

ISSN: 2605-5295

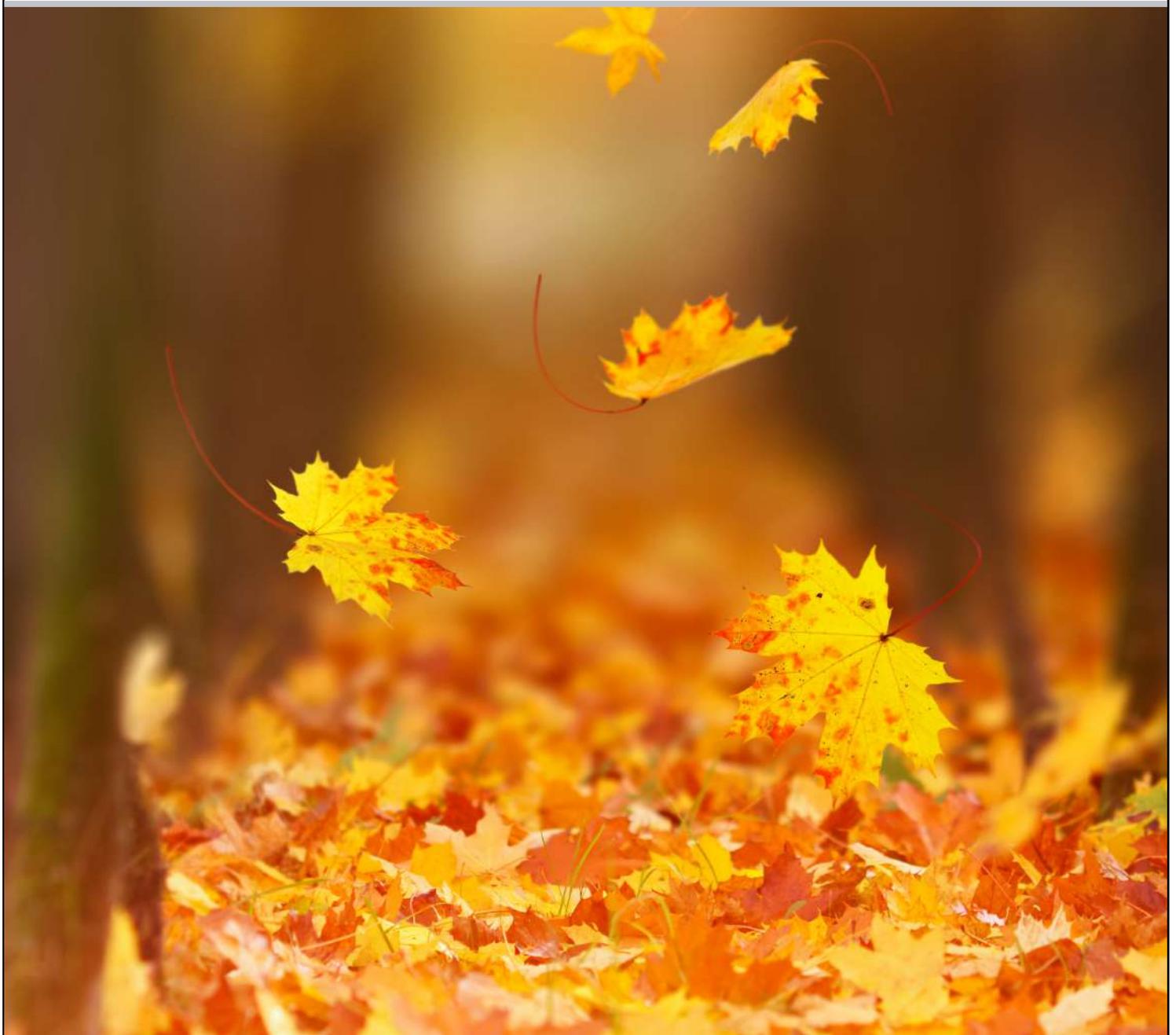
MLS PSYCHOLOGY RESEARCH



PSYCHOLOGY
RESEARCH

Julio - Diciembre, 2018

VOL. 1 NUM. 1



<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

EQUIPO EDITORIAL

Editor Jefe

Dr. Juan Luis Martín Ayala. Universidad Europea del Atlántico, España.

Editores Asociados

Dr. Julio Pérez-López. Universidad de Murcia, España.

Dr. Imanol Amaya Caro. Universidad de Deusto, España.

Dra. Laura Merino Ramos. Universidad de Deusto, España.

Dr. José Luis Carballo Crespo. Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

Dra. Mireia Oliva Macías. Universidad Europea del Atlántico, España.

Dra. Pamela Parada Fernández. Universidad Europea del Atlántico, España.

Dr. David Gil Sanz. Universidad Europea del Atlántico, España.

Dr. David Herrero Fernández. Universidad Europea del Atlántico, España.

Gestores de la revista

Beatriz Berrios Aguayo, Universidad de Jaén, España.

Comité Científico Internacional

José Antonio Adrián, Universidad de Málaga, España

Ana Aierbe, Universidad del País Vasco, España

Francisco Alcantud, Universidad de Valencia, España

Raquel-Amaya Martínez, Universidad de Oviedo, España

Pedro Arcía, Universidad Especializada de las Américas, Panamá

Enrique Arranz, Universidad del País Vasco, España

César Augusto Giner, Universidad Católica de Murcia, España

Sofía Buelga, Universidad de Valencia, España

Juan Luís Castejón, Universidad de Almería, España

Susana Corral, Universidad de Deusto, España

Erika Coto, Universidad de Iberoamérica, Costa Rica

Andrés Dávila, Universidad del País Vasco, España

Amaro Egea Caparrós, Universidad de Murcia, España

María Eugenia Gras, Universidad de Girona, España

Maitte Garaigordóbil, Universidad del País Vasco, España

Félix Loizaga, Universidad de Deusto, España

Luis López González, Universidad de Barcelona, España

Juan Francisco Lopez Paz, Universidad de Deusto, España

Juan Luís Luque, Universidad de Málaga, España

Timo Juhani Lajunen, Middle East Technical University, Turquía

Ana Martínez Pampliega, Universidad de Deusto, España

Concepción Medrano, Universidad del País Vasco, España

Ramón Mendoza, Universidad de Huelva, España

Cristina Merino, Universidad del País Vasco, España

Francisco Moya, Universidad Católica de Murcia, España

Manuel Peralbo, Universidad de La Coruña, España

Esperanza Ochaita, Universidad Autónoma de Madrid, España

Fernando Olabarrieta, Universidad del País Vasco, España

Alfredo Oliva, Universidad de Sevilla, España

Rosario Ortega, Universidad de Córdoba, España

M^a José Rodrigo, Universidad de La Laguna, España

Emilio Sánchez, Universidad de Salamanca, España

Miguel Ángel Santed, UNED, España

Mark Sullman, Middle East Technical University, Turquía

Adriana Wagner, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Patrocinadores:

Funiber - Fundación Universitaria Iberoamericana

Universidad internacional Iberoamericana. Campeche (México)

Universidad Europea del Atlántico. Santander (España)

Universidad Internacional Iberoamericana. Puerto Rico (EE.UU)

Universidade Internacional do Cuanza. Cuito (Angola)

Colaboran:

Centro de Investigación en Tecnología Industrial de Cantabria (CITICAN)

Grupo de Investigación IDEO (HUM 660) - Universidad de Jaén

Centro de Innovación y Transferencia Tecnológica de Campeche (CITTECAM) – México.

SUMARIO

- Editorial 5

- ¿Cuáles son los motivos de comienzo y permanencia y las dificultades del arbitraje de los árbitros de bolo-Palma? 7
Joaquín Díaz Rodríguez, José Nicasio Gutiérrez, José Ángel Hoyos Perote, Isabel Díaz Ceballos. Asociación Cantabria de Psicología del Deporte. APD-Cantabria/ Universidad de Cantabria/ Dirección Técnica de la Federación Cantabria de Bolos-FCB

- Revisión bibliográfica sobre la sintomatología cognitiva en la malformación de Chiari tipo I 23
Ainhoa Arana, Óscar Martínez, Esther Lázaro, Imanol Amayra, Juan Francisco López Paz, Manuel Pérez, Sarah Berrocoso, Maitane García, Mohammad Al-Rashaida, Alicia Aurora Rodríguez, Paula Luna, Paula Fernández. Universidad de Deusto

- Factores que influyen en el perfil motivacional laboral de los millennials 41
Enya Sainz Álvarez. Universidad Europea del Atlántico

- Adaptación al español de la forma abreviada de la Self-esteem Rating Scale 61
Marta Arrieta, Mar Fernández, Rosario Bengochea, Iciar Santacoloma, David Gil. Centro Hospitalario Padre Menni

- Mindfulness y Coaching: promoviendo el desarrollo de la presencia y la conciencia plena 79
Marian González, Ana de Diego, Javier González López. Universidad Europea del Atlántico/ Centro BalanCe de Psicología & Mindfulness

- Depresión en hombres y su relación con la ideología masculina tradicional y la alexitimia 95
María Belén López Ruiz, Laura Presmanes Roqueñi. Universidad Europea del Atlántico

Editorial

Es un auténtico placer para nuestro equipo colaborar en la puesta en marcha de esta revista que pretende ser un instrumento de divulgación científica para el colectivo de la Psicología. Lo pretendemos llevar a cabo con afán y con rigurosidad contando con un grupo humano de gran experiencia dentro del ámbito tanto docente como investigador

Nuestra motivación fundamental es transferir el conocimiento generado desde la investigación a todas las personas interesadas en adquirir competencias de cara a su desempeño profesional y científico y, además, hacerlo sin limitaciones de fronteras, dirigido a todas las personas del mundo y ofreciendo un tratamiento de la información serio y respetuoso.

En el primer número se incluyen seis artículos de temáticas y metodologías diversas que contribuyen a formar un interesante abanico que resulta enriquecedor por su variedad. El primero analiza las características personales, la motivación en la elección y el mantenimiento de la actividad, así como las dificultades que se encuentran los árbitros de bolos-palma.

El siguiente artículo hace un abordaje de tipo neuropsicológico realizando un exhaustivo y actual análisis de los componentes cognitivos afectados en la malformación de Chiari, así como una revisión de la literatura existente sobre la descripción de los efectos de los tratamientos quirúrgicos en la sintomatología neuropsicológica.

Desde un ámbito radicalmente distinto, se aborda la relación existente entre los rasgos de personalidad y el perfil motivacional laboral en personas jóvenes teniendo en cuenta la incidencia de los riesgos psicosociales en la relación entre ambas variables. La aportación de este trabajo es relevante tanto para los directivos de empresas como para los propios trabajadores y trabajadoras.

Por otra parte, la autoestima puede ser una variable mediadora en el éxito de los procesos de rehabilitación en la esquizofrenia. Por ello, el artículo valida al español la forma abreviada de la Self-Esteem Rating Scale (SERS) mostrándose como un instrumento útil para valorar de forma diferenciada las dimensiones positiva y negativa de la autoestima.

Igualmente, la relación entre mindfulness y coaching resulta un interesante tema ya que ambas promueven el cambio a través de la toma de conciencia y la responsabilidad del cliente. En el siguiente trabajo se ofrece una rigurosa revisión sobre las utilidades que tiene la implementación del mindfulness en el ámbito del coaching haciendo hincapié en su efecto sobre procesos y competencias clave para la eficacia del coaching.

En el último artículo se analiza la relación entre los niveles de depresión en hombres y la presencia de una ideología masculina tradicional, así como se observa el papel de la alexitimia en dicha relación. Se exploran las exigencias del rol masculino tradicional en la sociedad actual y cómo afectan a todo lo relacionado con la expresión emocional recalando la importancia de ser fuerte y no necesitar ayuda.

No podemos finalizar este editorial sin agradecer a la Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER) y a las diferentes Universidades patrocinadoras el apoyo material y humano que en buena manera han contribuido para que el primer número de esta revista pueda publicarse. Igualmente, agradecer a todo el equipo que ha supervisado y contribuido a que este proyecto haya salido adelante.

Termino manifestando el compromiso de todo este equipo para que esta revista sea un vehículo de expansión internacional para todas las personas que esté involucradas en el mundo científico.

Dr. Juan Luís Martín Ayala
Editor Jefe



Cómo citar este artículo:

Díaz Rodríguez, J., Gutiérrez Fernández, J.N., Hoyos Perote, J. A., & Díaz Ceballos, I. (2018). ¿Cuáles son los motivos de comienzo y permanencia y las dificultades del arbitraje de los árbitros de bolo-palma? *Psychology Research*, 1(1), 7-22. doi: 10.33000/mlspr.v1i1.110

**¿CUALES SON LOS MOTIVOS DE COMIENZO Y
PERMANENCIA Y LAS DIFICULTADES DEL ARBITRAJE DE
LOS ARBITROS DE BOLO-PALMA?**

Joaquín Díaz Rodríguez

Asociación Cantabra de Psicología del Deporte. APD-Cantabria (España)

José Nicasio Gutiérrez Fernández

Universidad de Cantabria (España)

José Ángel Hoyos Perote

Dirección Técnica de la Federación Cantabra de Bolos-FCB (España)

Isabel Díaz Ceballos

Universidad de Cantabria (España)

Resumen. El propósito del trabajo es conocer los motivos por los que los árbitros de bolo-palma (en adelante bolos) decidieron serlo y las razones por las que siguen manteniéndose en el arbitraje, así como estudiar cuáles son las características que presentan los árbitros de bolos y las dificultades que encuentran en su labor de arbitrar. Para ello se aplicó un cuestionario utilizado en trabajos sobre árbitros de otras modalidades deportivas en una muestra de 51 árbitros de bolos de distintas categorías, de entre 21 y 76 años y con diferente tiempo de experiencia en el arbitraje. Los resultados indican que los árbitros de bolos tienen una serie de dificultades a la hora de realizar su labor arbitral y que alguna de ellas están vinculadas a situaciones personales de los árbitros a la edad y la experiencia; como son la necesidad de una buena preparación física, las habilidades de comunicación, el control de los pensamientos, la necesidad de formación y el conocimiento del reglamento y el arbitraje como *hobby* o diversión. Otras dificultades son externas al propio árbitro y del entorno: como la presión que ejercen sobre los árbitros los propios jugadores, el público y los directivos de las peñas.

Palabras clave: Arbitro, características, motivos, dificultades

WHAT ARE THE REASONS FOR THE START AND PERMANENCE AND THE DIFFICULTIES IN THE ARBITRATION OF THE BOLO-PALMA REFEREES?

Abstract. The study's purpose was to determine the reasons why referees of Bolo-Palma (bowling from hereon) decided to take on the job and the reasons they have stayed refereeing, as well as study the characteristics of said bowling referees and the difficulties they encounter during their refereeing work. A questionnaire was applied that had already been used in samples of other sports officials in a sample of 51 bowling referees from different categories, between the ages of 21 and 76 years, and with different years of experience in refereeing. The results suggest that bowling referees have a number of difficulties in performing their arbitration work and that some of them are linked to age and experience; such as the need for good physical preparation, communication skills, mental control, the need for training, knowledge of its regulation, and arbitration as a hobby or for recreation. Other difficulties do not have to do with arbitration and its environment: such as the pressure that players, the public and company directors impose over the referees.

Keywords: Referee, characteristics, reasons, difficulties

Introducción

Los árbitros en la cancha, en las pistas, en los campos deportivos, en las boleras personifican la ley. Son las personas que imparten justicia, que aplican o interpretan los reglamentos deportivos. Los árbitros permiten competir en igualdad de condiciones. Impiden el engaño y que se pueda jugar y ganar con trampas. Con su intervención, el deporte se realiza en igualdad de condiciones para todos los deportistas, jugadores y equipos. Sin árbitros la competición en igualdad sería prácticamente imposible.

La labor arbitral tiene una trascendente importancia que, en multitud de ocasiones, sobrepasa a lo meramente deportivo. Sin embargo a pesar de su importantísima función dentro del deporte, los árbitros son en multitud de ocasiones, denostados, tanto por los propios jugadores, como por los aficionados, los entrenadores, los directivos, los medios de comunicación y otros agentes del deporte. Parece que son los únicos deportistas que no pueden cometer errores. Por estas razones la tarea de arbitrar es una tarea compleja que requiere conocimientos, preparación física y mental y diversas habilidades psicológicas para afrontar todas las situaciones que presentan las competiciones deportivas.

Desde la Psicología del Deporte, se ha abordado el tema arbitral desde diferentes ámbitos, pero, pese a la trascendencia de la figura arbitral y la importancia de su tarea, el número de trabajos sobre la psicología de los árbitros es escaso y muy lejos de los de la intervención de los psicólogos del deporte en otros ámbitos. Concretamente en los dos últimos congresos nacionales de la Federación Española de Psicología del Deporte (FEPD) sólo se presentaron tres trabajos sobre diferentes situaciones psicológicas de la tarea arbitral en el fútbol y en el baloncesto.

Existen, no obstante, múltiples investigaciones que se han centrado en indagar sobre la figura del árbitro y el juicio deportivo desde diferentes abordajes, ámbitos y problemáticas. La toma de decisiones en el arbitraje es una de las áreas en las que se ha investigado en distintas modalidades deportivas. La personalidad es otro de los contenidos de los trabajos realizados sobre árbitros. El estrés en el arbitraje y la

motivación. Los aspectos educativos y de formación de los árbitros desde distintas perspectivas también han sido tratados por diferentes autores, al igual que la mediación psicológica y el asesoramiento

Este trabajo se enmarca en la línea de investigaciones que tratan de estudiar los aspectos más relevantes que deberían poseer los árbitros de diferentes modalidades deportivas y las dificultades que encuentran en su tarea y que se iniciaron en nuestro país.

En esta primera aproximación al estudio de la psicología del árbitro y el arbitraje en los bolos perseguimos determinar las motivaciones de los árbitros, la persistencia en la tarea de arbitrar, las características generales de los árbitros de bolos y las dificultades de la tarea de arbitrar en esta modalidad.

Como en otras modalidades deportivas, la labor arbitral en el bolo-palma es de gran importancia. Aunque en los bolos la labor arbitral no tiene la trascendencia que puede tener en otras modalidades deportivas más mediáticas y de mayor trascendencia social, sí reúne las condiciones generales de todos los arbitrajes deportivos. Según Díaz, (2003) la presencia del árbitro en la bolera es muy visible, muy cercana. Su presencia y decisiones tienen incidencia en el comportamiento psicológico de los jugadores. De la importancia y trascendencia del árbitro en la modalidad de bolos, destacamos las normas que regulan y precisan toda la actuación del árbitro durante la competición y que dicta el Comité Regional de Jueces-Árbitros de bolos de las Federaciones Española y Cantabria de bolos y que consideramos tienen una mayor incidencia para los objetivos de este trabajo.

La labor del árbitro en la bolera, por encima de sancionar las infracciones al reglamento, consistirá en prevenir y proteger su cumplimiento y con ello a todos los jugadores que toman parte de la competición. El árbitro deberá actuar en todo momento con total imparcialidad, sin favorecer o perjudicar a cualquier jugador o peña (equipo). Es una labor inevitablemente sujeta a la crítica del espectador al que no debe ni puede enfrentarse. Es la única persona con autoridad para retrasar o suspender las competiciones. No deberá manifestarse públicamente cuando su actuación haya dado lugar a cualquier tipo de polémica, problema o incidencia. La seriedad arbitral deberá ponerse de manifiesto en todo momento durante su actuación.

Los árbitros de bolos, además de estos principios generales, deben cumplir una normativa específica que ayudará a realizar adecuadamente su labor arbitral en las competiciones. La prudencia en los comentarios, manifestaciones y declaraciones en todos los entornos deportivos: ámbito laboral, medios de comunicación, redes sociales, medios de comunicación, etc.

Cuidar su presencia física y su uniformidad, vigilancia de su condición física. Puntualidad y control de los aspectos físicos y técnicos de la bolera. Vigilar a atender el calentamiento de los jugadores y equipos.

Máxima concentración durante el juego, con especial atención a los tiros y rayas y a la posición de las bolas en el birle. Llevar cuenta de los bolos, bolas quedas, posiciones de armadores.

Ser rápidos. Trato correcto con jugadores y jugadoras. Evitar gestos y actitudes desafiantes, amenazas y humillaciones. Ser reservados y correctos en las amonestaciones verbales. Comedido en los gestos.

Flexibles en la aplicación del reglamento y trato igualitario a todos los jugadores/as y equipos evitando prejuicios y etiquetas.

Hacer valer su autoridad en caso de conflicto y evitar la presión de jugadores y directivos. En este sentido Díaz (2003) indica que, en las últimas temporadas se han producido tensiones en las boleras con importante incidencia en el comportamiento deportivo y mental de jugadores y aficionados por la aplicación e interpretación por parte de los árbitros de algunos aspectos del reglamento y de las normativas.

Por lo tanto los resultados de este estudio se concretarían en un mayor conocimiento de los múltiples aspectos psicológicos que intervienen en la labor arbitral y en la mejor formación de los árbitros proporcionándoles una mejor comprensión de las condiciones psicológicas que deberían poseer para realizar su trabajo de forma más eficiente y con los menores costes psicológicos y personales posible.

Método

Objetivos

En este trabajo quisimos determinar cuáles son los motivos que estuvieron presentes en su decisión de ser árbitros en función de la importancia que tuvieron para ellos. Igualmente pretendimos saber las razones que les mantienen en la tarea arbitral según su edad y experiencia.

Pretendemos conocer las características que los árbitros consideran más importantes para realizar la labor de arbitrar y cuáles eran las dificultades principales que encuentran en su labor.

Participantes

Hemos contado con una muestra total de 51 árbitros de bolos; 49 hombres y 2 mujeres. Las edades comprenden desde los 21 años a los 76 años y con una experiencia en el arbitraje entre 1 año y 36 años arbitrando en diferentes categorías. (Tabla 1)

Tabla 1
Distribución de la muestra por sexo, edad, experiencia y categoría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	49	96,1	96,1	96,1
	Mujer	2	3,9	3,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	
<hr/>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 21-45 años	11	21,6	23,9	23,9
	Entre 46-65 años	25	49,0	54,3	78,3
	Entre 66-76 años	10	19,6	21,7	100,0
	Total	46	90,2	100,0	
Perdidos	Sistema	5	9,8		

Total		51	100,0		
				Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 1-10 años	17	33,3	38,6	38,6
	Entre 11-20 años	13	25,5	29,5	68,2
	Entre 21-37 años	14	27,5	31,8	100,0
	Total	44	86,3	100,0	
Perdidos	Sistema	7	13,7		
	Total	51	100,0		

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	División de honor y primera	34	66,7	66,7	66,7
	Otras categorías	17	33,3	33,3	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Instrumento

Se empleó una adaptación del cuestionario utilizado por Guillen y Jiménez (2001) para su trabajo sobre características deseables en el arbitraje y el juicio deportivo.

