaria (Assari et al., 2013). Por otra parte, no todos los pacientes están en disposición de viajar, debe pasar al menos un mes después del evento coronario para que puedan conducir y les supone un problema el desplazamiento dentro de lo que es toda el área sanitaria. Otros ya se han incorporado al mundo laboral y solo disponen de tiempo para venir a rehabilitarse. De ahí que se haga necesario abordar en estudios posteriores muestras más amplias para obtener resultados significativos, tanto de pacientes con dolencia cardíaca como población general, con el objetivo de crear programas preventivos específicos. Dada la actual crisis sanitaria por la pandemia COVID-19, los grupos de discusión tendrían que realizarse online, aunque los conocimientos tecnológicos para la mayoría de los pacientes suponen una barrera dada la edad de los participantes. No obstante, los resultados obtenidos en el presente estudio son de utilidad para diseñar cuestionarios que permitan realizar investigaciones cuantitativas con muestras más amplias. Los participantes podrían cumplimentarlos en papel tras la revisión en el hospital y se podría profundizar en los aspectos prioritarios para mejorar las actividades formativas y preventivas.

A día de hoy, a consecuencia de la pandemia actual, se ha tenido que reducir la entrada de pacientes en el gimnasio para garantizar la distancia de seguridad. La educación sanitaria ha dejado de ser grupal, y tristemente no se puede contar con el mejor de los aliados, la familia; su presencia en las charlas formativas era de gran valía a la hora de poder apostar por un cambio de conductas y comportamientos dirigidos a modificar estilos de vida. Ahora les acercamos las charlas educativas a casa de forma online, vinculadas con códigos QR en los trípticos de las recomendaciones del programa. También proyectamos videos durante las sesiones de ejercicio y reforzamos lo aprendido con pequeñas píldoras informativas a través de la pizarra que se ha habilitado para tal fin en el gimnasio.

En cuanto a la ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria resulta complejo evidenciar si las expectativas o los logros que perseguía esta ley se han cumplido desde su puesta en marcha. Sería necesario ampliar este punto en investigaciones posteriores máxime cuando a día de hoy la cuenta atrás para la entrada en vigor de la legislación que limita el uso de grasas trans se puede afirmar que es ya una realidad. A partir del mes de abril de 2021, se hará efectiva esta necesidad que se venía reclamando desde diferentes entidades, entre ellas la Fundación Española del Corazón (FEC), por ser consideradas este tipo de grasas en los alimentos una amenaza para la salud pública ya que aumentan los niveles de colesterol malo (LDL) y triglicéridos y, por otra parte, disminuyen los niveles de colesterol bueno (HDL).

Asimismo, se hace necesario ampliar las investigaciones en cuanto a los contenidos de los “vending” hospitalarios para concienciar a las empresas del daño que provocan en la salud de las personas. En este sentido, sería interesante poder pactar con la industria alimentaria la posibilidad de diseñar otros contenidos atractivos saludables que pudieran minimizar el riesgo de consumir productos que nos enferman. El plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas (AECOSAN, 2018) diseñado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el objetivo de reducir el contenido de sal, azúcar y grasas es una de las medidas destinadas a crear entornos alimentarios más saludables (seguimos consumiendo productos reformulados pero reduciendo el 15% el azúcar máximo añadido). Pen-

sando como profesionales de la salud en forjar hábitos alimenticios saludables, entendemos que la incorporación de alimentos como la fruta, los frutos secos naturales, el agua o los lácteos sin azúcares en estas máquinas expendedoras ayudaría a los pacientes a la hora de tomar decisiones. Los hospitales en su conjunto deberían velar por la salud de las personas y evitar mensajes ambiguos que dificulten la adherencia a la educación sanitaria recibida en el programa de rehabilitación cardíaca.