Para conocer las motivaciones de comienzo en el arbitraje y mantenimiento se les pidió que numeraran de 1 a 6 según la importancia que tuvieran para ellos los aspectos propuestos, en la que 1 era el aspecto *menos importante* y el 6 el *más importante*. En cada uno de los apartados había una cuestión abierta bajo el epígrafe; *otras, indica cuales*.

En los apartados de características que debían poseer los árbitros de bolos se les propusieron 28 características que podían puntuar con: 1, *Poco o nada importante*, 2, *algo importante* y 3, *muy importante*.

En el apartado de cuáles eran las principales dificultades con las que se encontraban en la tarea arbitral se les propusieron 14 situaciones que podían puntuar igual que en el apartado anterior: 1, *Poco o nada importante*, 2, *algo importante* y 3, *muy importante*.

Procedimiento

El cuestionario fue administrado por una de las autoras del trabajo durante una jornada de formación de árbitros organizada por las Federaciones Cantabria y Española de Bolos. Se les informó sobre los objetivos del estudio. La participación fue voluntaria, anónima y consentida, y se administró de forma colectiva, indicándoles que sus respuestas serían tratadas de forma estadística y cumpliendo el principio de confidencialidad.

Análisis de Datos

Empleando el paquete estadístico SPSS hemos analizado las diferencias en función de la edad de los árbitros, su tiempo de experiencia y la categoría arbitral a la

que pertenecen, en cada uno de los aspectos incluidos en los cuatro grupos de variables que hemos estudiado en el apartado anterior.

Para los apartados de “Aspectos que estuvieron en su decisión de ser árbitro y “Motivos por los que se han mantenido en el arbitraje”, debido a que la muestra que contestó las preguntas en sólo estos apartados fue de 20, hemos empleado cálculos no paramétricos. En concreto para buscar diferencias en función de la edad del árbitro y de su experiencia en el arbitraje, al incluir tres grupos, hemos empleado la prueba H de Kruskal-Wallis, establecida para K muestras independientes. En el caso de la categoría arbitral, al tratarse de dos grupos, hemos aplicado la prueba U de Mann-Whitney.

En el caso de las “Características que debe tener un árbitro de bolos” y de las “Dificultades de la tarea de los árbitros de bolos”, las muestras incluyen 50 sujetos y hemos aplicado pruebas paramétricas.

Para estudiar las diferencias en función de la edad y del tiempo de experiencia arbitral hemos realizado un análisis de varianza de un factor (ANOVA); previo al planteamiento de cada ANOVA hemos estudiado si los datos presentan la característica de homogeneidad de las varianzas o igualdad de varianzas en los datos de la variable dependiente entre los niveles de los factores, mediante el empleo del test de Levene. En el caso de las diferencias en función de la pertenencia a la categoría arbitral, al considerar dos grupos, hemos aplicado la prueba T de Student.

En todos los contrastes realizados hemos estableciendo un nivel de significación de al menos el 0,95 %, siendo las variables independientes: la edad del árbitro, su tiempo de experiencia y la categoría de arbitraje, mientras que los resultados obtenidos en las preguntas concretas del cuestionario son las variables dependientes.

Resultados

A continuación presentamos dos tipos de resultados: descriptivos y contrastes estadísticos; ambos en función de la edad del árbitro, el tiempo de experiencia como árbitro y la categoría de arbitraje.

Datos descriptivos

Motivos para ser árbitro

La relación con el deporte es el motivo principal que primó en la decisión de ser árbitro. Las dos situaciones que obtienen una media más alta son: “seguir ligado al deporte” y “hacer deporte”. Otras situaciones como: “probar algo nuevo” y “ganar dinero”, obtuvieron las puntuaciones más bajas. Entre ambos tipos de situaciones están las que tienen que ver con las relaciones sociales como: “diversión” y “estar con mis amigos”.

Motivos por los que se han mantenido en el arbitraje

El arbitraje en sí mismo es lo que más motiva a los encuestados, eligiendo como primeras opciones: “el arbitraje me resulta apasionante” y “me gusta profundizar en los aspectos técnicos del arbitraje”. A continuación aparecen otras opciones relacionadas con el arbitraje como “*hobby*”. La opción menos elegida por los árbitros fue; “me gusta seguir aunque me critiquen”.

Características que debe tener un árbitro de bolos

De los 28 aspectos presentados a los árbitros relacionados con las características que debe tener un árbitro de bolos, los que obtuvieron más puntuación fueron: “seriedad”, “puntualidad”, “igualdad en el trato a los deportistas”, “imparcial” y “conocer el reglamento y saber aplicarlo”. Por el contrario los cinco aspectos que obtienen menor puntuación son: “dialogante”, “diplomático”, “preparación física”, “ser flexible” y, finalmente, “capacidad de liderazgo/carisma”.

Dificultades de los árbitros de bolos.

En este apartado se presentaron a los árbitros encuestados 14 posibilidades. Sus preferencias las podemos dividir fácilmente en dos grupos. Las que están directamente relacionadas con el árbitro, como: “no conocer bien el reglamento”, “tomar decisiones difíciles”, “distraerse en exceso”, “no poseer buena formación”, “tener poca confianza en sí mismo”, “pensar mucho en los fallos”. Y, en segundo lugar, las dificultades que tienen que ver con la relación del árbitro con otros, como: “sentir presión por parte de los jugadores”, “ser incapaz de interpretar los gestos de los jugadores”, “sentir presión del público”, “que los jugadores protesten” y “tener influencia de los directivos”.

Contrastes estadísticos

Circunstancias que estuvieron en su decisión de ser árbitro.

En las circunstancias para decidir ser árbitro, no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en ningún ítem. No obstante al estudiar las medias observamos lo siguiente.

En el apartado **edad** encontramos que cuanto más joven es el árbitro más importancia concede a los apartados de diversión. “estar con mis amigos” (o por hacer nuevas amistades) y “ganar dinero”. Por el contrario, cuanto más edad tiene el árbitro más importancia concede a “hacer deporte”.

Cuanto menos **experiencia** tiene el árbitro puntúa más alto en: “diversión” y “estar con mis amigos” (o por hacer nuevas amistades).

Finalmente, en la variable **categoría** de arbitraje; los árbitros de división de honor y primera categoría puntúan más alto que los de otras categorías en: “hacer deporte” y “seguir ligado al deporte”. En el resto de aspectos ocurre al revés, superando los de otras categorías a los de división de honor y primera.

Situaciones que te mantienen motivado para continuar en el arbitraje.

Han aparecido diferencias estadísticamente significativas en la variable experiencia como árbitro, en el sentido de que al incrementar la experiencia se da más importancia a la frase: “el arbitraje es mi hobby preferido”.

Al estudiar las medias en el resto de variables de este apartado, en **edad** encontramos que cuanto más joven son los árbitros, mayor es la media en “me gusta seguir aunque me critiquen”. Los árbitros de más edad obtienen mayor media en la variable; “cuando arbitro me olvido de los problemas diarios”. Sin embargo, los que tienen menos **experiencia** son los que más valoran este aspecto.

Finalmente en la variable **categoría** de arbitraje, los árbitros de división de honor y primera superan a los de otras categorías en: “el arbitraje me resulta apasionante”, “el arbitraje es mi *hobby* preferido” y “cuando árbitro me olvido de los problemas diarios”.

Características que debe tener un árbitro de bolos.

En primer lugar hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en función de la **edad** en las variables “ser comunicativo”, “humildad” y “preparación física”. La primera de ellas supone que cuantos más años tiene el árbitro más importancia concede a esta situación. La variable “humildad” es menos valorada por los árbitros más jóvenes. La importancia que los árbitros conceden a la “preparación física”, aumenta con la edad.

Analizando el resto de variables, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, hemos comprobado que un buen número de las variables crecen con la edad, en concreto las siguientes: “puntualidad”, “igualdad en el trato a los deportistas”, “serenidad”, “diplomático”, “conocer el reglamento y saber aplicarlo”, “saber rectificar”, “situarse bien en el espacio”, “capacidad de liderazgo/carisma”, “autoridad”, “personalidad y carácter”, “ser flexible”, “confianza en uno mismo/seguridad”, “objetividad en los juicios” y “tener experiencia”. En ninguna variable hemos encontrado que la importancia descienda con la edad, a lo sumo en el resto, el tramo de edad en el que se da más importancia es el central: entre 46-65 años.

En el apartado de **experiencia** en el arbitraje hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en dos variables: la que acabamos de comentar de “preparación física” y “tener experiencia”. La primera de ellas aumenta al incrementar la experiencia arbitral.

Sin llegar a diferencias significativas, hemos comprobado que las siguientes variables aumentan al incrementarse la experiencia de los árbitros: “capacidad de concentración”, “serenidad”, “ser comunicativo”, “buen carácter y amabilidad”, “justo”, “preparación física”, “objetividad en los juicios”. Por el contrario la variable “conocer el reglamento y saber aplicarlo” tiene más importancia cuanto menos experiencia tiene el árbitro. La mayoría de las variables son valoradas con medias más altas por los árbitros con experiencia intermedia: entre 11-20 años.

No hemos encontrado diferencias significativas en ningún aspecto referido a la **categoría** arbitral. En líneas generales lo habitual es que los árbitros de división de honor y primera valoren con medias más bajas los aspectos que les presentamos que los árbitros de otras categorías.

Dificultades con las que los árbitros se pueden encontrar.

Han aparecido diferencias significativas en función de la **edad** en tres variables: “pensar mucho en los fallos”, “no conocer bien el reglamento” y “no poseer buena formación”. Las dificultades que encuentran los árbitros en el primero de ellos, aumenta con la edad. En la variable “no conocer bien el reglamento”, el grupo de edad intermedio, entre 46-65 años, es el que le concede más importancia en cuanto a dificultad en el arbitraje. También el grupo de edad intermedio es el que otorga más importancia a la variable “no poseer buena formación”, en cuanto a dificultad en el arbitraje.

Sin llegar a diferencias significativas, solo en dos variables aumenta la importancia concedida por los árbitros a la vez que la edad: “tener influencia de los directivos” y “que los jugadores protesten”. En la mayoría de las variables el grupo de edad intermedio, entre 46-65 años, es el que concede más puntuación.

En cuanto a la *experiencia* en el arbitraje, en las variables “pensar mucho en los fallos” y “sentir presión del público”, cuanto más experiencia tienen los árbitros más importancia le conceden. Por el contrario en la variable “tener poca confianza en sí mismo” al aumentar la edad la importancia concedida por los árbitros disminuye. En el resto de variables la media más alta aparece en el grupo de experiencia intermedia.

No han aparecido diferencias significativas en función de las *categorías* arbitrales. En la mayoría de las variables el grupo de árbitros de otras categorías encuentra más dificultades y, por tanto aparece con una media más alta, que el grupo de árbitros de división de honor y primera.

Discusión

Hay una tendencia, coincidiendo con los trabajos con árbitros de fútbol de Brandao, Serpa et al. (2011) y Alonso y Albiol et al. (2008) a mantenerse vinculado a los bolos como uno de los motivos tanto de arbitrar como de permanencia en el arbitraje. Estar con los amigos y divertirse son los motivos que les decidieron a ser árbitros.

A mayor edad de los árbitros más les gusta el arbitraje y se convierte en su afición o *hobby* favorito. Los bolos representan para muchos árbitros de mayor edad una afición enraizada desde la infancia, muchos han sido jugadores durante muchos años y ha sido el deporte de toda su vida. El continuar arbitrando a pesar de una edad avanzada, les mantiene activos deportivamente es una estupenda fuerza motivacional. Del mismo modo, los trabajos de Vallerand, Rousseau et al. (2006) confirman los resultados obtenidos en este estudio con los árbitros de bolos ya que los individuos que les gusta lo que hacen se sienten vivos y activos a pesar de su edad y contrariedades de la tarea: críticas, tensiones.

La diversión y estar con amigos son también razones del árbitro de bolos. Muy alejados de los motivos para arbitrar y permanecer en el arbitraje de los árbitros de nuestro trabajo son; ganar dinero, coincidiendo con los estudios de Alonso-Arbiol et al. (2008) y Regina Brandao et al. (2011) en árbitros de fútbol. Los árbitros de bolos no son profesionales y reciben unas pequeñas compensaciones económicas por cada concurso arbitrado. Generalmente los árbitros de bolos tienen otra profesión o son personas jubiladas. La compensación de permanecer en el arbitraje es siempre la satisfacción de continuar vinculado a una actividad que ha formado parte importante de sus vidas.

Los árbitros encuestados otorgaron las puntuaciones más altas a: la seriedad, la puntualidad, la igualdad de trato a los jugadores, la imparcialidad y el conocimiento del reglamento y su aplicación.

Con menores puntuaciones aparecen las características de ser dialogante, diplomático, estar bien preparado físicamente, ser flexible y poseer capacidad de liderazgo. Los resultados de nuestro trabajo coinciden en gran parte con los trabajos realizados por Guillen y Jiménez (2001) con árbitros y jueces de diferentes modalidades deportivas.

Las puntuaciones más bajas obtenidas por la necesidad de la preparación física vienen motivadas por la propia tarea que precisa de pocos esfuerzos físicos como ocurre en otros deportes, aunque si precisa de otras capacidades relacionadas con la necesidad

de mantener la atención-concentración y soportar la fatiga mental que se valoran en otro de los apartados de este trabajo.

El ser dialogante, diplomático o flexible, que parecen ser características interesantes para un árbitro, aunque se consideran importantes, no son las mejor valoradas por los árbitros de bolos, quizás, pueden considerar que la flexibilidad y el dialogo como debilidades ante la figura más rutilante e importante de los jugadores, verdaderos ídolos de las gradas de las boleras.

En el apartado de dificultades en la tarea de arbitrar, los árbitros de bolos destacan dos apartados claramente diferenciados. En un primer bloque otorgan puntuaciones altas a dificultades que provienen del propio árbitro. “No conocer bien el reglamento”, “tener que tomar decisiones difíciles”, “distraerse en exceso”, “no tener una buena formación arbitral”, “poca confianza en sí mismo”, “pensar mucho en los errores”, son las dificultades mencionadas por los árbitros.

En un segundo bloque los árbitros de bolos mencionan dificultades que provienen del entorno, son factores externos. “Sentir la presión de los jugadores”, “incapacidad de interpretar los gestos de los jugadores”, “la presión del público”, “las protestas de los jugadores” y “la influencia de los directivos”, son las conductas que perturban la labor del árbitro de bolos. Los estudios de González - Oya y Dosil, (2004) con árbitros de futbol obtienen resultados similares en cuanto a la presión o falta de reconocimiento de directivos.

No se han detectado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los motivos de ser árbitros por la edad, por la experiencia o por la categoría. Si hay una tendencia en la que los árbitros más jóvenes arbitran por diversión, estar con amigos y, aquí si, por ganar dinero. A mayor edad y mayor nivel de arbitraje la puntuación más alta es la de “hacer deporte” y “seguir vinculado al deporte”.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre árbitros de mayor edad y experiencia y más jóvenes sobre los motivos de permanencia en el arbitraje. Los de mayor edad y experiencia se mantienen en el arbitraje a pesar de su edad porque; “el arbitraje es mi hobby favorito” los más jóvenes persisten; “seguir aunque me critiquen”.

Los árbitros más jóvenes, quizás por la propia evolución del deporte, son más sensibles a las críticas pero no les supone motivo de abandono. Los de mayor edad experiencia y categoría, superponen su pasión por el arbitraje a las críticas, quizás también tenga la explicación en esa evolución de los bolos en los últimos tiempos, que exigen un arbitraje más rígido en la aplicación de algunas normas.

También hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la edad y las características que deben poseer para realizar su labor arbitral. Así, para los árbitros de mayor edad las características más valoradas y con mayor significado son: “la humildad”, “ser comunicativo” y “tener preparación física”. Estas características aumentan con la edad. La humildad por otra parte es la característica menos puntuada en los encuestados más jóvenes.

Aunque sin diferencias estadísticas significativas todas la características que se han encuestado tienen tendencia a conseguir mayores puntuaciones en los árbitros de mayor edad, entre los 46-65. Cuanta más edad tienen los árbitros dan mayor importancia a la preparación y la experiencia en el arbitraje. Los árbitros con mayor

experiencia en el arbitraje, tramo de entre 11-20 años de experiencia, conceden mayores puntuaciones a la capacidad de “conocer y aplicar el reglamento”

En cuanto a las dificultades que se pueden encontrar los árbitros, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad. “pensar mucho en los fallos”, “no conocer bien el reglamento” y “no poseer una buena formación” son las dificultades que aumentan con la edad, sobre todo en el tramo de edad 46-60.

Aplicaciones prácticas

Este trabajo nos revela que, igual que los árbitros de otras modalidades, los árbitros de bolos presentan muchas similitudes con lo reflejado por los colectivos arbitrales de otros deportes.

Una de las diferencias más claras entre los árbitros de bolos y de otras modalidades es que los árbitros de bolos permanecen en el arbitraje hasta edades bastante más avanzadas que el de sus colegas de otras modalidades. Esta condición confiere aspectos diferenciales y presentan interés para la formación psicológica de los árbitros de bolos

Los motivos para iniciarse y permanecer en el arbitraje son los mismos que parecen en los estudios de los trabajos referenciados.

También hay una coincidencia en las habilidades que deben poseer los árbitros de bolos, tanto en los aspectos técnicos como en los personales, si bien algunas son específicamente propias del arbitraje en los bolos

En cuanto a las dificultades para arbitrar en los bolos destacar aquellas que provienen del propio árbitro tanto de su personalidad, como de su formación de aquellas dificultades que provienen de entorno. Esta importante conclusión descubre una interesante aportación para diferenciar los aspectos que se deben abordar en la formación de los árbitros. Las habilidades que deben desarrollar y las capacidades que deben aprender para poder abordar las que hacen referencia a las más personales como a las dificultades externas.

Las diferencias estadísticas significativas entre las características y dificultades que se han producido principalmente por la edad, también nos abre otra línea de trabajo para la formación permanente de los mayores y de los jóvenes para una mejor adaptación a los continuos cambios que se están produciendo en esta modalidad.

Precisamente la formación continuada del colectivo arbitral y el perfeccionamiento del contenido de su formación psicológica es una de las aportaciones de este trabajo, en la que debe incorporar proporcionar a los árbitros herramientas y apoyo psicológico para soportar las presiones de jugadores, público y directivos, así como a mejorar los aspectos psicológicos del arbitraje. Esta mejora de la formación proporcionará una mayor valoración de su tarea, lo que conllevaría una mayor consideración que, quizás, atraería hacia el arbitraje a personas más jóvenes, que es una necesidad del colectivo; su rejuvenecimiento.

Aparte de esta mejora en la formación, se debería profundizar en nuevos estudios sobre la posibilidad de otorgar árbitros diferentes según la edad a las distintas categorías y niveles competitivos, de forma que árbitros, público, jugadores y directivos se sientan más cómodos.

Una nueva línea de trabajo sería la de profundizar o insistir en los aspectos y cuestiones trabajados en este estudios hasta conseguir perfiles idóneos de arbitraje.

Referencias

- Alker, H. A., & Poppen, P. J. (1973). Personality and ideology in university students 1. *Journal of Personality*, 41(4), 653-671. doi: 10.1111/j.1467-6494.1973.tb00116.x
- Alonso-Arbiol, I., Arratibel, N., y Gómez, E. (2008). La motivación del colectivo arbitral en fútbol: un estudio cualitativo. *Revista de psicología del deporte*, 17(2). Retrieved from <https://www.rpd-online.com/article/view/11>
- Antonelli, F., y Salvini, A. (1982). *Psicología del deporte: I*. Valladolid: Miñón.
- Aresu, M., Bucarelli, A., y Marongiu, P. (1979). Preliminary Investigation of the Authoritarian Tendencies in a Group of Sports Referees. *International Journal of sport psychology*, 10(1), 42-51. Retrieved from <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18365>
- Balch, M. J., & Scott, D. (2007). Contrary to popular belief, refs are people too! Personality and perceptions of officials. *Journal of Sport Behavior*, 30(1), 3. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/record/2007-02786-001>
- Benedicto, L. V., y Garcés, E. (2003). Formación en árbitros y jueces deportivos: mejora de las competencias y habilidades psicológicas del árbitro. In *Psicología del arbitraje y el juicio deportivo* (pp. 161-186). INDE Publicaciones. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=4014>
- Betancor, M. A. (1999). *Bases para la formación del árbitro de baloncesto* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria).
- Blasco, T. (2007). Competencia personal, autoeficacia y estrés en árbitros de ciclismo. *Revista de psicología del deporte*, 8(2). Retrieved from <https://www.rpd-online.com/article/view/72>
- Brandao, R., Serpa, S., Krebs, R., Aruajo, D., Machado, A.(2011) El significado de arbitrar: percepción de jueces de futbol profesional. *Revista de Psicología del Deporte*. 20(2) 275-286 Retrieved from <https://www.rpd-online.com/article/view/682>
- Calvo Gómez, F. (1993). *Técnicas Estadísticas Multivariantes*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Cantón, E., Gistain, C., Checa, I. y León, E. (2011) Programa de mediación psicológica en árbitros de fútbol. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 21(2), 27-38. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65423606004>
- Caracuel, J. C., Andreu, R., & Pérez, E. (1995). Análisis psicológico del arbitraje y juicio deportivos. Una aproximación desde el modelo interconductual. *Motricidad*, 1, 5-24. Retrieved fom: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ejhm/article/view/56084/33860>

- Casal, H. M. V., & Brandao, M. R. F. (2003). La personalidad de los árbitros y jueces. In *Psicología del arbitraje y el juicio deportivo* (39-54). INDE Publicaciones. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/288316452_Referee_personal_meaning_Perception_of_football_officials
- Catteeuw, P., Helsen, W., Gilis, B., & Wagemans, J. (2009). Decision-making skills, role specificity, and deliberate practice in association football refereeing. *Journal of Sports Sciences*, 27(11), 1125-1136. Retrieved from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02640410903079179?journalCode=rjsp20>
- Comité Regional de Jueces-Árbitros (2015) Normas de actuación y de obligado cumplimiento. Federación Cántabra de Bolos
- Cruz, J. (1997). Asesoramiento psicológico en el arbitraje y juicio deportivos. *Psicología del deporte*, 245-269. Retrieved from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1014793>
- Díaz, J.(2003) *Psicología de los Bolos*. Federación Cántabra de Bolos. Santander
- Downward, P., & Jones, M. (2007). Effects of crowd size on referee decisions: Analysis of the FA Cup. *Journal of sports sciences*, 25(14), 1541-1545. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852675>
- Garcés, E., Vives, L. (2003) Formación en árbitros y jueces deportivos: mejora de las competencias y habilidades psicológicas del árbitro, en Guillen, F (Dir.) *Psicología del arbitraje y el juicio deportivo*. Barcelona. INDE. 161-186 Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=4014>
- Gimeno, F., Sanz, G., Lahoz, D., & Buceta, J. M. (1998). Evaluación del proceso de toma de decisiones en el contexto del arbitraje deportivo: Propiedades psicométricas de la adaptación española del cuestionario DMQ II en árbitros de Balonmano. *Revista de psicología del deporte*, 7(1), 249-258. Retrieved from: <https://www.rpd-online.com/article/view/454>
- Gimeno, N., y Cantón, E. (2008). *Aplicación de la evaluación conductual con entrenadores de futbol noveles y expertos. Visión actual de la psicología del deporte*. Sevilla: Editorial Wanceulen
- Goldsmith, P. A., & Williams, J. M. (1992). Perceived stressors for football and volleyball officials from three rating levels. *Journal of Sport Behavior*, 15(2), 106. Retrieved from <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19921896435>
- González-Oya, J.L. y Dosil, J. (2004) Características psicológicas de los árbitros de fútbol de la Comunidad Autónoma Gallega. *Cuadernos de psicología del deporte*, 2004 4 (1-2) 53-66 Retrieved from <http://revistas.um.es/cpd/article/view/112451>
- González-Oya, J., y Dosil, J. (2007). *La psicología del árbitro de fútbol*. Galicia: Toxosoutos.
- Guillén García, F. (2003). *Psicología del arbitraje y el juicio deportivo*. Barcelona. INDE Publicaciones.

- Guillén, F., y Jiménez, H. (2001). Características deseables en el arbitraje y el juicio deportivo. *Revista de psicología del Deporte*, 10(1), 23-34. Retrieved from <https://www.rpd-online.com/article/view/148>
- Guillén, F., Jiménez, H., y Pérez, A. (1999). Diferencias entre árbitros y jueces deportivos: análisis de las características percibidas positivamente. In *Actas del VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y del Deporte* (pp. 571-585).
- Guillen, F.; Moran, M. y Castro, J.J. (1997). Consideraciones de carácter psicosocial sobre el arbitraje y el juicio deportivo. En F. Guillen (Ed) *La Psicología del deporte en España al final del Milenio*. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=53165>
- Ittenbach, R. F., & Eller, B. F. (1988). A personality profile of southeastern conference football officials. *Journal of Sport Behavior*, 11(3), 115. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/record/1989-20981-001>
- Jaenes, J. C., Bohórquez, M. R., Caracuel, J. C., y López, A. M. (2012). Estado emocional y situaciones de estrés en árbitros de baloncesto. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 17-24. Retrieved from <http://revistas.um.es/cpd/article/view/170291>
- Kaissidis-Rodafinos, A., Anshel, M. H., & Porter, A. (1997). Personal and situational factors that predict coping strategies for acute stress among basketball referees. *Journal of Sports Sciences*, 15(4), 427-436. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9293419>
- López, M., & Fernández, J. (1999). El informe de la actuación arbitral en el árbitro asistente de fútbol: Aspectos psicológicos. En *VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*.
- López, M., Fernández, J. A., & Cantón, E. (1999). Factores psicológicos implicados en la actuación del árbitro asistente de fútbol. In *Psicología de la Actividad Física y el Deporte: Areas de Investigación y Aplicación. VIII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte* (pp. 565-570).
- Luis, V., Canelo, A., Morenas, J., Gómez-Valadés, J. M., & Gómez, J. S. (2015). Comportamiento visual de árbitros de futbol en situaciones de fuera de juego/Referees' Visual Behaviour During Offside Situations In Football. pp. 325-338. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, (58). Retrieved from <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista58/artcomportamiento571.htm>
- Mallo, J., Navarro, E., Aranda, J. M. G., & Helsen, W. F. (2009). Activity profile of top-class association football referees in relation to fitness-test performance and match standard. *Journal of Sports Sciences*, 27(1), 9-17. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18979338>
- Marrero Rodríguez, G., y Gutiérrez Ascanio, C. (2002). Las motivaciones de los árbitros de fútbol. *Revista de psicología del deporte*, 11(1), 0069-82. Retrieved from <https://www.rpd-online.com/article/view/142>

- Oudejans, R. R., Verheijen, R., Bakker, F. C., Gerrits, J. C., Steinbrückner, M., & Beek, P. J. (2000). Errors in judging 'offside' in football. *Nature*, *404*(6773), 33-33. Retrieved from <https://www.nature.com/articles/35003639>
- Pla-Cortés, J., Freixanet, M. G., & Antón, O. A. (2015). Perfil de personalidad de los árbitros de baloncesto españoles en comparación con la población general. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, *15*(2), 87-94. Retrieved from: <http://revistas.um.es/cpd/article/view/233851>
- Ramírez, A., López, M., Alonso-Arbiol, I., y Falcó, F. (2006). Programa de intervención psicológica con árbitros de fútbol. *Revista de Psicología del Deporte*, *15*(2), 0311-325. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235119208009>
- Vallerand, R. J., Rousseau, F. L., Grouzet, F. M., Dumais, A., Grenier, S., y Blanchard, C. M. (2006). Passion in sport: A look at determinants and affective experiences. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *28*(4), 454. Retrieved from <https://journals.humankinetics.com/doi/10.1123/jsep.28.4.454>
- Vila-Maldonado, S., García, L. M., & Contreras, O. R. (2012). La investigación del comportamiento visual, desde el enfoque perceptivo-cognitivo y la toma de decisiones en el deporte. *Journal of Sport and Health Research*, *4*(2), 137-156. Retrieved from https://www.redib.org/recursos/Record/oai_articulo110358

Fecha de recepción: 19/09/2018

Fecha de revisión: 25/09/2018

Fecha de aceptación: 06/11/2018

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Arana, A. et al. (2018). Revisión bibliográfica sobre la sintomatología cognitiva en la malformación de Chiari tipo I. *Psychology Research* 1(1), 23-40. doi: 10.33000/mlspr.v1i1.115

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA COGNITIVA EN LA MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO I

Ainhoa Arana
Oscar Martínez
Esther Lázaro
Imanol Amayra
Juan Francisco López-Paz
Manuel Pérez
Sarah Berrocoso
Maitane García
Mohammad Al-Rashaida
Alicia Aurora Rodríguez
Paula Luna, Paula Fernández
Universidad de Deusto (España)

Resumen. La malformación de Chiari (MC) es una patología rara de baja prevalencia y cuya patogenia actualmente sigue siendo objeto de debate. La MC está dentro del grupo de las malformaciones de la unión craneocervical, es una alteración anatómica de la base craneal. A día de hoy se considera que hay 6 tipos de MC, siendo la MC tipo I la más común. La sintomatología puede ser muy variada habiéndose reportado casos de pacientes totalmente asintomáticos y otros con graves afecciones de tipo neurológicas. Recientes investigaciones manifiestan que las patologías congénitas del cerebelo como la MC, pueden acompañarse de déficits neuropsicológicos. Es de difícil diagnóstico debido a la complejidad de la lesión y sintomatología presente en los pacientes. No obstante, el diagnóstico se realiza mediante técnicas de neuroimagen siendo la técnica más utilizada la resonancia magnética. En cuanto al tratamiento, la cirugía es una de las principales actuaciones a llevar a cabo ante el diagnóstico de MC. Esta revisión presenta un análisis exhaustivo de la literatura existente sobre las funciones cognitivas afectadas de la MC tipo I. Asimismo, realiza una descripción de los efectos de los tratamientos quirúrgicos en la sintomatología neuropsicológica. Los resultados evidencian la presencia de déficits cognitivos; sin embargo, no hay acuerdo sobre cuáles son exactamente las funciones cognitivas afectadas.

Palabras clave: Malformación de Chiari; tratamiento; cirugía; cognitivo; neuropsicología.

BIBLIOGRAPHIC REVIEW ON THE COGNITIVE SYMPTOMATOLOGY OF TYPE I CHIARI MALFORMATION

Abstract. Chiari malformation (CM) is a rare pathology with low prevalence. CM is within the group of malformations of the craniocervical junction, it is an anatomical alteration of the cranial base. There are considered to be 6 types of CM, being MC type I the most common one. The symptomatology can be very varied, having been reported cases of totally asymptomatic patients and others with serious neurological affections. Furthermore, recent research shows that congenital pathologies of the cerebellum such as CM can be accompanied by neuropsychological deficits. It is difficult to diagnose it due to the complexity of the lesion and the symptoms present in patients. However, the diagnosis is made by neuroimaging techniques, being the most widely used technique the magnetic resonance. Regarding to treatment, surgery is one of the main actions to be carried out after the diagnosis of CM. This review presents an exhaustive analysis of the existing literature on the cognitive functions affected of type I MC. It also describes the effects of surgical treatments on neuropsychological symptoms. The results show the presence of cognitive deficits; however, there is no agreement about exactly what cognitive functions are affected.

Keywords: Chiari malformation; treatment; surgery; cognitive; neuropsychology

Introducción

La malformación de Chiari (MC) es una enfermedad rara, siendo un problema de salud de baja prevalencia en la población. Según la comisión Europea de Salud Pública esto ocurre cuando 1 de cada 5000 personas se ve afectada (Carbajal, 2015). Si bien la prevalencia exacta sigue siendo desconocida (Aitken, Lindan, Sidney, Gupta, Barkovich, Sorel y Wu, 2009), se estima que aproximadamente uno entre 1100 o uno entre 1300 individuos presentan MC-I, estos datos revelan que la MC es tan frecuente como la esclerosis múltiple (Mackenzie, Morant, Bloomfield, MacDonald y O'riordan, 2013; Meadows, Kraut, Guarnieri, Haroun y Carson, 2000; Speer et al., 2003). Se encuentra una incidencia de alrededor de 5 casos por cada 10.000 habitantes en el mundo, reduciéndose en España hasta 4 por cada 10.000 habitantes (Orphanet, 2014). No obstante, gracias a la introducción de la técnica de resonancia magnética nuclear (RMN) a partir de 1985 su detección ha incrementado. Sin embargo, parece ser que su prevalencia puede ser mayor de lo que se cree (Guerra et al., 2015). La MC representa entre el 1 y el 4% de todas las patologías neuroquirúrgicas (Pérez Ortiz, Álvarez Armas, Rodríguez Ramos y Laud Rodríguez, 2017). Según las investigaciones llevadas a cabo por Wilkinson, Johnson, Garton, Muraszko y Maher (2017) existe una mayor prevalencia de la enfermedad en el género femenino en los pacientes adultos, mientras que en los casos pediátricos se diagnostican igual número de hombres y mujeres.

La MC se enmarca dentro del grupo de las llamadas malformaciones de la unión cráneo-cervical. Consiste en una deformidad neuromuscular, en concreto, es una alteración anatómica de la base craneal, en algunos casos manifiesta una herniación del cerebelo y el tronco encefálico a través del foramen magnum hasta el canal cervical (Jiménez et al., 2015). Se encuentra asociada a siringomielia (Tubbs, 2015) y el 10% de los pacientes con MCI pueden presentar hidrocefalia debido a la obstrucción de la salida ventricular (Pindrik y Johnston, 2015).

La sintomatología es diversa, reportándose casos de pacientes asintomáticos y otros con graves afecciones neurológicas. Generalmente, los síntomas comienzan en la adultez, sobre todo en los casos que no presentan siringomielia. Se inician de forma

aguda, avanzando de forma progresiva. La sintomatología suele fluctuar, con periodos agudos y de remisión (Mestres, 2015). Los síntomas pueden ser secundarios a la alteración de la fluctuación del líquido céfaloraquídeo (LCR), a la compresión de la médula y del bulbo, a la afectación cerebelosa y, por último, los síntomas causados por la afectación de pares craneales (Regal, 2011). La MC-I es un trastorno neurológico complejo, las presentaciones clínicas más comunes incluyen dolores de cabeza debilitantes, dolor y presión en el cuello, sensación de ardor en el cuello, agotamiento, debilidad, mareos, trastornos visuales y escoliosis (Fischbein et al., 2015; Pindrik y Johnston, 2015). Diversas áreas del sistema nervioso central se encuentran afectadas en la sintomatología de la MC-I, incluyendo el sistema neuroauditivo, el sistema visual, los pares craneales bajos, el cerebelo y sus vías motoras y sensitivas (Pérez Ortiz et al., 2017). Por tanto, la sintomatología es variable, causando efectos otoneurológicos, ópticos, respiratorios, psicológicos y cognitivos (Fischbein et al., 2015). La literatura se centra principalmente en la sintomatología neurológica, no obstante, cabe destacar que los pacientes afectados por patologías cerebelosas presentan síntomas cognitivos y emocionales clasificadas en el síndrome cognitivo afectivo cerebeloso (SCAC) (Garriga-Grimau, Aznar Lain, Nascimento y Petrizan Aleman, 2015). Las comorbilidades cognitivas incluyen dificultades de memoria y en las funciones ejecutivas (toma de decisiones) afasia y trastornos psicológicos y de ansiedad (Fischbein et al., 2015). En consecuencia, la MC-I tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Mestres et al., 2012).

Actualmente, se considera que existen 6 tipos de MC. La MC-I es la más común, caracterizada por la herniación de las amígdalas cerebelosas mayor de 5 mm por debajo del nivel del foramen magnum, no obstante, una hernia amigdalal menor no excluye el diagnóstico. Puede ser asintomática. (Basaran, Efendioglu, Senol, Ozdogan y Isik, 2018). También ha sido clasificada según su etiología, en subtipo I y II, según sea de tipo congénito o adquirida, respectivamente (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2017).

La MC-I etiológicamente es heterogénea. La patogénesis de la malformación es desconocida y controvertida. Las posibles etiologías incluyen predisposición genética, anomalías congénitas y adquisición por trauma o enfermedad (Heiss, 2013). Dada la heterogeneidad clínica, genética y morfológica probablemente es multifactorial habiendo diversos mecanismos implicados y entre ellos, cabe destacar, la craneosinostosis precoz de base craneal que parece plausible en muchos de los casos (Boronat Guerrero, 2017). Asimismo, se sugiere que la MC-I es el resultado de predisposiciones genéticas a un desarrollo mesodérmico anormal (Abbott, Brockmeyer, Neklason, Teerlink y Cannon- Albright, 2017). No obstante, se aceptan cuatro teorías para explicar las formas congénitas. Las teorías se pueden categorizar como aquellas que invocan factores hidrodinámicos, factores mecánicos, disgenesia de la fosa posterior o displasia ósea (Meadows et al., 2001). La evidencia de una base genética ha sido mencionada por diversos autores (Coria, Quintana, Rebollo, Combarros y Berciano, 1983, Milhorat et al., 1999; Speer et al., 2000 y Szewka, Walsh, Boaz, Carvalho y Golomb, 2006) siendo el mecanismo más probable la herencia autosómica dominante con penetrancia variable (Boronat Guerrero, 2017). En esta misma línea, cabe destacar que la MC-I puede estar asociada a síndromes genéticos conocidos. Varios trastornos mendelianos coexisten con esta patología, presentando afectación ósea y proporcionando soporte al origen mesodérmico de la malformación, entre los cuales cabe mencionar el síndrome velocardiofacial, neurofibromatosis tipo 1, déficit de

hormona de crecimiento, klippel-Feil, displasia cleidocraneal, paget, síndrome de Williams y acondroplasia entre otros (Coria et al., 1983; Speer et al., 2000).

Un diagnóstico temprano es esencial para una evolución favorable de la enfermedad y evitar la progresión del daño por el sistema nervioso central. Sin embargo, es de difícil diagnóstico debido a la complejidad de la lesión y sintomatología presente en los pacientes, llegando a ser sus síntomas considerados como inespecíficos en muchas ocasiones (Amado et al., 2009). La MC-I generalmente se diagnostica en la edad adulta. El diagnóstico puede descubrirse de forma accidental en torno al 15-37% de los casos, sin que el paciente presente sintomatología específica del mismo o en pacientes evaluados por síntomas inespecíficos como cefalea o mareo. El tiempo promedio para el diagnóstico desde la primera visita al médico es de aproximadamente 3 o 4 años, y solo el 8,46% de los pacientes tiene conocimientos previos de la enfermedad (Fischbein et al., 2015; Pindrik y Johnston, 2015). Además, los síntomas a menudo se superponen con otros trastornos como la fibromialgia y la fatiga crónica, dificultando la realización del diagnóstico diferencial (Ellenbogen y Bauer, 2013). En esta misma línea, cabe destacar el estudio realizado por Milhorat et al. (1999) en el que el 59% de los sujetos diagnosticados comunicaron haber sido evaluados erróneamente por problemas mentales.

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de neuroimagen (Pérez Ortiz, Álvarez Armas, Rodríguez Ramos y Laud Rodríguez, 2017). La obtención de imágenes avanzadas tiene como objetivo mejorar la evaluación precisa de la gravedad de la malformación y sus efectos sobre la dinámica del líquido cefalorraquídeo (LCR) (Fakhri, Shah y Goyal, 2015). Se ha demostrado que el grado de alteración del flujo de LCR se correlaciona con la gravedad y el desarrollo de los síntomas clínicos (McGirt, Nimjee, Fuchs y George, 2006). La combinación de la resonancia magnética y la tomografía axial computarizada (TAC) craneal, proporciona información anatómica precisa. También se emplea la radiografía para identificar irregularidades óseas relacionadas con la MC (Choudhury, Sarada, Baruah y Singh, 2013; National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2017).

La cirugía es una de las principales actuaciones a llevar a cabo ante el diagnóstico de MC, siempre que se valore como una opción válida para disminuir los síntomas y/o prevenir la aparición de futuros problemas asociados. No obstante, con cirugía o sin ella es preciso trabajar junto con el paciente en su rehabilitación y su mejora física y cognitiva (Cesmebasi et al., 2014). El tratamiento más frecuente es la descompresión quirúrgica de la fosa posterior. En el caso de los pacientes diagnosticados con MC-I asintomático no se suele llevar a cabo ningún tipo de intervención quirúrgica. No obstante, existe cierta polémica entre los neurocirujanos sobre la conveniencia de ello. En este sentido, cabe destacar que entre el 15 % y el 30% de los pacientes adultos con MC-I son asintomáticos. En cambio, los pacientes con déficits neurológicos o sintomatología evolutiva son candidatos al tratamiento quirúrgico. Pues, aunque una intervención craneal siempre conlleva riesgos, se ha demostrado los múltiples beneficios de la misma. De lo que se trata con la cirugía es de eliminar la presión generada a nivel del foramen magnum (Arnautovic, Splavski, Boop y Arnautovic, 2015; Sahuquillo y Poca, 2014). No obstante, con cirugía o sin ella es preciso trabajar junto con el paciente en su rehabilitación y su mejora física y cognitiva.

Esta revisión realiza un análisis de las evidencias existentes en la sintomatología cognitiva de los pacientes con MC-I y los efectos de los tratamientos quirúrgicos en la sintomatología neuropsicológica y cognitiva.

Metodología

Para alcanzar el objetivo de la investigación se ha realizado una revisión bibliográfica de las evidencias científicas existentes en la actualidad. La búsqueda fue realizada entre los meses de febrero y mayo de 2018. Se revisaron las siguientes bases de datos electrónicos: *Pubmed*, *Medline*, *EBSCOhost* y *Google Scholar*.

Se crearon varias estrategias de búsqueda en las que se combinaron diferentes descriptores empleando la terminología médica controlada MeSH (*Medical Subject Headings*) en inglés y DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*) en castellano, y los operadores booleanos AND, OR Y NOT. Además, se aplicaron diversos filtros (idioma, periodos de tiempo, etc.) con el fin de delimitar la búsqueda en base al objetivo principal. También, se realizó una búsqueda inversa basada en las referencias bibliográficas de artículos seleccionados en las bases de datos mencionadas. Los términos de búsqueda que se emplearon fueron “Chiari malformation AND treatment AND surgery AND cognitive AND neuropsychology”. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: investigaciones escritas en inglés o castellano, publicados a partir del año 2000, en población diagnosticada de MC-I. En cuanto a los criterios de exclusión, se suprimieron estudios de caso único.

Tras realizar la búsqueda bibliográfica se recuperaron en total 458 artículos. Algunos se encontraban por duplicado en las distintas bases de datos, tras descartar aquellos la cifra de artículos encontrados se concreta en un total de 416 artículos para el análisis. Tras leer el título de todos, se descartaron 329 artículos por no cumplir los criterios de inclusión. Se descartaron los artículos que el título no coincidía con el objetivo de estudio propuesto. Además, se suprimieron los artículos que se centraban únicamente en una perspectiva quirúrgica sin abordar la implicación de la intervención en las funciones cognitivas. Se escogieron 87 y se procedió a una lectura crítica basada en los títulos y resúmenes, descartando 45 por no adaptarse a los objetivos del estudio. Se revisaron 42 a texto completo de las siguientes bases de datos: *Pubmed* (22 artículos), *Medline* (7 artículos), *Google Académico* (5 artículos) y *EBSCOhost* (8 artículos), de los que se descartaron 35 por no cumplir los criterios de inclusión. Se descartaron los artículos que no analizan los efectos neuropsicológicos de la MC. Del mismo modo se desecharon los artículos de diseño de caso único. La MC constituye una enfermedad poco investigada y debido a la escasez de investigaciones no se encontraron artículos antes del año 2000 que abordasen los aspectos neuropsicológicos ni las posibles causas o repercusiones de la enfermedad. Finalmente, se procedió a analizar 7 artículos procedentes de revistas científicas seleccionadas del campo de las neurociencias. En todos los artículos seleccionados se incluyó al menos un instrumento estandarizado para medir dominios o funciones neuropsicológicas específicas.

Resultados

La muestra total incluyó un total de 862 sujetos, divididos en dos grupos con edades entre los 5 y 74 años. El grupo clínico se compuso por 799 participantes diagnosticados con MC-I y el grupo control por 63 controles sanos, emparejados por edad y años de educación (Allen et al., 2014; García et al., 2018). En este sentido, cabe

destacar que varios estudios se caracterizaron por la ausencia de grupo control (Allen et al., 2017; Novegno et al., 2008, Grosso et al., 2001; Lacy et al., 2011 y Riva et al., 2011) y que un estudio contribuyó con 638 casos de pacientes diagnosticados con MC-I.