### **Conclusiones**

En resumen, el impacto del programa de rehabilitación cardíaca ha sido clave en el manejo de la alimentación. Todos los participantes identificaban la dieta cardiosaludable con un aumento del consumo de verduras, legumbres, hortalizas y frutas, el aceite de oliva como grasa fundamental, los cereales integrales, la eliminación total de los azúcares y la reducción de la sal. También interiorizaron que la forma de cocinar influía en su salud, decantándose por el horno, la plancha y el vapor en la elaboración de sus platos. Los participantes manifestaron conocer sus objetivos de salud e hicieron cambios en su estilo de vida, para modificar sus factores de riesgo cardiovascular (colesterol elevado, hipertensión, sobrepeso, sedentarismo, etc.) algo que se hace crucial a la hora de luchar contra la enfermedad coronaria. Los consejos especializados en salud que habían recibido, se convirtieron también en un factor clave a la hora de modificar su alimentación, si lograban planificar su compra, leer las etiquetas y alimentarse de productos naturales sabían que podían influir en sus cifras de tensión arterial, niveles de colesterol y optar así por un peso saludable.

Los resultados de este estudio cualitativo muestran la importancia de seguir reforzando la educación para que los pacientes puedan optar por una conducta más adaptativa en cuanto a la adopción de una dieta cardiosaludable y asumir un papel más activo en su recuperación. El papel que juega el paciente y su autocuidado en el desarrollo de la cardiopatía isquémica se hace crucial para frenar la progresión de la enfermedad e impedir un nuevo evento coronario. El cambio de patrón dietético es una de las estrategias clave en los programas de rehabilitación cardíaca.

### **Agradecimientos**

Agradecemos a todos los participantes el tiempo dedicado al grupo focal y su buena disposición a compartir sus experiencias. Estos solicitan que plasmemos en el estudio las emociones que la enfermedad coronaria les provoca: miedo, aversión y angustia, de ahí el valor añadido que les supone poder contar con profesionales amables, cercanos y humanos a lo largo de todo su proceso. Algo que les devuelve las ganas de vivir, luchar y enfrentar el reto que la enfermedad les plantea.

### **Referencias**

- Aguilar, J. M. (1999). *Entrevista en profundidad* [Depth Interview]. Lumen Humanitas.
- Agüero, F., Dégano, I. R., Subirana, I., Grau, M., Zamora, A., Sala, J., Ramos, R., Treserras, R., Marrugat, J. y Elosua, R. (2013). Impact of a partial Smoke-Free Legislation on Myocardial Infarction Incidence, Mortality, and Case-Fatality in a Population-Based Registry: The REGICOR Study. *Plos One*, 8(1), Artículo e53722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053722>
- Alba Martín, R. (2018). Efectividad de la rehabilitación cardíaca en un grupo de pacientes de alto riesgo [Effectiveness of Cardiac Rehabilitation in a Group of High-Risk Patients]. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 75, 34–39.
- Anderson, L., Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Rossau, H. K. K., Bridges, C. y Taylor, R. S. (2017). Patient Education in the Management of Coronary Heart Disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), CD008895. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3>
- Asociación Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). (2018). *Plan de*

*colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN\\_COLABORACION\\_2020.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN_COLABORACION_2020.pdf)