La muestra clínica en los estudios analizados está compuesta por 96 mujeres y 55 hombres. Cabe destacar que en el estudio de Allen et al. (2017) y de Novegno et al. (2008) no hacen referencia al sexo de los participantes, por tanto, en el 81.10% de la muestra clínica se desconoce el género de los participantes. El grupo control está formado por 47 mujeres y 16 hombres. Los datos obtenidos concuerdan con los proporcionados por Amado et al. (2009) en el que afirman que la MC afecta a ambos sexos, con ligero predominio en las mujeres.

Por otro lado, cabe mencionar que 664 pacientes diagnosticados con MC-I se habían sometido a cirugía de descompresión (Allen et al., 2014; Allen et al., 2017; Riva et al., 2011). En contraposición, 49 sujetos no fueron sometidos a intervención quirúrgica (García et al., 2018; Novegno et al., 2008). En esta misma línea, cabe destacar que en los estudios realizados por Lacy et al. (2011) y Grosso et al. (2001) no hacen referencia si los pacientes fueron o no fueron intervenidos por la descompresión de la fosa posterior.

A continuación, se muestran los estudios que analizan los aspectos neuropsicológicos relacionados con la MC-I (tabla 1).

La MC-I se correlaciona con sintomatología ansioso-depresiva y de dolor (Allen et al., 2014; Allen et al., 2017; García et al., 2018).

García et al. (2018) mayormente encontraron déficits en tareas que involucran una red compleja de estructuras cerebrales en las que el lóbulo frontal desempeña un papel fundamental junto con las conexiones que tiene con el cerebelo como, por ejemplo, la tarea de Historias de Happe, utilizada para evaluar la teoría de la mente. Los resultados apoyan la presencia de síndrome cognitivo afectivo cerebeloso (SCAC) en pacientes con MC-I, puesto que evidencian déficits en funcionamiento ejecutivo, fluidez verbal, cognición espacial y evocación. En esta línea, Allen et al. (2017) sugieren que futuras investigaciones deberían distinguir entre los efectos cognitivos derivados del daño del tracto de fibra en el cerebelo (SCAC) con los efectos del dolor (distracción) en la cognición. Cabe destacar, que recientes estudios abordan la relación entre el dolor, la atención y la memoria partiendo de la hipótesis de que la experiencia clínica del dolor, combinada con las diferencias individuales en la atención focalizada impacta en la memoria. Allen et al. (2017) concluyen que el dolor crónico en MC distrae la atención focalizada de los procesos de memoria o que el dolor aleja la capacidad de atención en la recuperación de la memoria.

En el estudio de García et al. (2018) ningún participante recibió intervención quirúrgica ni presentaban hidrocefalia ni otras malformaciones craneocervicales específicas. En contraposición los participantes del estudio de Allen et al. (2014) se sometieron a descompresión de la fosa posterior (DFP). Parten de la hipótesis de que la hernia descendente de las amígdalas cerebelosas provoca daño estructural directo relacionado con la presión del circuito neural regional, pudiendo causar disfunción al generar trastornos crónicos como el dolor. Además, plantean la hipótesis de que dicho daño en el cerebelo y sus circuitos aferentes /eferentes pueden dar lugar a déficits cognitivos en la función ejecutiva y en la memoria episódica. En su estudio detectaron que pacientes con MC-I presentaban peor rendimiento cognitivo en las tareas que requieren tiempo de reacción (memoria de trabajo, control inhibitorio y velocidad de procesamiento), pero no observaron diferencias en la memoria episódica. No obstante, después del control de los efectos de ansiedad y depresión, el efecto de inhibición de la

respuesta permaneció estadísticamente significativo, mientras que otras tareas conocidas de función ejecutiva como la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento no lo fueron.

Tabla 1
Alteraciones neuropsicológicas en la MC- I

Autores	Muestra	Signos Neurológicos	Instrumentos neuropsicológicos	Perfil neuropsicológico	Hallazgos
Allen et al., 2014.	n total: 48 n control: 24 Edad: 15 a 59	Cefalea, mareo, y problemas de equilibrio.	RAVLT; STROOP; Ospan Test y la tarea de sustitución de símbolos de dígitos.	Déficit en inhibición de respuesta y en la velocidad de procesamiento.	Pacientes con Descomprensión de la fosa posterior (DFP) presentan disfunción cognitiva general, persistiendo incluso después del control de la ansiedad.
Allen et al., 2017.	n: 638 n control: 0 Edad: 18 a 74	Dolor crónico.	SF-MPQ-2 (McGill Pain-Short Form-Revised). RAVLT: ensayo de aprendizaje verbal de Rey. RRQ: cuestionario de rumiación y reflexión.	Déficits en la memoria (recuerdo inmediato).	El dolor crónico interviene en la atención focalizada, afectando la cognición. Los aumentos en la reflexión facilitan la memoria.
García et al., 2018.	n total:78 n control: 39 Media: 45.59	Cefalea, mareos, dolor muscular, debilidad muscular y dificultad para dormir.	Mapa del zoo; dígitos inversos; STROOP; F-A-S; BNT (Boston naming test); TAVEC (Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense); SDMT (Test de símbolos y dígitos); Test de Benton de reconocimiento facial; FEEL (Facially expressed emotion labelling test), Historias de Happe.	Rendimiento menor en funcionamiento ejecutivo, fluidez verbal, precisión de copia, memoria visual y verbal, evocación, velocidad de procesamiento, reconocimiento facial y teoría de la mente.	Perfil cognitivo asociado con las patologías cerebelosas.
Grosso et al., 2001	n total: 9 n control: 0 Edad: 6 a 13.	EEG anormal, trastorno convulsivo y epilepsia.	-Escala de inteligencia de Wechsler para niños. -Test de Goodenough. -Pruebas visuales motoras de Bender.	Discapacidad intelectual, retraso en el habla, discapacidad visuoperceptual.	No hay correlación entre el grado de ectopia y la manifestación clínica

Lacy et al., 2016.	n total: 77 n control: 0 Edad: 6 a 17	Dolores de cabeza, problemas de deglución, perturbación de la marcha, convulsiones.	Cuestionario para padres BRIEF (The Brief Rating Inventory of Executive Functioning).	Déficits en las funciones ejecutivas y metacognitivas, (memoria de trabajo y dificultades en la iniciación)	La depresión, el sexo, la edad y descomprensión de la fosa posterior, no están relacionados con la disfunción ejecutiva.
Novegno et al., 2008.	n total: 10 n control: 0 Edad: 1 a 16	Dolor en extremidades superiores, vértigo, papiledema trastorno convulsivo y de la marcha.	Escala de desarrollo mental Griffith o las escala Uzgis-Hunt; Escala de inteligencia de Wechsler para niños; Test de la Figura Compleja de rey; Test de Gauthier.	Déficit en la planificación y solución de problemas, fluidez verbal y evocación, trastornos de la atención visual, dispraxia. Déficit en memoria visual e hipercinesia.	Déficits en el funcionamiento ejecutivo, similar a pacientes con lesiones en la corteza prefrontal dorsolateral y/o lesiones cerebelosas.
Riva, Usilla, Saletti, Esposito y Bulgheroni, 2011.	n total: 2 n control: 0 Edad: 5 y 15	Signos neurológicos no informados.	Escala de desarrollo mental Griffith; otros instrumentos no informados que miden inteligencia, lenguaje y comportamiento.	Caso 1: Déficit en la comprensión y producción léxica, funciones ejecutivas y comportamiento patológico. Caso 2: Fluidez semántica y fonológica deficiente, hiperactividad y distractibilidad.	El impacto del cerebelo sobre el funcionamiento mental no es exclusivo, influyen factores como la genética y las características individuales.

Novegno et al. (2008) describieron a diez niños (el 20% con un cociente de inteligencia borderline). En contraste, Grosso et al. (2011) detectaron discapacidad intelectual en todos los participantes. Análogamente, en ambos estudios el desplazamiento tonsilar medio fue de 10.1mm.

En los niños también se puede detectar trastornos de conducta (Novegno et al., 2008). Cabe señalar, que los que tienen dolor de cabeza, dificultades para tragar y trastornos de la marcha como síntomas principales pueden tener mayor riesgo de deterioro cognitivo y desregulación emocional (Lacy et al., 2016).

Si bien todos los autores coinciden en la presencia de déficits cognitivos, no hay acuerdo sobre cuáles son exactamente las funciones cognitivas afectadas (Tabla 2).

Tabla 2.
Funciones cognitivas afectadas en la MC-I

Función cognitiva	Área alterada.
Funciones ejecutivas	Memoria operativa (Lacy et al., 2016). Iniciación de respuesta (Allen et al., 2014; Lacy et al., 2016). Planificación y solución de problemas (Novegno et al., 2008). García et al., 2018.
Memoria	Recuerdo inmediato (Allen et al., 2017). Memoria visual (Novegno et al., 2008; García et al., 2018). Memoria verbal (García et al., 2018).
Lenguaje	Fluidez verbal (Novegno et al., 2008; García et al., 2018). Evocación (Novegno et al., 2008; Grosso et al., 2001). Retraso en el habla (Grosso et al., 2001). Déficit en la comprensión y producción léxica (Riva et al., 2011).
Déficits atencionales	Trastorno de atención visual (Novegno et al., 2008). Hiperactividad y distractibilidad (Riva et al., 2012).
Velocidad de procesamiento	Allen et al., 2014; Allen et al., 2017; García et al., 2018.
Otros	Dispraxia (Novegno et al., 2008). Hipercinesia (Novegno et al., 2008). Precisión de la copia (García et al., 2018). Reconocimiento facial (García et al., 2018). Teoría de la mente (García et al., 2018). Discapacidad intelectual (Grosso et al., 2001; Novegno et al., 2008). Déficits visoperceptuales (Grosso et al., 2001). Comportamiento patológico (Riva et al., 2012).

Discusión

Esta revisión analiza el perfil neuropsicológico de los pacientes con MC-I y realiza una recopilación sobre los beneficios encontrados en los diversos tratamientos a nivel cognitivo.

La MC es una entidad controvertida en la literatura contemporánea, actualmente continua el debate de sobre la patogenia, los déficits cognitivos e incluso el tratamiento más óptimo.

Aproximadamente el 80 % de los pacientes experimentan cefaleas intensas y para reducir dichos dolores se emplean analgésicos algunos basados en opiáceos, los cuales pueden tener efecto negativo sobre la cognición (Allen et al., 2014). Además, más del 40% de los pacientes con MC-I refieren tener sintomatología cognitiva (Fischbein et al., 2015). Mahgoub, Avari y Francois. (2012) afirman que existe un alto riesgo de presentar procesos neuropatológicos de la demencia en adultos con MC-I. No obstante, a pesar de los avances en la comprensión de MC-I los estudios que incluyen la sintomatología cognitiva son escasos, siendo la evidencia publicada limitada.

La cirugía es el único tratamiento disponible para corregir las anomalías funcionales o detener la evolución del daño en el sistema nervioso central (Mestres, 2015). No obstante, a pesar de la evidencia en las alteraciones cognitivas como la memoria (Tavano et al., 2007), funciones ejecutivas (Koziol y Barker, 2013) o alteraciones en el lenguaje (Fabbro *et al.*, 2004) sólo cuatro artículos abordan las funciones cognitivas tras la intervención (Allen et al., 2014; Allen et al., 2017; Lacy et al., 2016; Riva et al., 2011). Lacy et al. (2016) indicaron que el funcionamiento ejecutivo informado por los padres no se vio afectada por la cirugía ni la depresión. En esta misma línea Allen et al. (2017) no lograron identificar diferencias grupales generales en el rendimiento del recuerdo entre los sometidos a descompresión de la fosa posterior y los no sometidos. Estos datos podrían coincidir con el estudio de Kumar et al. (2011) que mencionan que la afectación de la memoria se debe a una posible alteración de la integridad del tracto. Las alteraciones cognitivas se deben al desarrollo anormal de la sustancia blanca cerebral y la integridad de la mielina. Por otro lado, Riva et al. (2011) obtuvieron resultados contradictorios, el lenguaje de un niño mejoró considerablemente pero su comportamiento continuó deteriorándose, en contraposición en otro caso el lenguaje empeoró después de la cirugía mientras que los déficits atencionales mejoraron. El estudio de Riva et al. (2011) es el único que realizó una comparación de las funciones cognitivas antes y después de la intervención quirúrgica.

Schmahmann (2013) afirma que las malformaciones congénitas del cerebelo como la MC, pueden acompañarse de daño cerebral que justifica un funcionamiento cognitivo limitado. El cerebelo desempeña un papel fundamental en el control del movimiento y también tiene conexiones corticales extensas, que intervienen en varios procesos cognitivos (Rogers, Savage y Stoodley, 2018). Si bien desde un punto de vista tradicional el cerebelo no ejerce una función en la cognición, actualmente hay evidencia respecto la participación del cerebelo en diversos procesos y funciones cognitivas como atención, memoria, aprendizaje, funciones ejecutivas, lenguaje y habilidades visoconstructivas (Tirapu-Ustárroz, Iglesias Fernández y Hernandez-Goñi, 2011).

Actualmente, no existe un protocolo estándar para la evaluación cognitiva en MC-I (Rogers et al., 2018). En este sentido, señalar la importancia de realizar una evaluación neuropsicológica para emplearla como línea base al inicio de la

rehabilitación y/o tratamiento con el objetivo de disminuir las alteraciones neuropsicológicas en los pacientes. Los resultados obtenidos por Allen et al. (2014), García et al. (2018), Novegno et al. (2008) y Riva et al. (2014) manifiestan que los pacientes con la MC-I tienen un perfil cognitivo asociado con las patologías cerebelosas. En este sentido, García et al. (2018) proporcionan evidencia sobre la implicación del cerebelo en el funcionamiento cognitivo y la importancia de la conectividad cortical cerebelosa. Además, sugieren que la memoria verbal, la velocidad de procesamiento, el reconocimiento facial y la teoría de la mente son dominios que podrían incluirse como áreas también involucradas en el perfil cognitivo cerebeloso. No obstante, Allen et al. (2014) sugieren que la memoria de trabajo y velocidad de procesamiento no están estrechamente relacionadas con la función del cerebelo o tronco encefálico como lo está la inhibición de respuesta (O'Halloran, Kinsella y Storey, 2012). En cuanto a las posibles causas de las disfunciones cognitivas, Allen et al. (2014) sugieren que las alteraciones cognitivas son el resultado de la lesión de las amígdalas cerebelosas. Por otro lado, plantean la hipótesis que el daño del tronco encefálico en lugar del daño del cerebelo sea el causante del daño del tracto de fibra, afectando a las conexiones entre el tronco encefálico y la corteza prefrontal, ocasionando déficits cognitivos concretamente disfunción ejecutiva o déficits cognitivos más difusos. La duración (Riva et al., 2011) y el alcance (Del Casale et al., 2012) de la comprensión del tallo cerebral interviene en la manifestación de los déficits cognitivos. Grosso et al. (2001) no observaron correlación entre el grado de ectopia y la manifestación clínica. Si bien, la implicación del cerebelo en el funcionamiento cognitivo es incuestionable todavía hay controversia respecto cuál es el papel del cerebelo.

Publicaciones recientes como la revisión realizada por Rogers, Savage y Stoodley (2018) sobre la cognición en la MC-I coinciden con los resultados de Allen et al. (2014), García et al. (2018), Lacy et al. (2016), Novegno et al. (2008) y Riva et al., (2011) en el que confirman que la MC probablemente cursará con déficits cognitivos, no obstante, aún no hay pruebas suficientes para describir un perfil válido de deterioro cognitivo en MC-I. Sería necesario realizar más investigaciones en este campo para poder confirmar estos resultados e integrarlos con el modelo fisiopatológico. Asimismo, cabe destacar las repercusiones negativas que tiene la MC en el día a día. En esta misma línea, Mestres et al. (2012) evidencian que la MC influye negativamente en la calidad de vida, sobre todo en el ámbito laboral.

En cuanto a las limitaciones, cabe destacar la escasez de estudios que analizan las consecuencias neuropsicológicas tras la intervención quirúrgica en personas con MC-I. Es preciso seguir profundizando sobre las alteraciones neuropsicológicas con o sin intervención quirúrgica. En segundo lugar, no se excluyeron los artículos en el que los pacientes presentaban neuropatología comórbida, como espina bífida, impresión basilar, hidrocefalia o siringomielia (Lacy et al., 2016; Novegno et al., 2008; Riva et al, 2011). La heterogeneidad en las funciones neuropsicológicas analizadas junto con la diversidad de instrumentos neuropsicológicos empleados en los diversos artículos para medir una misma función cognitiva, hace que sea difícil comparar los resultados entre los estudios. Por otro lado, el tamaño de la muestra en la mayoría de los artículos se caracteriza por ser reducido. Esto puede ser debido a la baja prevalencia de la enfermedad en la población.

La MC es una enfermedad rara que no ha alcanzado el nivel de organización suficiente para realizar estudios multicéntricos, de manera que faltan estudios de alta evidencia (De Oliveira Sousa et al., 2018). Para una evaluación completa del impacto en

el funcionamiento neurocognitivo y conductual, se deben diseñar estudios prospectivos y longitudinales en series (Riva et al., 2011).

En definitiva, esta revisión pone de manifiesto la escasez de estudios relacionados con la MC fuera del contexto clínico y quirúrgico, obviando los aspectos neuropsicológicos y los déficits afectivos. Respecto al objetivo general de este trabajo, se concluye que los tratamientos quirúrgicos reducen los síntomas físicos asociados a la MC, no obstante, apenas se han encontrado artículos sobre los beneficios del tratamiento en la cognición. El propósito de este estudio consistió en realizar una revisión exhaustiva de la literatura para evidenciar el deterioro cognitivo generalizado o las funciones neuropsicológicas específicas dañadas en los pacientes con MC. Debido al posible impacto negativo que ejerce el deterioro cognitivo en el día a día del paciente hace que la detección y el control de la MC sea importante. Ryan y Pealmen. (2004) refieren que cuanto más rápido y con precisión reciba un paciente el diagnóstico y el tratamiento, controlará mejor los síntomas y volverá a un estilo de vida normal. En este sentido cabe destacar, la importancia del clínico en reconocer precozmente los signos tanto físicos como neuropsicológicos de la MC-I. Por tanto, se debería realizar exámenes exhaustivos del estado físico, neurológico, cognitivo y afectivo. La identificación temprana ayudará al desarrollo del tratamiento, así como como a las referencias apropiadas para evaluaciones neuropsicológicas más profundas. A pesar de que las tecnologías de neuroimagen han llevado a la mejora de los diagnósticos anatómicos, se sabe poco sobre la incidencia del síntoma cognitivo siendo escasos los artículos que analizan las repercusiones neuropsicológicas, evolutivas y conductuales en pacientes con MC. Por tanto, resulta necesario enfocar las futuras investigaciones no solo en el tratamiento quirúrgico o en la sintomatología neurológica sino también en las consecuencias cognitivas, a través de una perspectiva interdisciplinar.

Referencias

- Abbott, D., Brockmeyer, D., Neklason, D. W., Teerlink, C., y Cannon-Albright, L. A. (2017) Population-based description of familial clustering of Chiari malformation Type I. *Journal of neurosurgery*, 128(2), 460-465. doi:10.3171/2016.9.jns161274
- Aitken, L. A., Lindan, C. E., Sidney, S., Gupta, N., Barkovich, A. J., Sorel, M., y Wu, Y. W. (2009). Chiari type I malformation in a pediatric population. *Pediatric neurology*, 40(6), 449-454. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2009.01.003
- Allen, P. A., Delahanty, D., Kaut, K. P., Li, X., García, M., Houston, J. R., ...Luciano, M. G. (2017). Chiari 1000 Registry Project: assessment of surgical outcome on self-focused attention, pain, and delayed recall. *Psychological medicine*, 1-11. doi:10.1017/s0033291717003117
- Allen, P. A., Houston, J. R., Pollock, J. W., Buzzelli, C., Li, X., Harrington, A. K., ...Luciano, M. G. (2014). Task-specific and general cognitive effects in Chiari malformation type I. *PloS one*, 9(4), e94844. doi:10.1371/journal.pone.0094844
- Amado, M. E., García, R., Avellaneda, A., García, M., Barrón, J.,... y Gómez, C. (2009). Malformaciones de la unión cráneo-cervical (Chiari tipo I y siringomielia). Documento de consenso. Madrid: Editorial Médica AWWE. Retrieved from http://www.sen.es/pdf/2010/Consenso_Chiari_2010.pdf
- Arnautovic, A., Splavski, B., Boop, F. A., y Arnautovic, K. I. (2015). Pediatric and adult Chiari malformation type I surgical series 1965–2013: a review of

- demographics, operative treatment, and outcomes. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 15(2), 161-177. doi:10.3171/2014.10.peds14295
- Basaran, R., Efendioglu, M., Senol, M., Ozdogan, S., y Isik, N. (2018). Morphometric analysis of posterior fossa and craniovertebral junction in subtypes of Chiari malformation. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 169, 1-11. doi:10.1016/j.clineuro.2018.03.017
- Boronat Guerrero, S. (2017). *Estudio de la malformación de Chiari I: correlación clínico-radiológica en la infancia e investigación de la base genética* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Retrieved from <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/458632/sbg1de1.pdf?sequence=1>
- Carvajal-Rodriguez, L. (2015). Enfermedades raras. *Revista mexicana de pediatría*, 82(6), 207-210. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65566>
- Cesmebasi, A., Loukas, M., Hogan, E., Kralovic, S., Tubbs, R. S., y Cohen-gadol, A. A. (2014). The Chiari malformations: A review with emphasis on anatomical traits. *Clinical anatomy*, 28(2), 184-194. doi:10.1002/ca.22442
- Choudhury, P.R., Sarda, P., Baruah P., y Singh, S. (2013). Congenital Chiari malformations: magnetic resonance imaging study. *OA Case Reports*, 2(8). doi:10.13172/2052-0077-2-8-735
- Coria, F., Quintana, F., Rebollo, M., Combarros, O., y Berciano, J. (1983). Occipital dysplasia and Chiari type I deformity in a family: clinical and radiological study of three generations. *Journal of the neurological sciences*, 62(1), 147-158. doi:10.1016/0022-510x(83)90195-8
- De Oliveira Sousa, U., de Oliveira, M. F., Heringer, L. C., Barcelos, A. C. E. S., y Botelho, R. V. (2018). The effect of posterior fossa decompression in adult Chiari malformation and basilar invagination: a systematic review and meta-analysis. *Neurosurgical review*, 41(1), 311-321. doi:10.1007/s10143-017-0857-5
- Del Casale, A., Serata, D., Rapinesi, C., Simonetti, A., Tamorri, S. M., Comparelli, A., ...Girardi, P. (2012). Psychosis risk syndrome comorbid with panic attack disorder in a cannabis-abusing patient affected by Arnold-Chiari malformation type I. *General Hospital Psychiatry*, 34(6), 702.e5–702.e7. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.12.008
- Ellenbogen, R. G., y Bauer, D. F. (2013). Association between fibromyalgia, chronic fatigue, and the Chiari I malformation. In *The Chiari Malformations* (pp. 265-271). Springer, New York, NY. doi:10.1007/978-1-4614-6369-6_23
- Fabbro, F., Tavano, A., Corti, S., Bresolin, N., De Fabritiis, P., y Borgatti, R. (2004). Long-term neuropsychological deficits after cerebellar infarctions in two young adult twins. *Neuropsychologia*, 42(4), 536-545. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2003.09.006
- Fakhri, A., Shah, M. N., y Goyal, M. S. (2015). Advanced imaging of Chiari 1 malformations. *Neurosurgery Clinics of North America*, 26(4), 519-526. doi:10.1016/j.nec.2015.06.012
- Fischbein, R., Saling, J. R., Marty, P., Kropp, D., Meeker, J., Amerine, J., y Chyatte, M. R. (2015). Patient-reported Chiari malformation type I symptoms and diagnostic experiences: a report from the national Conquer Chiari Patient Registry database. *Neurological Sciences*, 36(9), 1617-1624. doi:10.1007/s10072-015-2219-9
- García, M., Lázaro, E., López-Paz, J. F., Martínez, O., Pérez, M., Berrocoso, S., ...Amayra, I. (2018). Cognitive Functioning in Chiari Malformation Type I

- Without Posterior Fossa Surgery. *The Cerebellum*, 1-11. doi:10.1007/s12311-018-0940-7
- Garriga-Grimau, L., Aznar Lain, G., Nacimiento, M. T., y Petrizan Aleman, A. (2015). Síndrome cerebeloso cognitivo-afectivo. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(5), e268-e270. doi:10.5546/aap.2015.e268
- Grosso, S., Scattolini, R., Paolo, G., Di Bartolo, R. M., Morgese, G., y Balestri, P. (2001). Association of Chiari I malformation, mental retardation, speech delay, and epilepsy: a specific disorder? *Neurosurgery*, 49(5), 1099-1104. doi:10.1227/00006123-200111000-00015
- Guerra, G., Mazón, A., Marco, E., Valle, N., Martín, R., y Morales, C. (2015). Manifestaciones audiovestibulares en la malformación de Chiari tipo I. serie de casos y revisión bibliográfica. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 66 (1), 28-35. doi:10.1016/j.otorri.2014.05.002
- Heiss, J. D. (2013). Epidemiology of the Chiari I malformation. In *The Chiari Malformations* (pp. 83-92). Springer, New York, NY. Retrieved from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-6369-6_6
- Jiménez, G. G., Gutiérrez, Á. M., de Lucas, E. M., San Román, N. V., Laez, R. M., y Angulo, C. M. (2015). Manifestaciones audiovestibulares en la malformación de Chiari tipo I. Serie de casos y revisión bibliográfica. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 66(1), 28-35. doi:10.1016/j.otorri.2014.05.002
- Koziol, L. F., y Barker, L. A. (2013). Hypotonia, jaundice, and Chiari malformations: Relationships to executive functions. *Applied Neuropsychology: Child*, 2(2), 141-149. doi:10.1080/21622965.2013.748390
- Kumar, M., Rathore, R. K. S., Srivastava, A., Yadav, S. K., Behari, S., y Gupta, R. K. (2011). Correlation of diffusion tensor imaging metrics with neurocognitive function in Chiari I malformation. *World neurosurgery*, 76(1-2), 189-194. doi:10.1016/j.wneu.2011.02.022
- Lacy, M., Ellefson, S. E., DeDios-Stern, S., y Frim, D. M. (2016). Parent-reported executive dysfunction in children and adolescents with Chiari malformation Type 1. *Pediatric neurosurgery*, 51(5), 236-243. doi: 10.1159/000445899
- Mackenzie, I. S., Morant, S. V., Bloomfield, G. A., MacDonald, T. M., y O'riordan, J. (2013). Incidence and prevalence of multiple sclerosis in the UK 1990–2010: a descriptive study in the General Practice Research Database. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 85(1),76-84 doi:10.1136/jnnp-2013-305450
- Mahgoub, N., Avari, J., y Francois, D. (2012). A Case of Arnold–Chiari Malformation Associated With Dementia. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 24(2), E44-E45. doi10.1176/appi.neuropsych.11050102
- McGirt, M. J., Nimjee, S. M., Fuchs, H. E., y George, T. M. (2006). Relationship of cine phase-contrast MRI to outcome after decompression for Chiari I malformation. *Neurosurgery*, 59(1), 140-146. doi: 10.1227/01.neu.0000219841.73999.b3
- Meadows, J., Kraut, M., Guarnieri, M., Haroun, R. I., y Carson, B. S. (2000). Asymptomatic Chiari Type I malformations identified on magnetic resonance imaging. *Journal of neurosurgery*, 92(6), 920-926. doi:10.3171/jns.2000.92.6.0920
- Meadows, J., Guarnieri, M., Miller, K., Haroun, R., Kraut, M., y Carson, B. S. (2001). Type I Chiari malformation: a review of the literature. *Neurosurgery Quarterly*, 11(3), 220-229. Retrieved from <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/type-i-chiari-malformation-a-review-of-the-literature-3>

- Mestres, O. (2015). *Repercusiones de la malformación de Chiari I en la calidad de vida del paciente* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona. Retrieved from http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67777/1/OMiS_TESIS.pdf
- Mestres, O., Poca, M. A., Solana, E., Rodoi, A., Quintana, M., Force Sanmartín, E., Sahuquillo, J. (2012). Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con una malformación de Chiari tipo I. Estudio piloto en una cohorte de 67 pacientes. *Revista de Neurología*, 55(3), 148-156. Retrieved from <https://www.neurologia.com/articulo/2012196>
- Milhorat, T. H., Chou, M. W., Trinidad, E. M., Kula, R. W., Mandell, M., Wolpert, C., y Speer, M. C. (1999). Chiari I malformation redefined: clinical and radiographic findings for 364 symptomatic patients. *Neurosurgery*, 44(5), 1005-1017. doi:10.1097/00006123-199905000-00042
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2017). Malformaciones de chiari. Retrieved from https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/malformaciones_de_chiari.htm
- Novegno, F., Caldarelli, M., Massa, A., Chieffo, D., Massimi, L., Pettorini, B., ...Di Rocco, C. (2008). The natural history of the Chiari Type I anomaly. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 2(3), 179-187. doi:10.3171/ped/2008/2/9/179
- O'Halloran, C. J., Kinsella, G. J., y Storey, E. (2012). The cerebellum and neuropsychological functioning: a critical review. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 34(1), 35-56. doi:10.1080/13803395.2011.614599
- Orphanet (2014). Prevalence of rare diseases: Bibliographic data », Informes Periódicos de Orphanet, Serie Enfermedades Raras, 1. Retrieved from http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/ES/Prevalencia_de_las_enfermedades_raras_por_orden_alfabetico.pdf
- Pérez Ortiz, L., Álvarez Armas, A., Rodríguez Ramos, E., y Laud Rodríguez, L. (2017). Malformación de Chiari Tipo I en adultos. Un enfoque médico-quirúrgico. Parte I. *Revista Médica Electrónica*, 39(5), 1107-1116. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500010
- Pindrik, J., y Johnston, J. M. (2015). Clinical presentation of Chiari I malformation and syringomyelia in children. *Neurosurgery Clinics of North America*, 26(4), 509-514. doi:10.1016/j.nec.2015.06.004
- Regal, R. J. (2011). Valoración de la capacidad laboral de la malformación de Arnold Chiari tipo I. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(222), 95-100. doi:10.4321/s0465-546x2011000100009
- Riva, D., Usilla, A., Saletti, V., Esposito, S., y Bulgheroni, S. (2011). Can Chiari malformation negatively affect higher mental functioning in developmental age? *Neurological Sciences*, 32(S3), 307-309. doi:10.1007/s10072-011-0779-x
- Rogers, J. M., Savage, G., y Stoodley, M. A. (2018). A Systematic Review of Cognition in Chiari I Malformation. *Neuropsychology review*, 28(2), 176-187. doi:10.1007/s11065-018-9368-6
- Ryan, J. R., y Pearlman, S. H. (2004). Common headache misdiagnoses. *Primary care*, 31(2), 395-405. doi:10.1016/j.pop.2004.02.010
- Sahuquillo, J., y Poca, M. A. (2014). Actualizaciones en el tratamiento quirúrgico de la malformación de Chiari tipo I y del complejo Chiari-I/siringomielia. *Neurología*, 13(5), 224-245. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/242773709_Actualizaciones_en_el_tra

- tamiento_quirurgico_de_la_malformacion_de_Chiari_tipo_I_y_del_complejo_Chiari-Isiringomielia
- Schmahmann, J. D. (2013). Cerebellar cognitive affective syndrome and the neuropsychiatry of the cerebellum. *Handbook of the cerebellum and cerebellar disorders* (pp. 1717-1751). Springer Netherlands. doi:10.1007/978-94-007-1333-8_77
- Speer, M. C., George, T. M., Enterline, D. S., Franklin, A., Wolpert, C. M., y Milhorat, T. H. (2000). A genetic hypothesis for Chiari I malformation with or without syringomyelia. *Neurosurgical focus*, 8(3), 1-4. doi:10.3171/foc.2000.8.3.12
- Speer, M. C., Enterline, D. S., Mehlretter, L., Hammock, P., Joseph, J., Dickerson, M., ...George, T. M. (2003). Chiari type I malformation with or without syringomyelia: prevalence and genetics. *Journal of Genetic Counseling*, 12(4), 297-311. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023948921381>
- Szewka, A. J., Walsh, L. E., Boaz, J. C., Carvalho, K. S., y Golomb, M. R. (2006). Chiari in the family: inheritance of the Chiari I malformation. *Pediatric neurology*, 34(6), 481-485. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2005.09.008
- Tavano, A., Grasso, R., Gagliardi, C., Triulzi, F., Bresolin, N., Fabbro, F., y Borgatti, R. (2007). Disorders of cognitive and affective development in cerebellar malformations. *Brain*, 130(10), 2646-2660. doi:10.1093/brain/awm201
- Tirapu Ustárroz, J., Luna Lario, P., Iglesias Fernández, M. D., y Hernáez Goñi, P. (2011). Contribución del cerebelo a los procesos cognitivos: avances actuales. *Rev Neurol*, 53(5), 301-315. Retrieved from <https://www.neurologia.com/articulo/2010747>
- Tubbs, R. S. (2015). Definitions and anatomic considerations in Chiari I malformation and associated syringomyelia. *Neurosurgery Clinics*, 26(4), 487-493. doi:10.1016/j.nec.2015.06.007
- Wilkinson, D. A., Johnson, K., Garton, H. J., Muraszko, K. M., y Maher, C. O. (2017). Trends in surgical treatment of Chiari malformation Type I in the United States. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 19(2), 208-216. doi:10.3171/2016.8.peds16273

Fecha de recepción: 20/09/2018

Fecha de revisión: 21/09/2018

Fecha de aceptación: 01/10/2018

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Enya Sainz Álvarez (2018). Factores que influyen en el perfil motivacional laboral de los millennials. *Psychology Research*, 1(1), 41-60. doi: 10.33000/mlspr.v1i1.111

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERFIL MOTIVACIONAL LABORAL DE LOS MILLENNIALS

Enya Sainz Álvarez

Universidad Europea del Atlántico (España)

Resumen. La presente investigación examinó las posibles relaciones existentes entre los rasgos de personalidad y el perfil motivacional laboral; teniendo en cuenta la incidencia de los riesgos psicosociales en la relación entre ambas variables. Se trata de un diseño ex post facto, transversal de tipo descriptivo y correlacional, observacional de tipo analítico y no experimental. Este estudio se compuso de una muestra de 50 personas trabajadoras, pertenecientes a la generación millennial, en edades comprendidas entre los 22 y los 37 años; y estuvo conformada por 29 mujeres y 21 hombres. Se observó que existe una correlación significativa y positiva entre los rasgos de personalidad; Apertura y Responsabilidad con los rasgos de motivación; Logro, Exploración y Contribución. Así mismo, se encontró una relación significativa y negativa entre los rasgos de personalidad; Apertura y Responsabilidad y los rasgos de motivación; Hedonismo, Seguridad y Conservación. Por otro lado, se comprobó que en esta relación mediaban ciertos factores de riesgos psicosociales como son la Inseguridad, el Liderazgo, el Desarrollo y la Estima, los cuales mediaban la relación entre los rasgos de personalidad Apertura y Responsabilidad y los rasgos de motivación, Hedonismo, Exploración, Seguridad y Contribución.

Palabras clave: Millennials, rasgos de personalidad, perfil motivacional laboral, riesgos psicosociales.

FACTORS THAT INFLUENCE THE LABOR MOTIVATIONAL PROFILE OF THE MILLENNIALS

Abstract. The present investigation examined the possible relationships between personality traits and the motivational work profile; taking into account the incidence of psychosocial risks in the relationship between both variables. It is an ex post facto, transversal design of descriptive and correlational type, observational of an analytical and non-experimental type. This study was composed of a sample of 50 workers, belonging to the millennial generation, aged between 22 and 37 years; and was made up of 29 women and 21 men. It has been recorded that there is a significant and positive correlation between personality traits; Openness and responsibility with motivational features; Achievement, Exploration and Contribution. Likewise, he found a significant and negative relationship between personality traits; Openness and Responsibility and motivational features; Hedonism, Safety and Conservation. On the other hand, it was found that in this relationship, the mediating factors of psychosocial risks such as Insecurity,

Leadership, Development and Estimation, which are related to personality traits, Hedonism, Education and Responsibility, the Hedonism, Exploration, Security and Contribution.

Keywords: Millennials, personality traits, work motivational profile, psychosocial risks.

Introducción

Tradicionalmente, cuando se habla de generación se apela al periodo en el que se nace (Bongiovanni & Soler, 2016); sin embargo, otras definiciones se refieren a las experiencias vividas, lo cual se podría interpretar de forma general ya que diferentes generaciones pueden tener experiencias comunes (Pozzi, 2013). Cada generación cuenta con una determinada personalidad generacional, la cual determina valores, creencias y actitudes; que están relacionadas con sus expectativas laborales y el tipo de entorno laboral deseado. Estas características van cambiando en cada generación, por lo tanto, difieren de las generaciones precedentes debido a cambios políticos, económicos y sociales (Golik, 2013). Sin embargo, un grupo generacional o cohorte incluye tanto a aquellas personas que nacieron en un periodo de tiempo determinado como a personas que comparten experiencias de vida a nivel histórico y social. Por lo que a pesar de que cierta generación difiera de las anteriores, se ha observado que pueden desarrollar patrones de comportamiento similares y compartir ciertas características (Pozzi, 2013).

Actualmente, en el ámbito laboral conviven tres generaciones; los Baby Boomers, la generación X y la generación Y o del Milenio (Bongiovanni & Soler, 2016). Este fenómeno se conoce como turbulencia generacional o solapamiento generacional, ya que se trata de la convivencia dentro de las empresas de personas que pertenecen a distintas generaciones y que por este motivo tienen creencias, valores y comportamientos diferentes sobre el trabajo (Pozzi, 2013). Es posible afirmar que existe consenso en que los millennials son aquellas personas nacidas entre los años 1980-2000 (Bongiovanni & Soler, 2016). El periodo que corresponde a esta generación coincide con el desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), por lo que también se los reconoce como nativos digitales (Bongiovanni & Soler, 2016). A lo largo de los años, los valores tomados en consideración por cada generación han ido cambiando y en consecuencia, sus expectativas. Se ha observado que los valores de ocio se han incrementado gradualmente en cada generación. Así mismo, se da más importancia a la vida personal; y el trabajo, se sitúa en un segundo plano. Curiosamente, en el estudio citado se concluyó que los valores extrínsecos alcanzaron su punto más alto entre los millennials. Además, al contrario de lo comúnmente pensado, no tienden a ejercer trabajos altruistas más que las generaciones anteriores. Por último, los valores sociales e intrínsecos fueron puntuados de forma más baja por los millennials que por los Baby Boomers (Twenge, Campbell, Hoffman, & Lance, 2010).

Tras conocer las características de los millennials es necesario definir la motivación para posteriormente poner el foco en la motivación laboral. La motivación se trata de un proceso adaptativo que impulsa y dirige el comportamiento hacia un objetivo o meta (Huilcapi-Masacón, Castro-López, & Jácome-Lara, 2017). Por lo tanto, el proceso motivacional se deriva de dos aspectos fundamentales; las necesidades, que activan la conducta y los objetivos, que la dirigen (Rubió, 2016).

En cuanto a la motivación laboral, se trata de uno de los constructos principales en Psicología de las Organizaciones y el principal determinante de la conducta laboral, junto con la capacidad del trabajador y los riesgos psicosociales

(Muchinsky, 2000). La motivación laboral es el “conjunto de fuerzas energéticas que inician y determinan la forma, dirección, intensidad y duración de las conductas laborales” (Latham & Pinder, 2005; Valderrama, Escorial & Luceño, 2015, pag. 17). Esta motivación laboral se encuentra influenciada tanto por estímulos externos como internos. La motivación intrínseca es considerada una cualidad humana, más efectiva y necesaria; y se ha demostrado que las recompensas monetarias no mejoran este tipo de motivación (Olafsen, Halvari, Forest, & Deci, 2015). Por ello, es debido considerar el capital humano como uno de los factores más importante de una organización; con el objetivo de que las personas trabajen de manera eficaz y eficiente facilitando la aparición de ambos tipos de motivación (Ristic, Selakovic, & Quereshi, 2017). En relación a la motivación intrínseca, se diferencia entre los perfiles motivacionales de aproximación y de evitación (Valderrama, Esocrial, & Luceño, 2015). La motivación de aproximación guía el comportamiento hacia lo positivo, tanto en lo que se refiere a objetivos como resultados, incluye indicadores como la extraversión, y es asociado con el sistema de activación del comportamiento (Kanfer, Frese, & Johnson, 2017). Se consideran motivos de aproximación, la autonomía, que es el grado en que la persona valora su independencia, prefiere seguir sus propios criterios y tomar decisiones por sí misma; el poder, el cual se considera el interés por dirigir a otros, competir y ganar, ascender, recibir admiración, tener popularidad y prestigio; el logro, que se considera el grado en que a la persona le estimula superar retos, lograr éxito profesional y alcanzar criterios de excelencia elevados; la exploración, definida como el grado en que la persona prefiere la novedad y la variedad, buscando aprender y descubrir nuevas formas de hacer las cosas; y por último, la contribución, que se define como el deseo de ayudar a otros, contribuir a la sociedad y tener un impacto positivo en la vida de los demás (Valderrama, Esocrial, & Luceño, 2015). La motivación de evitación, guía el comportamiento hacia objetivos y resultados negativos e incluye el neuroticismo, el cual se asocia con el sistema de comportamiento inhibitorio (Kanfer, Frese, & Johnson, 2017). Cuando se habla de contramotivos se hace referencia a la afiliación, definida como el grado de preferencia por estar con otros, formar parte de un grupo y sentirse aceptado; la cooperación, que es el deseo de mantener relaciones igualitarias, evitando la inequidad, la distancia de poder, la rivalidad y el abuso de poder; el hedonismo, definido como el grado en que la persona prefiere ahorrar esfuerzos y tensiones, evitando sacrificar su bienestar por perseguir metas; la seguridad, considerada como el grado en que la persona busca mantener estabilidad en su entorno, evitando los cambios y la incertidumbre; y la conservación, que se trata del deseo de protegerse uno mismo, ganar dinero y conservar los bienes materiales (Valderrama, Esocrial, & Luceño, 2015). Para diferenciar entre los motivos de aproximación y los contramotivos de evitación se utiliza el Análisis del Perfil Motivacional que toma como base el modelo de la rueda de los motivos de Valderrama (2010), donde se presenta un nuevo marco teórico de clasificación de la motivación que da una explicación empírica a la variabilidad humana y que es aplicable al ámbito laboral y a la orientación vocacional (Valderrama, 2018).

Se han considerado predisponentes de la motivación laboral, los riesgos psicosociales y los rasgos de personalidad, los cuales se definen a continuación. En cuanto a los riesgos psicosociales, su presencia se relaciona con múltiples efectos perjudiciales para la salud, por este motivo en los últimos años, se ha tomado importancia tanto a su medición como a su prevención (Benavides et al., 2002). Según el Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo, los riesgos psicosociales son aquellas condiciones que se dan en una situación laboral relacionadas directamente con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido del trabajo y con la realización de la tarea; y que se presentan con capacidad para afectar el

desarrollo del trabajo y la salud física, psíquica o social del trabajador (INSSBT, Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo). El término «psicosocial» se emplea de forma general para referirse a la interacción entre varios factores que provocan perturbaciones en los mecanismos psíquicos y mentales (Neffa, 2015). Se tienen en cuenta principalmente los factores de riesgo psicosocial en relación con las exigencias psicológicas, que engloban la cantidad de trabajo, incluyéndose el tiempo disponible para llevarlo a cabo y el tipo de tarea; el trabajo activo y posibilidades de desarrollo, que consiste en dos dimensiones, influencia y desarrollo de habilidades; la inseguridad sobre el empleo, la cual hace referencia a la preocupación por el futuro en relación a la ocupación; el liderazgo, que comprende la existencia de un liderazgo de calidad, reflejado en las formas de actuar del superior directo; la doble presencia, referida a la preocupación por cumplir con las tareas domésticas, además de las tareas propias del trabajo; y la estima, que se trata del reconocimiento y apoyo de los superiores y compañeros por el esfuerzo realizado para desempeñar el trabajo (Candia, Pérez-Franco, & González, 2016).