- Assari, S., Moghani Lankarani, M., Kazemi Saleh, D. y Ahmadi, K. (2013). Gender Modifies the Effects of Education and Income on Sleep Quality of the Patients with Coronary Artery Disease. *International Cardiovascular Research Journal*, 7(4), 141–146.
- Babio, N., López, L. y Salas-Salvado, J. (2013). Análisis de la capacidad de elección de alimentos saludables por parte de los consumidores en referencia a dos modelos de etiquetado nutricional: Estudio cruzado [Capacity Analysis of Health Food Choice by Reference to Consumers in two Models of Nutritional Labeling; Crossover Study]. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 173–181. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6254>
- Banegas, J. R., Graciani, A., de la Cruz-Troca, J. J., León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., Coca, A., Ruilope, L. M. y Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Achievement of Cardiometabolic Goals in Aware Hypertensive Patients in Spain. *Hypertension*, 60(4), 898–905. <https://doi.org/10.1161/Hypertension.AHA.112.193078>
- Berciano, S. y Ordovás, J. M. (2014). Nutrición y salud cardiovascular [Nutrition and Cardiovascular Health]. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 738–747. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.05.003>
- Berkman, B., Millar, S., Holmes, W. y Bonander, E. (1991). Predicting Elderly Cardiac Patients at Risk for Readmission. *Social Work in Health Care*, 16(1), 21–38. [https://doi.org/10.1300/j010v16n01\\_03](https://doi.org/10.1300/j010v16n01_03)
- Bossio, M. y Justel, N. (2018). Impact of an Active Lifestyle on Emotional Memory. *Acción Psicológica*, 15(1), 39–56. <https://doi.org/10.5944/ap.15.1.21446>
- Casaverde Pineda, M., EscateQuijandría, M. y Guerrero Leon, P. (2018). *Calidad de vida en pacientes post infarto agudo de miocardio que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en un Instituto Nacional 2017* [Trabajo académico para optar el título de Especialista en Enfermería en Cuidado Cardiovascular, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20500.12866/3762/Calidad\\_CasaverdePineda\\_Miriam.pdf](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20500.12866/3762/Calidad_CasaverdePineda_Miriam.pdf)
- Del Pino, A. y Royo-Bordonada, M. Á. (2016). Ethical Evaluation of a Proposed Statutory Regulation of food Advertising Targeted at Minors in Spain. *Public Health Ethics*, 9(3), 312–327. <https://doi.org/10.1093/phe/phw029>
- Duarte, C. (2009). *Reabilitação Cardiovascular* [Tesis de Máster, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositorio de la Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21004/2/Reabilitao%20CardacaTese%20de%20mestrado.pdf>
- Flores-Mateo, G., Grau, M., O’Flaherty, M., Ramos, R., Elosua, R., Violan-Fors, C., Quesada, M., Martí, R., Sala, J., Marrugat, J. y Capewell, S. (2011). Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España 1988–2005 [Analyzing the Coronary Heart Disease Mortality Decline in a Mediterranean Population: Spain 1988-2005]. *Revista Española de Cardiología*, 64(11), 988–996. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.05.033>
- French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Breitlow, K. K., Baxter, J. S., Hannan, P. y Snyder, M. P. (2001). Pricing and Promotion Effects on low-fat vending