Por otro lado, se han tenido en cuenta los rasgos de personalidad como predictores del estilo de motivación laboral ya que éstos se consideran disposiciones o tendencias, que se expresan en patrones de comportamiento, pensamientos y/o sentimientos relativamente estables y consistentes a lo largo de la vida (Romero, 2005). En relación a la estabilidad y consistencia de los rasgos es necesario diferenciar entre rasgos de personalidad y temperamento, ya que aunque ambos implican disposiciones de comportamiento a largo plazo, existen diferencias entre ellos (Deckers, 2014). El temperamento se refiere a las diferencias individuales en la emocionalidad, que se dan como resultado de características heredadas genéticamente, se manifiesta más pronto en la infancia y es más estable; mientras que la personalidad se trata de una manera de comportarse, que deriva de la interacción entre las características del temperamento y la experiencia social, manifestándose más tarde y modificándose mediante la experiencia (Deckers, 2014). Dada su flexibilidad, se toman en consideración los rasgos de personalidad, los cuales se refieren a la consistencia en un conjunto específico de comportamientos a lo largo del tiempo y de situaciones relevantes. Actualmente, existe consenso sobre la estructura de la personalidad que ha surgido alrededor de los cinco grandes factores de personalidad (Costa & McCrae, 1978). Estos factores son el neuroticismo, el cual se contrapone al ajuste y estabilidad emocional y se trata de una tendencia general a experimentar sentimientos negativos; la extraversión, que hace referencia a personas sociables, que prefieren la vinculación con la gente, los grupos y las reuniones; la apertura, la cual hace alusión a personas que desean tomar en consideración nuevas ideas y valores no convencionales, poseen curiosidad intelectual y experimentan las emociones de manera más profunda; la amabilidad, que se trata de personas altruistas, que simpatizan con los demás y están dispuestas a ayudarles; y por último, la responsabilidad, que se refiere a personas que son voluntariosas, porfiadas y decididas. Digma y Takemoto-Chock (1981) se refieren a este factor como Voluntad de Logro (Costa & McCrae, 1978; Cordero, Pamos, & Seisdedos, 1999; Said Diez & Sánchez, 2017).

Relación entre la personalidad, los riesgos psicosociales y el perfil motivacional laboral.

Se ha estudiado la relación que existe entre la personalidad, desde el modelo de los cinco factores (McCrae & Costa, 1987) y la motivación laboral. El propósito de estos estudios ha sido identificar predictores fiables de la motivación laboral. Sin embargo, se ha obtenido una correlación débil entre los rasgos de la personalidad

(medido con el Big Five) y la motivación laboral, pudiendo ser debido a que los rasgos de personalidad medidos son demasiado generales (Sjöberg, 2016). Otros estudios han concluido correlaciones fuertes, utilizando el UPP-Personality, el cual mide diferentes dimensiones del trabajo (Moresi, 2009). Se han encontrado relaciones consistentes entre la personalidad y el desempeño laboral. Los análisis realizados revelaron que las variables motivacionales son mecanismos influyentes a través de los cuales los rasgos de personalidad afectan el desempeño laboral (Barrick, Stewart, & Piotrowski, 2002). Otros estudios han tenido en cuenta la amplitud de los cinco factores de personalidad citados anteriormente y la escasa relación que han mostrado con la motivación laboral (Yahaya, 2012; Chegeni, Neisi, & Arshadi, 2015). Por ello, una investigación meta-analítica ha tomado el rasgo Responsabilidad como predictor de la motivación laboral y en consecuencia, del desempeño laboral (Dudley, et al, 2006).

Se ha observado que la personalidad influye en la manera en que afrontamos las condiciones laborales adversas que surgen. Lo más significativo es que altas puntuaciones en Afabilidad o Amabilidad disminuyen los riesgos psicosociales (Jaén, 2010). Otra investigación ha mostrado que la personalidad proactiva influye en la interacción trabajo-familia, sin embargo únicamente es beneficiosa cuando se puede ejercer control personal sobre los factores estresantes ocupacionales (Cunningham & De La Rosa, 2008). En esta investigación se tiene en cuenta la variable Doble presencia, en relación a la interacción trabajo-familia, como un riesgo psicosocial; y la personalidad proactiva no se mide como tal pero se podría asemejar a las variables Responsabilidad y Apertura, por lo tanto, es de importancia conocer la relación entre estas variables. Por otro lado, no existen teorías generales sobre la relación de la personalidad con el bienestar subjetivo; aunque se han relacionado los factores de Neuroticismo y Extraversión con el bienestar, el afecto positivo y negativo, y la satisfacción con la vida (Morán, Fínez, & Fernández-Abascal, 2016). Se han tenido en cuenta los cinco factores de personalidad citados. Sin embargo, se otorga más importancia a los factores, Apertura y Responsabilidad, por el hecho de considerarse que están más relacionados con la motivación laboral; aunque otros estudios toman únicamente la variable Responsabilidad (Yahaya, 2012; Chegeni, Neisi, & Arshadi, 2015).

En los últimos años se está dando gran importancia a la prevención de los riesgos psicosociales promocionando organizaciones con entornos “saludables”. Para ello, se utilizan técnicas de coaching en aras de aumentar la conciencia y responsabilidad personal y en consecuencia, la motivación laboral intrínseca. Así mismo, se ha demostrado que existe estrecha relación entre ambas variables y que disminuir los riesgos psicosociales, aumenta la motivación laboral (Gómez, 2017). Sin embargo, la mayoría de los estudios relacionados con los factores psicosociales se han centrado en estudiar su relación con el estrés (Cooper, 1998; Dunham, 2001; Jaén, 2010).

En esta investigación se tienen como objetivos; correlacionar los rasgos de personalidad con el perfil motivacional laboral de aproximación o de evitación, los rasgos de personalidad con los riesgos psicosociales y los riesgos psicosociales con el perfil motivacional laboral de aproximación o de evitación. Así mismo, se quiere comprobar de qué manera median los riesgos psicosociales en la relación entre los rasgos de personalidad y los perfiles motivacionales laborales.

Método

Participantes

Para este estudio se contó con una muestra heterogénea formada por un grupo de 50 personas, todas ellas residentes en Cantabria. De ellos, 29 fueron mujeres (58%) y 23 hombres (42%). La edad osciló entre 22 y 37 años ($M = 29.22$, $DT = 3.54$). Se diferenció el nivel de estudios que poseía la muestra (ESO, FPMedio, FPSuperior, Bachillerato y Formación Universitaria). Los puestos de trabajo fueron variados, ya que así se requería. Sin embargo, se tuvo en cuenta la relación que existía entre el puesto de trabajo desempeñado y la formación académica; lo cual indicó que principalmente los puestos no se encontraban relacionados con los estudios cursados (66%). En cuanto a la asignación de la muestra, se utilizó la técnica de muestreo sistemático, ya que se obtuvo una lista de la población de estudio, posteriormente, el primero fue elegido al azar y a continuación, los sujetos fueron elegidos espaciados igualmente. Se siguieron todas las directrices éticas y legales vigentes en cuanto a investigación con seres humanos y protección de datos.

Instrumentos

Los índices informados de la consistencia interna de las distintas escalas (α de Cronbach) corresponden a los datos de la presente investigación.

NEO-FFI (inventario NEO reducido de cinco factores), Inventario de personalidad.

Se aplicó la versión reducida en español compuesta por 60 ítems (Cordero, Pamos, & Seisdedos, 1999). El inventario original (Costa & McCrae, 1978) y su adaptación al español (Cordero, Pamos, & Seisdedos, 1999) están compuestos por cinco factores: Neuroticismo ($\alpha = .84$), Extraversión ($\alpha = .76$), Apertura ($\alpha = .84$), Amabilidad ($\alpha = .70$) y Responsabilidad ($\alpha = .85$); presentando la versión utilizada, 12 ítems por cada factor. Se responde por medio de una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Total desacuerdo; 4 = Totalmente de acuerdo).

APM, Análisis del perfil motivacional de B. Valderrama, S. Escorial y L. Luceño.

Se aplicó la versión original del cuestionario de Análisis del Perfil Motivacional (Valderrama, Escorial, & Luceño, 2015). Se trata de una escala tipo Likert de 6 puntos (1= Nada importante para mí; 6= Extremadamente importante para mí), compuesta por 80 ítems, los cuales evalúan diversos motivos que pueden influir en el rendimiento y en otras conductas laborales; basado en la Rueda de los Motivos de Valderrama (2010). Se presentan 10 factores, divididos en 5 motivos y 5 contramotivos. Los cinco motivos equivalen al perfil motivacional de aproximación, lo cuales son, Autonomía ($\alpha = .76$), Poder ($\alpha = .83$), Logro ($\alpha = .94$), Exploración ($\alpha = .91$), Contribución ($\alpha = .77$); por otro lado, los cinco contramotivos se relacionan con el perfil motivacional de evitación, los cuales son los siguientes, Afiliación ($\alpha = .53$), Cooperación ($\alpha = .75$), Hedonismo ($\alpha = .90$), Seguridad ($\alpha = .80$) y Conservación ($\alpha = .87$).

Cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ) o ISTAS-21 COPSOQ.

Se aplicó la versión corta en español, creada por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; los autores de la versión original proceden del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de Dinamarca (AMI). Está compuesta por 38 ítems con un estilo de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1 = Nunca; 4 = Siempre). Se valora el nivel de presencia de riesgos psicosociales a través de 6 factores: Exigencias psicológicas en

el trabajo ($\alpha = .59$), Control sobre el trabajo ($\alpha = .84$), Inseguridad ($\alpha = .69$), Apoyo social y calidad de Liderazgo ($\alpha = .85$), Doble presencia ($\alpha = .74$) y Estima ($\alpha = .84$).

Procedimiento

Esta investigación se realizó por correo electrónico. Se enviaron los instrumentos citados y algunas preguntas demográficas (edad, sexo, formación y profesión), que se incluyeron en un archivo de Microsoft Office Excel 2003. La realización de los cuestionarios fue espaciada en tres semanas ya que se pretendía evitar la pérdida atencional, además de proporcionar el tiempo suficiente para la devolución de los mismos. La primera semana, se envió el NEO-FFI, cuya duración estimada fue de 15 minutos; la segunda semana se envió el APM, cuya duración prevista fue de 25 minutos; y la última semana se envió el ISTAS-21 COPSOQ, cuya duración prevista fue de unos 20 minutos. La dirección de correo electrónico fue creada específicamente para esta investigación y los participantes tuvieron que reenviar los tres archivos completados en el periodo propuesto.

Análisis de datos

Según Kerlinger y Lee (2002), la investigación es de tipo no experimental y su diseño es ex post facto, debido a que la investigación se realiza una vez han sucedido los acontecimientos estudiados. Por lo tanto, se trata de un estudio observacional de tipo analítico ya que además de describir las variables, busca relaciones entre ellas. En esta investigación la variable independiente es organísmica o de estado, ya que se trata de características internas del sujeto, en este caso, los rasgos de personalidad. Así mismo, la variable dependiente de este estudio hace referencia a características internas y externas del sujeto, como es el perfil motivacional laboral. Posteriormente, se analizará la presencia de una variable mediadora como son los riesgos psicosociales (Figura 1).



Figura 1. Diagrama que muestra la relación directa e indirecta entre las variables de estudio. Rasgos de personalidad: variable independiente. Riesgos psicosociales: variable mediadora. Perfil motivacional laboral: variable dependiente.

Según el número de mediciones, esta investigación es un diseño transversal (cross-sectional), de tipo descriptivo y correlacional, ya que se toman medidas en un único momento. Así mismo, es de tipo correlacional ya que tiene como objetivo establecer y analizar la relación entre dos o más variables. Por lo tanto, los análisis estadísticos utilizados fueron en primer lugar correlaciones bivariadas (r de Pearson) y a continuación, análisis del efecto mediador; evaluando en cada análisis estadístico la significancia. El software utilizado para el registro y análisis de los datos fue el SPSS.

Resultados

En primer lugar, se analizó la relación entre las variables de personalidad y motivación (Tabla 1). Tal como se puede observar, se ha encontrado una relación significativa y positiva entre los rasgos de personalidad, Apertura y Responsabilidad y los rasgos de motivación, Logro, Exploración y Contribución. Así mismo, se ha encontrado una relación significativa y negativa entre los rasgos de personalidad, Apertura y Responsabilidad con los rasgos de motivación, Hedonismo, Seguridad y Conservación.

Tabla 1
Correlaciones bivariadas (r de Pearson) entre las variables Personalidad y Motivación

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
Autonomía	.02	.07	.29*	-.21	.33*
Afiliación	.31*	.16	.12	.33*	-.11
Poder	.21	.12	.25*	-.24	.29*
Cooperación	.00	.14	.07	.46**	.00
Logro	.28*	.21	.49***	.09	.56***
Hedonismo	-.05	-.22	-.55***	-.15	-.61***
Exploración	.19	.16	.50***	.17	.53***
Seguridad	-.01	.00	-.35*	.11	-.32*
Contribución	.30*	.28*	.46**	.54***	.17
Conservación	-.07	-.20	-.46**	-.37**	-.25

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Por otro lado, se muestra la relación entre las variables de personalidad y los riesgos psicosociales (Tabla 2). Nuevamente, se encuentran relaciones significativas con los rasgos de personalidad Apertura y Responsabilidad; en el caso de la Apertura, correlaciona significativamente y de forma positiva con los factores de Desarrollo, Liderazgo y Estima; y de forma negativa con el factor Inseguridad; y en el caso de la Responsabilidad, correlaciona significativa y positivamente con los factores Desarrollo, Liderazgo, Doble presencia y Estima.

Tabla 2
Correlaciones bivariadas (r de Pearson) entre las variables Personalidad y Riesgos Psicosociales.

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
EXPSI	-.11	.06	.03	-.22	.02
DESA	.26	.13	.36*	.25	.38**
INS	-.07	-.20	-.32*	.00	-.19
LIDERZ	.33*	.18	.35*	.22	.30*
DOBLEPRE	.02	-.07	.19	.05	.53***
ESTIMA	.21	.06	.35*	.18	.25*

Nota: *p<.05, ** p<.01, *** p<.001. EXPSI: (Exigencias psicológicas); DESA: (Desarrollo); INS: (Inseguridad); LIDERZ: (Liderazgo); DOBLEPRE: (Doble presencia); ESTIMA: (Estima).

Por último, se ha analizado la relación entre las variables de motivación y riesgos psicosociales (Tabla 3). Existe una relación significativa y positiva entre Hedonismo e Inseguridad; sin embargo existe una relación significativa y negativa entre Hedonismo y las variables de Desarrollo, Liderazgo y Doble Presencia; por otro lado, se ha encontrado una relación significativa y negativa entre las variables Contribución y Exigencias Psicológicas; y una relación significativa y positiva entre las variables Contribución y Desarrollo, Liderazgo y Estima.

Tabla 3

Correlaciones bivariadas (r de pearson) entre las variables Motivación y Riesgos Psicosociales

	EXPSI	DESA	INS	LIDERAZ	DOBLEPRE	ESTIMA
Autonomía	.24	.09	-.22	.02	.07	-.01
Afiliación	-.25	.07	.04	.14	-.05	.05
Poder	-.01	.09	.00	-.03	-.20	-.09
Cooperación	-.28*	.21	-.05	.22	.08	.18
Logro	-.04	.29*	-.21	.24	.36**	.09
Hedonismo	-.11	-.31*	.36*	-.32*	-.37**	-.16
Exploración	-.07	.37**	-.26	.26	.34*	.17
Seguridad	-.14	-.16*	.43**	-.13	-.17	-.10
Contribución	-.32*	.34*	-.16	.35*	.08	.28*
Conservación	-.02	-.33**	.32*	-.35*	-.06	-.27

Nota: *p<.05, ** p<.01, *** p<.001. EXPSI: (Exigencias psicológicas); DESA: (Desarrollo); INS: (Inseguridad); LIDERZ: (Liderazgo); DOBLEPRE: (Doble presencia); ESTIMA: (Estima).

Tras realizar las correlaciones comentadas anteriormente, se llevaron a cabo diez modelos de mediación entre las variables que correlacionaban de manera significativa. Se tuvieron en cuenta aquellos modelos en los que mediaba al menos una variable de riesgos psicosociales. Por este motivo, a continuación se muestran cinco modelos de mediación.

En primer lugar, se analizaron las variables que mediaban en la relación entre Apertura y Hedonismo (Figura 2). Se vio que las variables Inseguridad y Liderazgo explican la relación entre Apertura y Hedonismo.

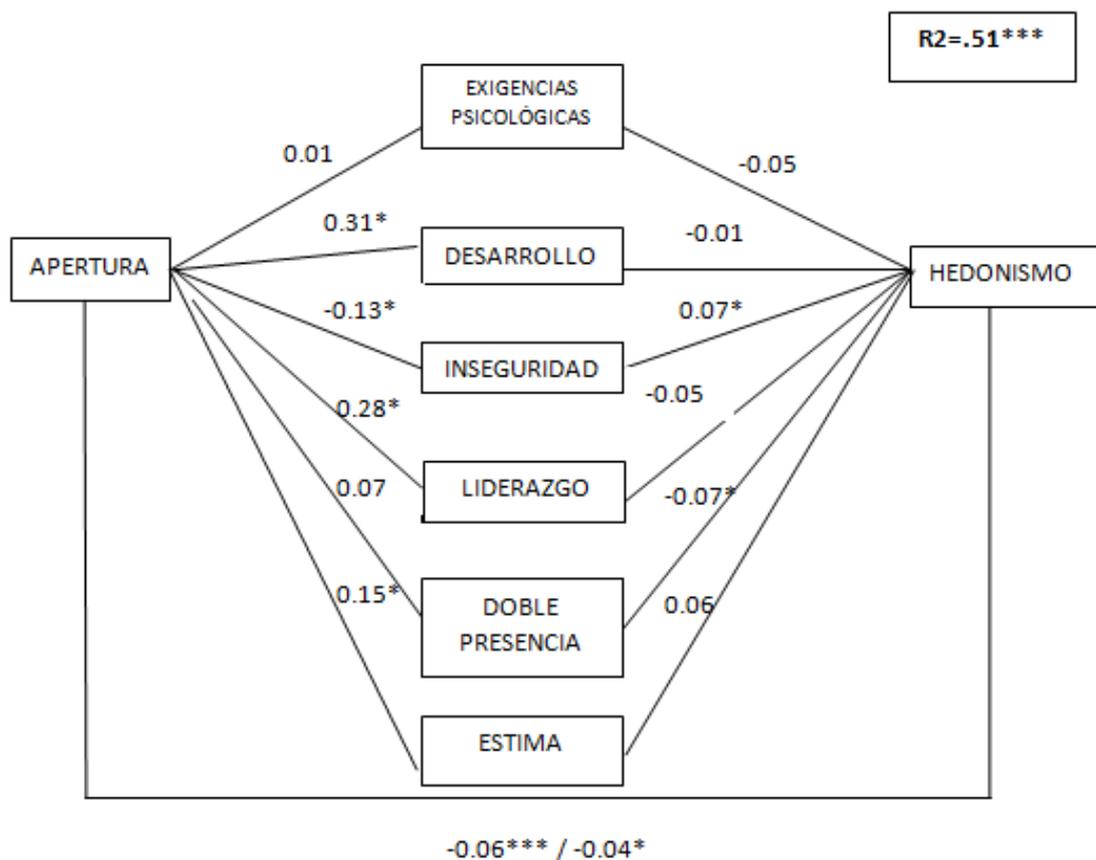


Figura 2. Análisis del efecto mediador de riesgos psicosociales en la relación entre Apertura y Hedonismo

Nota: *p<.05, ** p<.01, *** p<.001. Exigencias Psicológicas:b = -.0007 (I.C. 95%: -.0114/.0076); Desarrollo:b = -.0019 (I.C. 95%: -.0175/.0131); Inseguridad:b = -.0095 (I.C. 95%: -.0254/-.0001); Liderazgo:b = -.0146 (I.C. 95%: -.0378/-.0022); Doble Presencia:b = -.0054 (I.C. 95%: -.0185/.0021), Estima:b = .0100 (I.C. 95%: -.0022/.0334)

En segundo lugar, se observó que las variables Desarrollo y Estima median significativamente en la relación entre Apertura y Exploración (Figura 3).

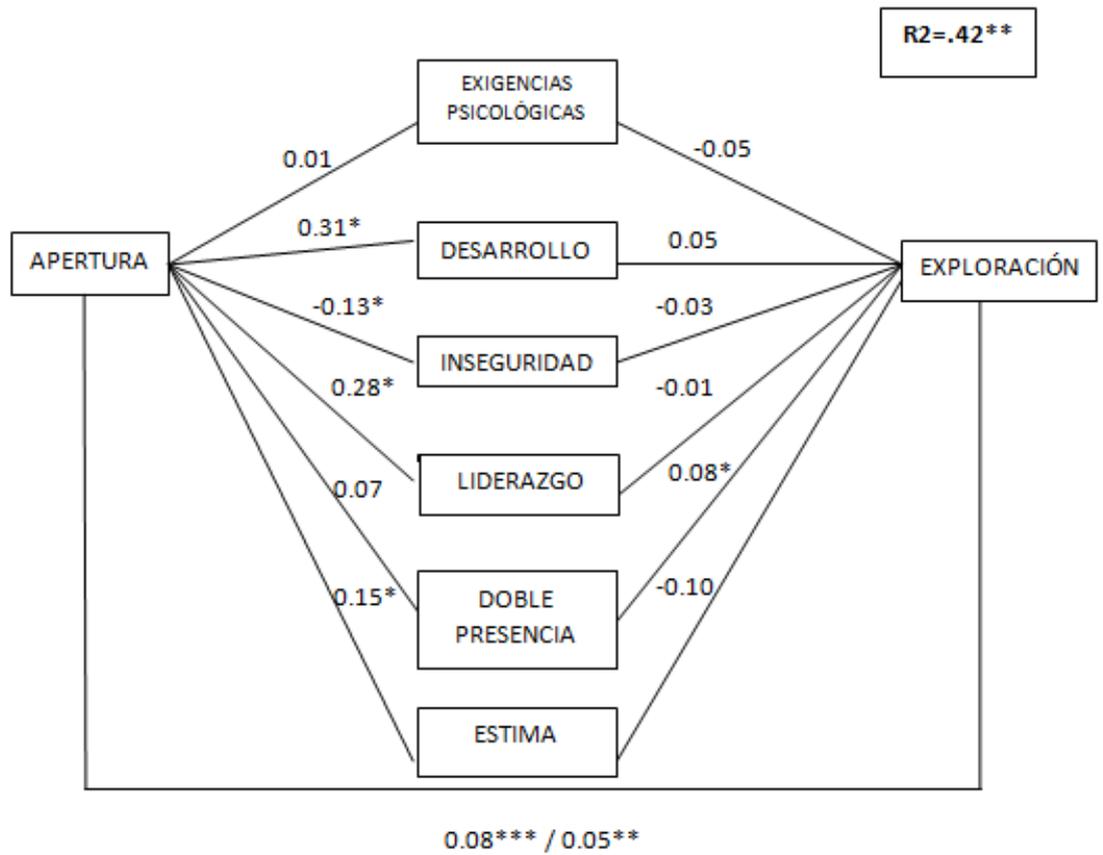


Figura 3. Análisis del efecto mediador de riesgos psicosociales en la relación entre Apertura y Exploración.

Nota: *p<.05, ** p<.01, *** p<.001. Exigencias Psicológicas:b = -.0007 (I.C. 95%: -.0138/.0070); Desarrollo:b = .0158 (I.C. 95%: .0008/.0391); Inseguridad:b = .0032 (I.C. 95%: -.0054/.0172); Liderazgo:b = -.0009 (I.C. 95%: -.0276/.0168); Doble Presencia:b = .0055 (I.C. 95%: -.0018/.0195); Estima:b = -.0158 (I.C. 95%: -.0468/-.0004)

En tercer lugar, se vio que la variable Inseguridad media significativamente la relación entre Apertura y Seguridad (Figura 4).

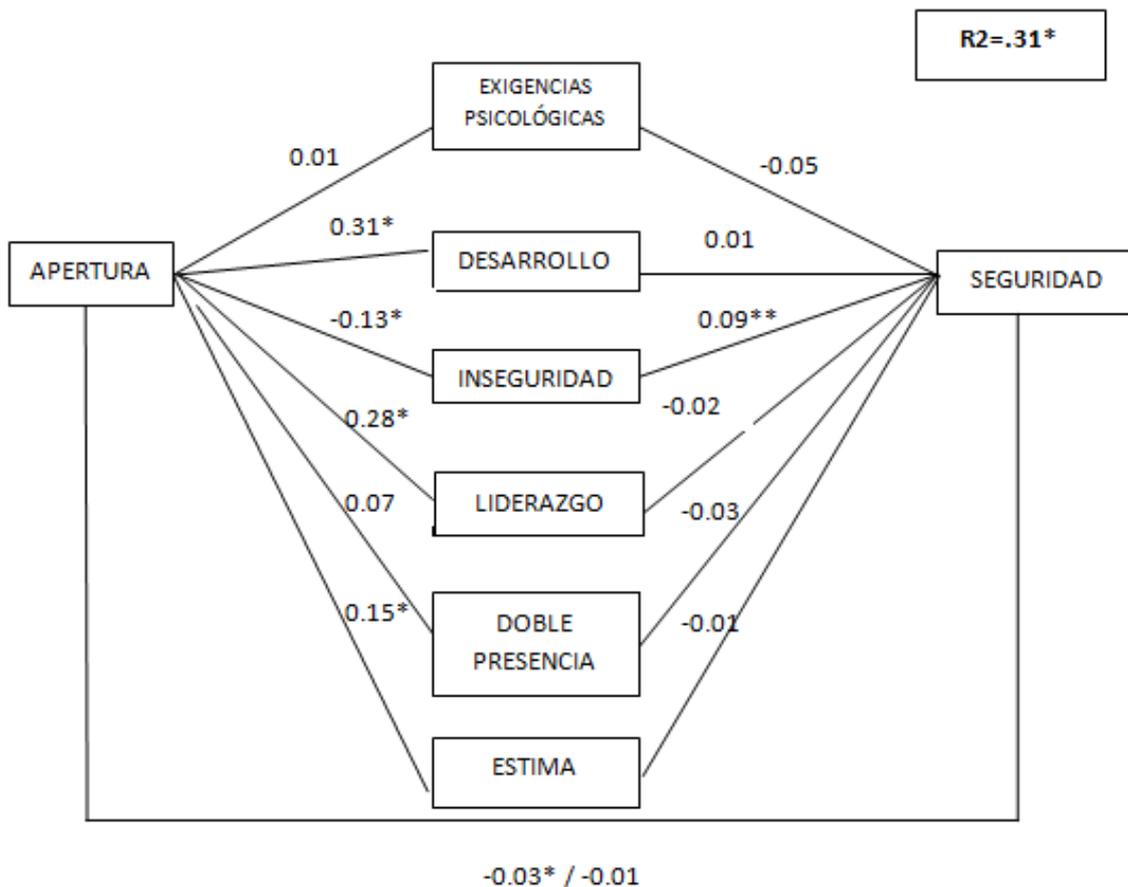


Figura 4. Análisis del efecto mediador de riesgos psicosociales en la relación entre Apertura y Seguridad.

Nota: *p<.05, ** p<.01, *** p<.001. Exigencias Psicológicas:b = -.0007 (I.C. 95%: -.0111 / .0076); Desarrollo:b = .0039 (I.C. 95%: -.0045 / .0197); Inseguridad:b = -.0116 (I.C. 95%: -.0259 / -.0022); Liderazgo:b = -.0048 (I.C. 95%: -.0274 / .0061); Doble Presencia:b = -.0025 (I.C. 95%: -.0130 / .0017); Estima:b = -.0018 (I.C. 95%: -.0180 / .0155)

En cuarto lugar, se vio que la variable Estima mediaba significativamente en la relación entre Apertura y Contribución, (Figura 5).

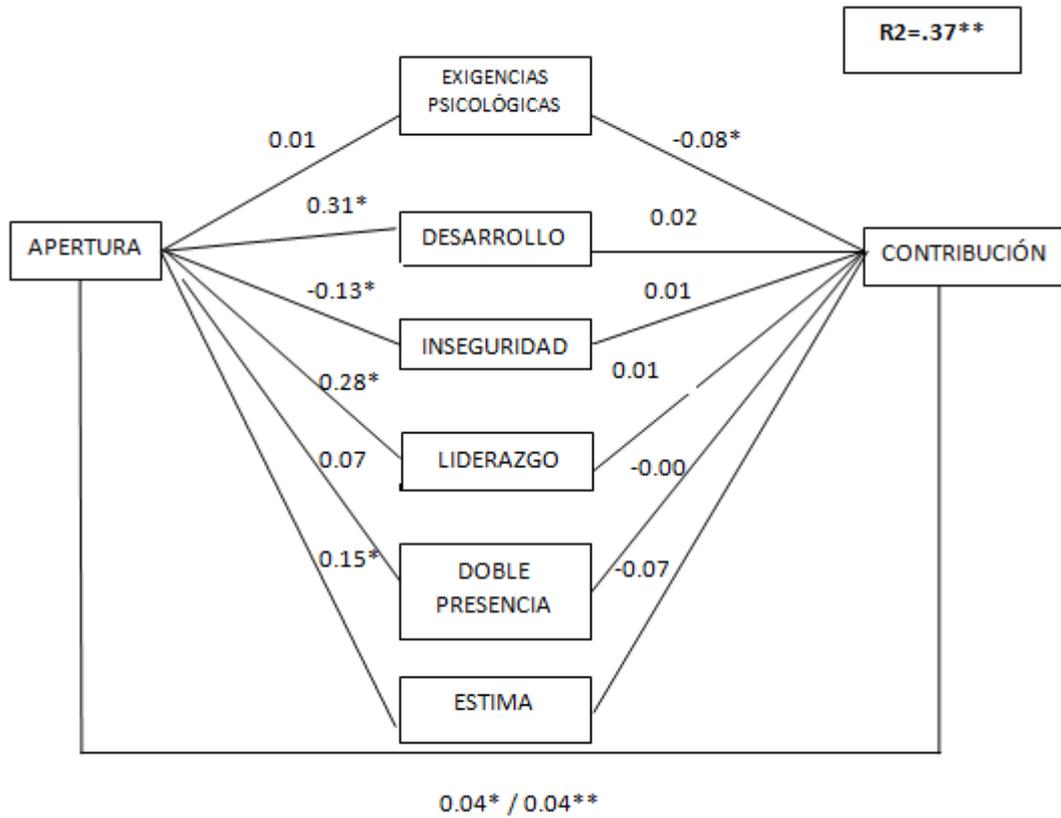


Figura 5. Análisis del efecto mediador de riesgos psicossociales en la relación entre Apertura y Contribución.

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Exigencias Psicológicas: $b = -.0011$ (I.C. 95%: $-.0154 / .0110$); Desarrollo: $b = .0070$ (I.C. 95%: $-.0063 / .0212$); Inseguridad: $b = -.0016$ (I.C. 95%: $-.0112 / .0053$); Liderazgo: $b = .0018$ (I.C. 95%: $-.0160 / .0181$); Doble Presencia: $b = -.0003$ (I.C. 95%: $-.0070 / .0027$); Estima: $b = -.0109$ (I.C. 95%: $-.0281 / -.0007$)

Por último, se observó que la variable Liderazgo media de forma significativa en la relación entre Responsabilidad y Hedonismo (Figura 6).

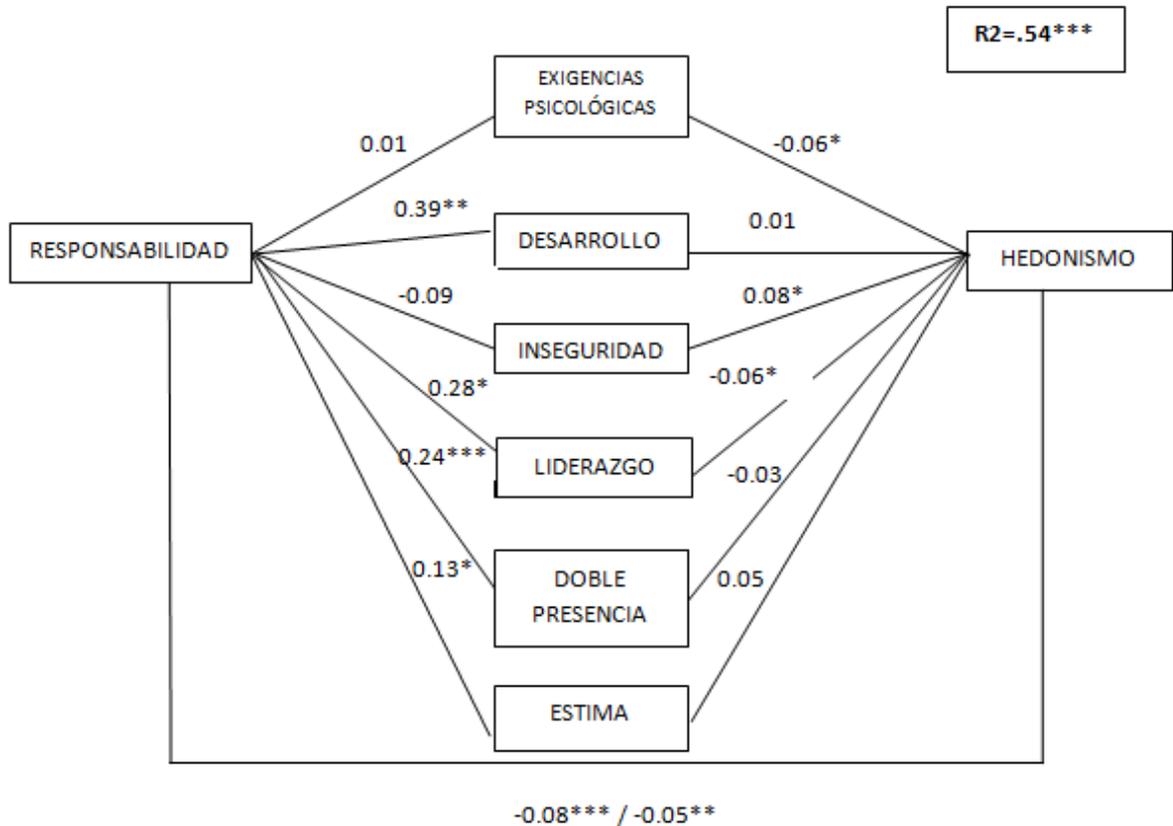


Figura 6. Análisis del efecto mediador de riesgos psicosociales en la relación entre Responsabilidad y Hedonismo.

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Exigencias Psicológicas: $b = -.0008$ (I.C. 95%: $-.0151 / .0092$); Desarrollo: $b = .0032$ (I.C. 95%: $-.0113 / .0385$); Inseguridad: $b = -.0075$ (I.C. 95%: $-.0254 / .0020$); Liderazgo: $b = -.0172$ (I.C. 95%: $-.0448 / -.0032$); Doble Presencia: $b = -.0070$ (I.C. 95%: $-.0295 / .0098$); Estima: $b = .0059$ (I.C. 95%: $-.0039 / .0268$)

Los modelos explicaron una varianza comprendida entre .31 y .54.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las posibles relaciones entre los rasgos de personalidad y la motivación laboral de los millennials, teniendo en cuenta la incidencia de los riesgos psicosociales en la relación entre ambas variables. Este estudio contribuye al campo de la psicología organizacional, ya que con los resultados obtenidos se aporta información útil, tanto a los dirigentes de las empresas como a los trabajadores y trabajadoras.

El estudio más similar encontrado toma como variables independientes la Personalidad, la Motivación y los Riesgos Psicosociales y como variable dependiente el Rendimiento laboral. Es decir, las tres variables utilizadas en esta investigación se consideran predictoras del rendimiento laboral, sin embargo, no se obtienen resultados significativos (Jaén, 2010). En el caso de esta investigación, la variable Personalidad se toma como variable independiente, los Riesgos Psicosociales como variable mediadora y la Motivación como variable dependiente. Principalmente, las diferencias encontradas entre ambos estudios, pueden deberse al número y categorización de las variables, ya que en el estudio citado se utilizan tres variables independientes y una dependiente y en

esta investigación se opta por incluir una variable mediadora; todas ellas categorizadas de forma disímil. Por otro lado, estas diferencias también podrían derivar de la utilización de diferentes instrumentos de medida.

Los resultados de otro estudio, que utiliza el inventario NEO-FFI al igual que esta investigación, indican que la variable Responsabilidad correlaciona positivamente con la motivación laboral; y por otro lado que la variable Neuroticismo correlaciona negativamente con la motivación laboral (Chegeni, Neisi, & Arshadi, 2015). Sin embargo, los resultados de este estudio muestran que el Neuroticismo no correlaciona negativamente con el perfil motivacional de aproximación, sino con tres variables del perfil de evitación. Por otro lado, la variable Responsabilidad correlaciona positivamente en todos los casos con el perfil motivacional de aproximación, el cual se correspondería con la existencia de motivación laboral. En este caso, el instrumento de medida utilizado para los rasgos de personalidad es el mismo, sin embargo, en el estudio comentado, la motivación laboral se mide como un rasgo general y en esta investigación se divide en diez factores por lo que esta diferencia en la medida de la motivación laboral pudiera ser la causa de la diferencia en el tipo y significación de la correlación.

En esta investigación se han tenido en cuenta los cinco grandes factores de la personalidad (Costa & McCrae, 1978). Sin embargo, antes de obtener los resultados, las variables Apertura y Responsabilidad fueron consideradas como las más relacionadas con la motivación laboral, debido al análisis de su definición. Según las predicciones, las variables que correlacionan significativamente en la mayoría de los casos son la Apertura y la Responsabilidad, tal y como se había previsto. No se ha encontrado ningún estudio que tenga en cuenta ambas variables; sin embargo algunos toman como predictor de la motivación laboral la Responsabilidad (Yahaya, 2012), y otros, tanto la Responsabilidad como el Neuroticismo (Chegeni, Neisi, & Arshadi, 2015). La omisión de la variable Apertura en otros estudios, pudiera ser debida a que se puede considerar un rasgo de personalidad relacionado con la apertura a la experiencia, en un sentido general. Sin embargo, en esta investigación se ha tenido en cuenta, ya que se relaciona directamente con aspectos intelectuales, como el pensamiento divergente, el cual contribuye a la creatividad (McCrae, 1987).

Por otro lado, se ha observado que la Apertura y la Responsabilidad correlacionan negativamente con ciertas variables del perfil motivacional de evitación. Estos hallazgos se podrían asemejar con un estudio que encontró una relación positiva entre la personalidad proactiva y el compromiso con la organización (Marjolein, Caniëls, & Semeijn, 2018); ya que las características de la personalidad proactiva se corresponden con las de niveles altos en Apertura y Responsabilidad.

Así mismo, en una investigación citada anteriormente, se relaciona la Motivación y los Riesgos Psicosociales de forma inversa a la presente investigación; ya que se considera la alta motivación como un predictor de bajos riesgos psicosociales. Sin embargo, en dicha investigación no se cumple la correlación esperada, únicamente se puede afirmar que a mayor motivación, mayor percepción de demandas laborales (Jaén, 2010). Contrariamente, esta investigación ha tratado la motivación como variable dependiente y a los riesgos psicosociales como una variable mediadora que afecta a la relación entre la personalidad y la motivación. La diferencia entre ambos estudios es clara, ya que en la presente investigación no se toma como predictor de los riesgos psicosociales la variable motivación, puesto que se considera que estos riesgos no pueden ser controlados completamente por el individuo.

Por último, en la investigación ya citada de Marian Jaén Díaz, se relacionan las variables de Personalidad y Riesgos Psicosociales, de forma similar a esta investigación ya que se considera que puntuaciones altas en ciertos rasgos de personalidad ayudan a afrontar de forma más positiva ciertos riesgos psicosociales. En el citado estudio es la variable Afabilidad la que obtiene mayores valores en su relación con los riesgos psicosociales (Jaén, 2010). En esta investigación en cambio, son nuevamente las variables Apertura y Responsabilidad las que presentan mayores valores en relación con los riesgos psicosociales. Probablemente, esta diferencia se deba nuevamente a la utilización de diferentes instrumentos en la medida de la personalidad.

Por todo lo comentado anteriormente, es posible concluir que los resultados obtenidos abren las puertas a nuevas investigaciones sobre los factores que influyen en la motivación laboral de los millennials. Dichos resultados revelan que los rasgos de personalidad, Apertura y Responsabilidad correlacionan de forma positiva y significativa con el perfil motivacional de aproximación; y que esta relación puede ser alterada si aparecen riesgos psicosociales en relación al desarrollo, la inseguridad, el liderazgo y la estima. Los datos obtenidos aportan información para llevar a cabo un reclutamiento eficaz en las empresas. Por ello, se considera de gran importancia aplicar estos hallazgos en el área de selección de personal de las organizaciones, ya que actualmente, la mayoría de los trabajos requieren rasgos de personalidad semejantes a los medidos por las variables Apertura y Responsabilidad. Tomándolo en consideración, es debido que el personal encargado de seleccionar trabajadores y los directivos de las empresas, tenga en cuenta todos estos aspectos y así, puedan prevenir contratar a personal no apto para un determinado puesto; y en su caso, ofrecer la formación necesaria para adquirir estos rasgos. De la misma forma, los directivos o altos mandos de cualquier tipo de organización, pueden tomar conciencia de la necesidad de evitar la presencia de ciertos riesgos psicosociales; y a su vez, fortalecer las posibilidades de desarrollo en el trabajo y la estima hacia los trabajadores. Además, puede ser una herramienta facilitadora para los millennials, ya que permite conocerse a uno mismo en relación al trabajo; y en la medida en que se tome conciencia de la importancia de tener un perfil motivacional laboral de aproximación, será más fácil adaptarse a las nuevas exigencias de los entornos laborales, debido al auge de las nuevas tecnologías.

Este auge tecnológico y la llegada de la cuarta revolución industrial, advierten que es necesario seguir investigando sobre este tema, ya que es necesario indagar aún más, teniendo en cuenta las aplicaciones prácticas con las que podría contar esta investigación, en el caso de disponer de los medios necesarios. En primer lugar, se podrían añadir más variables como la satisfacción laboral o el desempeño laboral, ésta última muy estudiada en la bibliografía existente. Así mismo, es preciso utilizar un instrumento que mida los rasgos de personalidad en relación al ámbito laboral de forma más específica. Por otro lado, el análisis cuantitativo aporta datos objetivos del fenómeno estudiado. Sin embargo, sería interesante realizar análisis cualitativos con el objetivo de confirmar o rechazar los datos recabados de la muestra estudiada. Por último, comentar que esta investigación se ha llevado a cabo con personas jóvenes que se encuentran trabajando, por lo que los puestos y la formación diferían ampliamente. Por lo tanto, sería interesante aplicarlo a empresas o departamentos específicos.

Debido a la escasez de recursos, en términos temporales y económicos, se ha lidiado con ciertas limitaciones. La principal limitación de esta investigación ha sido el acceso a la muestra; sería útil ampliarla, en aras de comprobar la replicabilidad de los resultados. Así mismo, la utilización de un inventario de la personalidad descriptivo y general ha podido debilitar la significación de los resultados. Por último, los índices

informados de la consistencia interna de las distintas escalas (α de Cronbach) corresponden a los datos de la presente investigación. Estos índices han sido superiores a .70 excepto en dos casos; en una variable del perfil motivacional de evitación, la Afiliación (.53); y en una variable de riesgos psicosociales, las Exigencias Psicológicas (.59); lo cual indica que los ítems pertenecientes a estas variables no miden de forma consistente el constructo que se pretende. Este aspecto puede ser debido a la influencia de la deseabilidad social ya que las personas suelen considerarse parte de un grupo y que cualquier trabajo supone cierta exigencia psicológica.

Referencias

- Barrick, M. R., Stewart, G.L. & Pitrowski, M. (2002). Personality and job performance: test of the mediating effects of motivation among sales representatives. *Journal of Applied Psychology*, 87(1), 43-51. doi: 10.1037//0021-9010.87.1.43
- Benavides, F. G., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., Berra, A. & Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16(3), 222-229. doi: 10.1016/s0213-9111(02)71665-8
- Bongiovanni, C. & Soler, E. (2016). Características y expectativas laborales de la generación “Y”. *Revista ADENAG*, 6, 15-20. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5607902>
- Candia, M., Pérez-Franco, J. M. & González, D. (2016). *Manual del método del cuestionario SUCESO/ISTAS21*. Recuperado de Manual de Unidad de Medicina del Trabajo de la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Retrieved from https://www.suseso.cl/606/articles-19640_archivo_03.pdf
- Chegeni, A., Neisi, A. & Arshadi, N. (2015). The relationship of personality and organizational variables with work motivation. *Journal of Behavioral Sciences*, 9(2), 147-157. Retrieved from [https://www.elixirpublishers.com/articles/1350892171_44%20\(2012\)%207454-7461.pdf](https://www.elixirpublishers.com/articles/1350892171_44%20(2012)%207454-7461.pdf)
- Cooper, C.L. (1998). *Theories of organizational stress*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Cordero, A., Pamos, A. & Seisdedos, N. (1999). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P. & McCrae, R. (1978). *NEO PI-R, Revised Neo Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. PAR, Psychological Assessment Resources, Inc. Odessa, Florida, USA.
- Cunningham, C. J. L. & De La Rosa, G. M. (2008). The interactive effects of proactive personality and work-family interference on well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 271-282. doi: 10.1037/1076-8998.13.3.271
- Deckers, L. (2014). *Motivation: Biological, Psychological, Environmental*. Londres: Inglaterra: Pearson.