- Snack Purchases: The Chips Study. *American Journal of Public Health*, 91(1), 112–117.
- Fundación Española del Corazón. (2020). *Fundación Española del Corazón* [página web]. Recuperado de <https://fundaciondelcorazon.com/>
- Fundación Internacional del Autocuidado. (2016). Global support for the seven pillars of self-care. <https://isfglobal.org/1110-2/>
- Galan, P., González, R., Julia, C., Hercberg, S., Varela-Moreiras, G., Pérez-Rodrigo, C., y Serra-Majem, L. (2017). El logotipo nutricional NutriScore en los envases de los alimentos puede ser una herramienta útil para los consumidores españoles [Front-of-Pack Nutrition label NutriScore: An Useful Public Health Tool for Spanish Consumers]. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 23(2), 86–93.
- García Alcaraz, F., Alfaro Espín, A. y Moreno Sotos, J. L. (2009). Evaluación de resultados de salud: Panorama sobre el uso de medidas de resultados de salud basadas en el paciente en la práctica clínica. [Evaluation of Health Outcome. Overview of the Use of Patient-Based Health Outcome Measures in Clinical Practice]. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 286–293.
- García, R., Victoria, M., Fabo, M.-B., Cortés, A., Ortiz, P., González, R., Honrubia, L. y González, V. (2009). ¿Desde el hospital podemos hacer intervenciones para la educación sociosanitaria? [Can we Make Interventions to the Social and Health Education from the Hospital?]. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 53, 48–52.
- García García, C. R., Muñoz de la Casa, S., García López, F. y García Gálvez, C. (2015). Hábitos de vida perjudiciales. En J. J. Gázquez Linares, M. C. Pérez-Fuentes y M. M. Molero Jurado, I. *Mercader Rubio y A. B. Barragán Martínez, Investigación en salud y envejecimiento* (Vol. II; pp. 185–192). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP). <https://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/investigacion-en-salud-y-envejecimiento-volumenII.pdf>
- Gierisch, J. M., Hughes, J. M., Edelman, D., Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., Taylor, S. S., Kosinski, A. S., McDuffie, J. R., Swinkels, C., Razouki, Z. y Masilamani, V. (2017). *The Effectiveness of Health Coaching*. Department of Veterans Affairs, Evidence-based Synthesis Program (ESP), Project #09-010. <https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/health-coaching-REPORT.pdf>
- Grau, M., Elosua, R., Cabrera de León, A., Guembe, M. J., Baena-Díez, J. M., Vega Alonso, T., Javier Félix, F., Zorrilla, B., Rigo, F., Lapetra, J., Gavrila, D., Segura, A., Sanz, H., Fernández-Bergés, D., Fitó, M. y Marrugat, J. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: Análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS [Cardiovascular Risk Factors in Spain in the First Decade of the 21st Century, a Pooled Analysis With Individual Data From 11 Population-Based Studies: the DARIOS Study]. *Revista Española de Cardiología*, 64(4), 295–304. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2010.11.005>
- Guallar-Castillón, P., Gil-Montero, M., León-Muñoz, L. M., Graciani, A., Bayán-Bravo, A., Taboada, J. M., Banegas, J. R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Magnitude and Management of Hypercholesterolemia in the Adult Population of Spain, 2008-2010: The ENRICA Study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(6), 551–558. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2012.03.001>
- Guzmán, R. G. y Alcalá Ramírez, J. (2010). Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 53(5), p. 35–432.

- Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales [Focus Groups Technique]. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55–60.
- Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B. y Brownell, K. D. (2013). The Science on Front-Of-Package Food Labels. *Public Health Nutrition*, 16(3), 430–439. <https://doi.org/10.1017/S1368980012000754>
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (IETSI). (2018). *Guía de práctica clínica de rehabilitación cardíaca* [Guidelines of the Spanish Society of Cardiology for Cardiovascular Disease Prevention and cardiac rehabilitation]. Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- Instituto Nacional de Estadística. (INE). (2020). *Defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de [https://ine.es/prensa/edcm\\_ene\\_may\\_19\\_20.pdf](https://ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf)
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage.
- Loose, M. S. y Fernhall, B. (1995). Differences in Quality of Life among Male and Female Cardiac Rehabilitation Participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 15(3), 225–231. <https://doi.org/10.1097/00008483-199505000-00009>
- López Frías, M., Gómez Martínez, M., Ramírez López Frías, M., De Teresa Galván, C., Díaz Castro, J. y Nestares, T. (2014). Beneficio del seguimiento de un programa de rehabilitación cardíaca [Benefits of a Cardiac Rehabilitation Program on some Parameters of Corporal Composition]. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1366–1374. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7897>
- Martin Payo, R., Sánchez Díaz, C., Suarez Colunga, M., García García, R., Blanco Díaz, M. y Fernández Álvarez, M. del M. (2020). Composición nutricional de los alimentos de las vending de edificios públicos universitarios y hospitalarios de Asturias [Nutritional Composition of Vending Foods of Public University and Hospital Buildings in Asturias]. *Atención Primaria*, 52(1), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.010>
- Martínez Linares, J. M., Guisado Barrilao, R. y Ocaña Peinado, F. (2014). Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención [Cardiovascular Risk Assessment Models and Nursing Role in Prevention]. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 63, 44–48.
- Matthews, M. A. y Horacek, T. M. (2015). Vending Machine Assessment Methodology. A Systematic review. *Appetite*, 90, 176–186. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.007>
- Mooney, L. y Franks, A. (2011). Impact of Health Screening and Education on Knowledge of Coronary Heart Disease Risk Factors. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 51, 713–718. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2011.10127>
- Navarro, P. y Díaz, C. (1999). Análisis de contenido. En J. M. Delgado y J. Gutierrez (Coords.), *Metodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 177–224). Síntesis.
- Olmedilla, A. y Ortega, E. (2017). Deporte, rendimiento y salud: Una aproximación desde la psicología. Contribución de los autores españoles en Web of Science [Sport, Performance and Health: An Approach from Psychology. Contribution of Spanish Authors in Web of Science]. *Acción Psicológica*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.5944/ap.14.1.19250>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud*. Glosario. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. [https://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/)
- Onwuegbuzie, A. J., Leech, N. L., Dickinson, W. B. y Zoran, A. G. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales [A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research]. *Paradigmas: Una Revista Disciplinar de Investigación*, 3(2), 127–157.
- Peterson, J. C., Link, A. R., Jobe, J. B., Winston, G. J., Klimasiewski, E. M. y Allegrante, J. P. (2014). Developing Self-management Education in Coronary Artery Disease. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 43(2), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.006>
- Pereira, M., Azevedo, A., Lunet, N., Carreira, H., O'Flaherty, M., Capewell, S. y Bennett, K. (2013). Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality in Portugal between 1995 and 2008. *Circulation, Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(6), 634–642. <https://doi.org/10.1161/Circoutcomes.113.000264>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon J., ...Zamorano, J. L. (2016). Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 69(10), 939.e1–939.e87. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.004>
- Pinson Guerra, A. G. (2001). Rehabilitación cardiaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica [Cardiac Rehabilitation in Patients with Ischemic Cardiopathy]. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 9(2), 97–104.
- Prieto-Castillo, L., Royo-Bordonada, M. A. y Moya-Geromini, A. (2015). Information Search Behaviour, Understanding and Use of Nutrition Labeling by Residents of Madrid, Spain. *Public Health*, 129(3), 226–236. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.003>
- Roselló Araya, M., Guzmán Padilla, S. y Bolaños Arrieta, M. (2001). Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca en la alimentación, peso corporal, perfil lipídico y ejercicio físico de pacientes con enfermedad coronaria [Effect the Cardiac Rehabilitation Program on Food Patterns, Body mass index, Lipid Profile and Cardiovascular Fitness in Patients with Coronary Artery Disease]. *Revista Costarricense de Cardiología*, 3(2), 15–20.
- Santos-Antonio, G., Bravo-Rebatta, F., Velarde-Delgado, P. y Aramburu, A. (2019). Efectos del etiquetado nutricional frontal de alimentos y bebidas: sinopsis de revisiones sistemáticas [Effects of Front-of-Package Nutritional Labeling of Food and Beverages: Synopsis of Systematic Reviews]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, Artículo e62. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.62>
- Stein, A. C., Molinero, O., Correa, M. C. R. y Rosa, S. M. (2014). Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria [Physical Activity and Perceived Health in Patients with Coronary Artery Disease]. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(1), 109–116.
- Tabassum, F. y Batty, G. D. (2013). Are current UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Obesity Risk Guidelines Useful? Cross-sectional Associations with Cardiovascular Disease Risk Factors in a Large, Representative English Population. *PLOS ONE*, 8(7), Artículo e67764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067764>
- Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Zhao, S., Zhao, H., Wang, L., Du, S. y Qin, Y. (2015). Education is Critical for Medication Adherence in Patients with Coronary Heart Disease. *Acta Cardiologica*, 70(2), 197–204. <https://doi.org/10.1080/ac.70.2.3073511>