- Dudley, N. M., Orvis, K. A., Lebiecki, J. E. & Cortina, J. M. (2006). A meta-analytic investigation of conscientiousness in the prediction of job performance: Examining the intercorrelations and the incremental validity of narrow traits. *Journal of Applied Psychology*, 91, 40-57. doi: 10.1037/0021-9010.91.1.40
- Dunham, J. (2001). *Stress in the workplace: Past, present and future*. London: Whurr.
- Golik, M. (2013). Las expectativas de equilibrio entre vida laboral y vida privada y las elecciones laborales de la nueva generación. *Cuadernos de Administración*, 46, 107-133. Retrieved from http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuadernos_admon/article/view/5656
- Gómez, M. D. (2017). *El coaching en las organizaciones: Una aplicación a la prevención de riesgos psicosociales*. (Trabajo de fin de grado). Universidad de Valladolid, Castilla y León, España. Retrieved from <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/27306>
- Huilcapi-Masacón, M. R., Jácome-Lara, G. A. & Castro-López, G. A. (2017). Motivación: las teorías y su relación en el ámbito empresarial. *Dominio de las ciencias*, 3, 311-333. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5889721>
- Jaén, M. (2010). *Predicción del rendimiento laboral a partir de indicadores de motivación, personalidad y percepción de factores psicosociales*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid, España. Retrieved from <https://eprints.ucm.es/10843/1/T31913.pdf>
- Latham, G. & Pinder, C. (2005). Work motivation theory and research at the dawn of the twenty-first century. *Annual Review of Psychology*, 56, 485-516. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.142105
- Twenge, J., Campbell, S., Hoffman, B. & Lance, C. (2010). Generational Differences in Work Values: Leisure and Extrinsic Values Increasing, Social and Intrinsic Values Decreasing. *Journal of Management*, 5, 1117-1142. doi: 10.1177/0149206309352246
- Kanfer, R., Frese, M. & Johnson, R. E. (2017). Motivation related to work: A century of progress. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 338-355. doi: 10.1037/apl0000133
- Marjolein C.J. Caniëls, Judith H. Semeijn, Irma H.M. Renders, (2018) "Mind the mindset! The interaction of proactive personality, transformational leadership and growth mindset for engagement at work". *Career Development International*, 23, 48-66. doi: 10.1108/cdi-11-2016-0194
- Morán, C., Fínez, M., & Fernández-Abascal E. (2016). Sobre la felicidad y su relación con los rasgos de personalidad. *Clínica y salud*, 28, 59-63. doi: 10.1016/j.clysa.2016.11.003
- Moresi, S. (2009). Cournot Competition and The UPP Test. *HMG Review Project*. Retrieved from https://www.ftc.gov/sites/default/files/documents/public_comments/horizontal-merger-guidelines-review-project-545095-00036/545095-00036.pdf
- Neffa, J.C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo, contribución a su estudio*. Buenos Aires: CEIL CONICET.

- Olafsen, A., Halvari, H., Forest, J., & Deci, E. (2015). Show them the money? The role of pay, managerial need support, and justice in a self-determination theory model of intrinsic work motivation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(4), 447-457. doi: 10.1111/sjop.12211
- Pozzi, S.M. (2013). *Generación Y: sus expectativas laborales*. (Trabajo de fin de grado). Universidad de San Andrés, Buenos Aires, Argentina. Retrieved from <http://repositorio.udesa.edu.ar/>
- Ristic M.R., Selakovic M., & Quereshi T.M. (2017). Employee motivation strategies and creation of supportive work environment in societies of post-socialist transformation. *Polish journal of management studies*, 15, 205-216. doi: 10.17512/pjms.2017.15.2.19
- Rubió, T. (2016). *Recursos Humanos, Dirección y gestión de personas en las organizaciones*. Barcelona: OCTAEDRO.
- Sjöberg, L. (2016). Beyond the Big Five: Personality and Job Performance in an E-Commerce Firm. *Journal of Advances in Management Sciences & Information Systems*, 2, 94-106. doi: 10.6000/2371-1647.2016.02.08
- Valderrama, B. (2018). La rueda de los motivos: hacia una tabla periódica de la motivación humana. *Papeles del psicólogo*, 39(1), 60-70. doi: 10.23923/pap.psicol2018.2855
- Valderrama, B., Escorial, S. y Luceño, L. (2015). *APM. Análisis del Perfil Motivacional*. Madrid: TEA Ediciones.
- Yahaya, A. et al. (2012). The relationship between big five personality with work motivation, competitiveness and job satisfaction. *Elixir Psychology*, 44, 7454-7461. Retrieved from [https://www.elixirpublishers.com/articles/1350892171_44%20\(2012\)%207454-7461.pdf](https://www.elixirpublishers.com/articles/1350892171_44%20(2012)%207454-7461.pdf)

Fecha de recepción: 19/09/2018

Fecha de revisión: 20/09/2018

Fecha de aceptación: 29/09/2018

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>
ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Arrieta, M., Fernández, M., Bengochea, R., & Santacoloma, I. (2018). Adaptación al español de la forma abreviada de la Self-Esteem Rating Scale. *Psychology Research 1* (1), 61-78. doi: 10.33000/mlspr.v1i1.112

ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DE LA FORMA ABREVIADA DE LA SELF-ESTEEM RATING SCALE

Marta Arrieta
Mar Fernández
Rosario Bengochea
Iciar Santacoloma
David Gil

Centro Hospitalario Padre Menni (España)

Resumen. Introducción: la autoestima puede ser una variable mediadora en el éxito de los procesos de rehabilitación en esquizofrenia. Algunos autores recomiendan el uso de escalas que diferencien entre las dimensiones positiva y negativa de la autoestima, como la Self-Esteem Rating Scale (SERS). El presente estudio pretende validar en español la forma abreviada de esta escala (SERS-SF). Método: el estudio se llevó a cabo con 370 participantes, 328 sujetos control y 42 pertenecientes a un grupo clínico (diagnóstico de esquizofrenia). Se analizó la existencia de dos dimensiones de la autoestima mediante un análisis factorial confirmatorio, y se calcularon la fiabilidad test-retest, la validez de criterio y la consistencia interna para cada dimensión. También se estudiaron las relaciones entre autoestima y variables sociodemográficas en ambas muestras, así como con la sintomatología en el grupo clínico. Por último, se comparó el nivel de autoestima entre ambos grupos. Resultados: la adaptación al español de la SERS-SF mostró buenas propiedades psicométricas en ambas muestras. No se obtuvieron relaciones significativas con ninguna variable sociodemográfica. En el grupo clínico, la dimensión positiva de la autoestima se relacionó con los síntomas de ideas de grandeza, conciencia de enfermedad y depresión. La comparación entre sujetos control y clínicos mostró que éstos tenían peor autoestima, aunque en un alto porcentaje estaba dentro de valores normalizados. Discusión: estos resultados permiten concluir que la versión en español de la SERS-SF es una prueba adecuada para valorar de manera diferenciada las dimensiones positiva y negativa de la autoestima.

Palabras Clave: Autoestima, esquizofrenia, escalas

SPANISH ADAPTATION OF THE ABBREVIATED FORM FOR THE SELF-ESTEEM RATING SCALE

Abstract. Introduction: self-esteem could be a mediating variable in the success of the rehabilitation in schizophrenia. Some authors recommend the use of scales that differentiate between the positive and negative dimensions of self-esteem, such as the Self-Esteem Rating Scale (SERS). This study aims to validate the abbreviated form of this scale into Spanish (SERS-SF). Method: the study was carried out with 370 participants, 328 control subjects and 42 belonging to a clinical group (diagnosis of schizophrenia). The existence of two dimensions of self-esteem was analyzed by means of a confirmatory factorial analysis, and the test-retest reliability, the criterion validity and the internal consistency for each dimension were calculated. The relationships between self-esteem and socio-demographic variables were also analyzed in both samples, as well as the symptomatology in the patients' case. Lastly, the level of self-esteem between the controls and patients was compared. Results: the Spanish version of the SERS-SF showed good psychometric properties in both samples. No significant relationships were obtained with any socio-demographic variable. In the case of the patients, the positive dimension of self-esteem was related to symptoms of grandiosity, lack of judgment and insight, and depression. The comparison between the control subjects and the patients showed that the latter had worse self-esteem, although it was within normalized values in a high percentage. Discussion: The results obtained enable us to conclude that the Spanish version of the SERS-SF is a good test for evaluating the positive and negative dimensions of self-esteem in a differentiated way.

Keywords: Self-esteem, schizophrenia, scales

Introducción

En comparación con áreas como el funcionamiento cognitivo o la cognición social, la autoestima es una variable que ha recibido menos atención en la investigación sobre esquizofrenia. Sin embargo, los estudios realizados han puesto de relieve que también se trata de una variable importante por su relación con conceptos como el estigma interiorizado (Lysaker, Roe, Ringer, Gilmore & Yanos, 2012; Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs & Romem 2013) y la calidad de vida (Costa et al., 2018; Wartelsteiner et al., 2016), o su influencia como variable mediadora en el éxito de los procesos de rehabilitación y el ajuste social de los pacientes (Davis, Kurzban & Brekke, 2012; Lysaker, Ringer & Davis, 2008; Roe et al, 2003). Holding, Tarrier, Gregg y Barrowclough (2013), por ejemplo, observaron que el nivel de autoestima se relacionaba con el tiempo que los pacientes estaban sin recaídas. En su estudio, en el que encontraron una tasa de recaída de un 92% en un periodo de seguimiento de 5 años, los pacientes con una baja autoestima recaían antes que aquéllos con una autoestima alta, por lo que concluyeron que una autoestima favorable puede actuar como factor de protección. Investigaciones como la de Kao et al. (2017) vinculan la autoestima con la resistencia al estigma, que a su vez se relaciona con la calidad de vida y la capacidad de empoderamiento de los pacientes. Por último, Jones, Hansen, Moskvina, Kingson y Turkington (2010) han observado que los pacientes con alta autoestima manifiestan sentimientos de confianza y optimismo, muestran mayor capacidad de adaptación y tienen más probabilidad de éxito en un empleo. Sin embargo, los pacientes con baja autoestima informan de sentimientos de soledad, adoptan una actitud defensiva en sus relaciones con los demás, experimentan mayor ansiedad e infravaloran sus propias capacidades.

Asimismo, diferentes estudios han valorado la relación entre la autoestima y los síntomas de tipo positivo, proponiéndose en general dos explicaciones sobre la

asociación entre ambas variables. Por un lado, el equipo de Bentall sostiene que los delirios de tipo paranoide son el resultado de un mecanismo psicológico de defensa que

protege a los pacientes de sentimientos de baja autoestima (Bentall et al., 2008; Kinderman & Bentall, 1996). En apoyo a esta idea, se ha observado que una pérdida en el nivel de autoestima, así como mayor inestabilidad en la valoración sobre uno mismo, se asocian con un aumento de ideas paranoides (Erikson & Lysaker, 2012; Jongeneel, Pot-Kolder, Counotte, van der Gaag & Veling, 2018; Thewissen, Bentall, Lecomte, van Os & Myin-Germeys, 2008). Por otro lado, el equipo de Garety defiende que la autoestima contribuye a la formación y mantenimiento de delirios y alucinaciones que son coherentes con el nivel de autoestima que presenten los pacientes, sin que haya una función defensiva de los síntomas (Freeman et al, 1998; Freeman & Garety, 2003; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001). En este sentido, investigaciones como la de Smith et al (2006) han encontrado que una baja autoestima se relaciona con una mayor gravedad de alucinaciones auditivas de contenido negativo y delirios de persecución, mientras que una alta autoestima se relaciona con una mayor gravedad de delirios de grandeza. Al margen de estas teorías, una baja autoestima también se ha relacionado con más síntomas de desorganización y mayores niveles de psicopatología en general (Justo, Risso, Moskowitz & Gonzalez, 2018).

Por todos estos motivos, diferentes autores consideran que el entrenamiento en autoestima debería incluirse en los protocolos de tratamiento de la esquizofrenia (Benavides, Brucato & Kimhy, 2018; Costa et al., 2018), ya que una buena autoestima puede actuar como factor de protección en la evolución de la enfermedad (Benavides et al., 2018; Jongeneel et al., 2018).

La investigación realizada también ha comparado el nivel de autoestima de los pacientes con esquizofrenia con el de población no clínica. Los resultados obtenidos no son concluyentes. Algunos autores mantienen que los pacientes tienen una pobre autoestima (Freeman et al, 1998; Hall & Tarrrier, 2003; Lecomte, Corbière & Laisné, 2006; Lincoln, Mehl, Kesting & Rief, 2011; Romm et al, 2011), debido, entre otros factores, al hecho en sí de tener una enfermedad mental o requerir un ingreso psiquiátrico (Birchwood & Iqbal, 1998; Iqbal, Birchwood, Chadwick & Trower, 2000). Sin embargo, otros autores no han encontrado diferencias significativas en comparación con baremos de población normalizada o con sujetos control (Berge & Ranney, 2005; Costa et al., 2018; Justo et al., 2018; Kao et al., 2017; Ringer, Buchanan, Olesek & Lysaker, 2014). Las diferencias en los resultados podrían deberse al estado clínico de los pacientes en el momento del estudio, ya que como se apuntaba anteriormente diferentes autores han encontrado que pacientes con sintomatología activa tienen una autoestima más alta (Lyon et al, 1994; Smith et al, 2006). Cella, Swan, Medin, Reeder y Wykes (2013) también relacionan la autoestima con la conciencia sobre los propios déficit cognitivos, de manera que los pacientes que son más conscientes de sus déficit presentan una peor autoestima. Estos autores proponen que hay que tener esto en cuenta en las intervenciones que trabajan las habilidades de metacognición, ya que la mejora en estas habilidades podría afectar negativamente a la autoestima.

Otra explicación podría encontrarse en el uso de diferentes instrumentos de evaluación de la autoestima. Una de las pruebas más utilizadas es la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965), que ofrece una medida global y estable de esta variable. Sin embargo, algunos autores consideran que en población clínica es mejor diferenciar entre una dimensión positiva y una dimensión negativa de la autoestima, por lo que desaconsejan el uso de la RSES para su uso en la clínica

(Barrowclough et al, 2003; Lecomte et al, 1999; Lecomte et al, 2006; Torrey, Mueser, McHugo & Drake, 2000). Entre las escalas que valoran las dos dimensiones de la autoestima se encuentra la Self-Esteem Rating Scale (SERS; Nugent & Thomas, 1993). La SERS está compuesta por 40 ítems, 20 para la dimensión positiva y 20 para la dimensión negativa. Lecomte et al. (2006) desarrollaron una versión reducida de 20 ítems (SERS-SF), 10 por cada dimensión.

El objetivo principal del presente estudio consiste en adaptar y validar la SERS-SF al español. También se plantea analizar la relación entre síntomas y autoestima y comparar el nivel de autoestima de los pacientes con esquizofrenia y los sujetos control.

Método

Participantes

En el estudio participaron un total de 370 sujetos: 328 seleccionados de la población general y el resto (n= 42) pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo realizado por su psiquiatra del Servicio Cántabro de Salud. Los criterios de inclusión para ambas muestras fueron tener una edad entre 18-65 años y no presentar un diagnóstico de trastorno orgánico o discapacidad intelectual. En el caso de los sujetos de la población general tampoco debían tener diagnóstico de trastorno mental.

Para recoger la información de los sujetos control se diseñó una página web de libre acceso, que se difundió por redes sociales y correo electrónico. De los 328 sujetos que participaron en el estudio, el 72.26% fueron mujeres, con una edad entre 30 y 39 años (33.23%) y estudios universitarios (80.18%). En el caso de los pacientes, la prueba se pasó en persona en formato de lápiz y papel. Los 42 participantes eran pacientes ambulatorios que acudían al Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni de Santander, España. Todos estaban en tratamiento con medicación antipsicótica y recibían un entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, entrenamiento cognitivo y actividades de la vida diaria. La mayoría de la muestra se caracterizó por ser mujer (52.38%), con una edad entre 30 y 39 años (54.70%) y estudios secundarios (69.03%). En la Tabla 1 se especifican las características de las dos muestras.

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas

	Controles (n = 328)	Pacientes (n = 42)	X ²
Sexo			
Varón	91 (27.74%)	20 (47.62%)	
Mujer	237 (72.26%)	22 (52.38%)	5.14*
Edad			
18-29	87 (26.52%)	3 (7.14%)	
30-39	109 (33.23%)	23 (54.76%)	12.51*
40-49	88 (26.83%)	9 (21.43%)	
50-64	44 (13.41%)	7 (16.67%)	
Estudios			
Primarios	8 (2.44%)	8 (19.05%)	
Secundarios	57 (17.38%)	29 (69.05%)	82.92**

Universitarios	263 (80.18%)	5 (11.90%)
		Media \pm d.t
Edad inicio enfermedad		
Años evolución		
PANSS		
Escala Positiva		12.10 \pm 5.03
Escala Negativa		14.30 \pm 4.85
Psicopatología General		26.07 \pm 8.03
Puntuación Total		51.96 \pm 13.10

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

Ambos grupos cumplieron la prueba en dos ocasiones, con una diferencia de 15 días entre administraciones. En la administración retest participaron un total de 204 sujetos control y de 40 pacientes.

Instrumentos

Autoestima

Se utilizaron dos pruebas de autoestima: la SERS-SF y la RSES. La SERS-SF (Lecomte et al., 2016) es una prueba de 20 ítems formada por dos subescalas: autoestima positiva y autoestima negativa, cada una de ellas compuesta por 10 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 7 opciones (nunca, raramente, pocas veces, algunas veces, bastantes veces, casi siempre, siempre). Las dos escalas tienen una puntuación de 10 a 70 y de -10 a -70 respectivamente, y en ambos casos a mayor puntuación mayor autoestima positiva o negativa. En consecuencia, una buena autoestima se caracterizaría por una alta puntuación en la escala positiva y una baja puntuación en la escala negativa. Las escalas positiva y negativa tienen una consistencia interna de .91 y .87 respectivamente, y una fiabilidad test-retest de .90 y .91.

La RSES (Rosenberg, 1965) está compuesta por 10 ítems que valoran el grado de acuerdo respecto a una serie de afirmaciones en una escala Likert de 4 opciones (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo). La puntuación va de 10 a 40, siendo 25 la puntuación de corte que indica una buena o mala autoestima. Si bien incluye 5 frases positivas y 5 negativas, la prueba se considera una medida global de la autoestima. La RSES ha mostrado buenas propiedades psicométricas en población española, con una consistencia interna de .87 y una fiabilidad test-retest de .72 (Vázquez-Morejón, Jiménez García-Bóveda & Vázquez-Morejón Jiménez, 2004). La RSES se utilizó para analizar la validez de criterio.

Psicopatología

Para valorar la psicopatología se utilizó la Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987), en la versión española de Peralta y Cuesta (1994). Se trata de una prueba de 30 ítems que valora la sintomatología positiva, negativa y la psicopatología general. Todos los síntomas se valoran en una escala tipo Likert, que va de 1 (ausente) a 7 (extremo). Las escalas positiva y negativa están compuestas por 7 ítems cada una, por lo que el rango de puntuación va de 7 a 49 para ambas. Por su parte, la psicopatología general se valora mediante 16 ítems, por lo que el rango de puntuación está entre 16 y 112. La consistencia interna para cada una de las escalas (positiva, negativa y psicopatología general) es de .62, .92 y .55, mientras que la fiabilidad interjueces muestra unos valores de .71, .80 y .56 respectivamente.

La PANSS sólo se aplicó a la muestra de pacientes.

Procedimiento

Para llevar a cabo la adaptación y validación de la SERS-SF el primer paso fue traducir la prueba original del inglés al español. La traducción se realizó de forma independiente por tres profesionales especializados en temas de salud mental. Se comparó cada traducción y se seleccionó una versión de la prueba (ver Anexo 1), de la que se realizó una retrotraducción por una persona licenciada en filología inglesa, y ajena al primer grupo de traductores. Tanto la versión española como la versión retrotraducida fueron supervisadas y aprobadas por una de las autoras de la versión reducida de la SERS, la doctora Lecomte. La SERS-SF se tradujo al español como Escala de Valoración de la Autoestima (EVA).

Una vez terminado el proceso de traducción, se valoraron las propiedades psicométricas de la EVA, tanto con los sujetos control como con los pacientes. En primer lugar, se valoró si en la versión en español también se mantenían las dos dimensiones de la prueba original. También se analizaron la consistencia interna, la fiabilidad test-retest y la validez de criterio. Asimismo, en ambas muestras se valoró la relación de la EVA con las variables sociodemográficas (sexo, edad y nivel educacional), y en el caso de los pacientes también con la sintomatología.

Análisis estadísticos

Para ver si se confirmaba la existencia de dos dimensiones de la autoestima se utilizó un análisis factorial confirmatorio con rotación varimax. La consistencia interna se valoró mediante el alfa de Cronbach, y la fiabilidad test-retest y la validez de criterio con el coeficiente de correlación de Pearson.

La relación con el sexo se analizó mediante la chi cuadrado, mientras que para valorar la relación con las variables edad y nivel educacional se utilizó la prueba ANOVA de un factor. Por último, la relación entre la psicopatología y la autoestima se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Las diferencias en el nivel de autoestima entre las dos muestras se valoraron con la prueba *t* de diferencia de medias para muestras independientes.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el SPSS, versión 22.0

Aspectos éticos

Todos los pacientes recibieron una hoja de información con los objetivos del estudio y firmaron un documento de consentimiento informado para participar en el mismo. Asimismo, tanto este documento como el propio diseño del estudio fueron aprobados por el Comité de Ética del Centro Hospitalario Padre Menni de Santander.

Resultados

Muestra de sujetos control

En la muestra de sujetos control el análisis factorial confirmó la existencia de dos factores, que explicaban un 46,09% y un 10% de la varianza. El primer factor estaba compuesto por los ítems que valoran los aspectos negativos de la autoestima, mientras que el segundo factor se componía de los ítems que valoran los aspectos

positivos (ver Tabla 2). El resto de los análisis estadísticos se llevaron a cabo con cada factor por separado, denominados escala positiva y escala negativa respectivamente.

El coeficiente alfa de Cronbach fue de .91 tanto para la escala positiva como para la negativa. Las dos escalas mostraron una buena fiabilidad test-retest (escala positiva: $r=.86$, $p<.001$; escala negativa: $r=.92$, $p<.001$), así como una relación estadísticamente significativa con la RSES (escala positiva: $r=.50$, $p<.001$; escala negativa: $r=.67$, $p<.001$).

Respecto a la relación con las variables sociodemográficas, ni la escala positiva ni la escala negativa se relacionaron de manera significativa con ninguna de las variables analizadas (sexo, edad y nivel educacional). Dado que no había diferencias significativas en función de ninguna de las variables sociodemográficas, se calcularon unos baremos comparativos para el total de la muestra (ver Tabla 3).

Muestra de pacientes con esquizofrenia

El análisis factorial dio como resultado la existencia de 6 factores principales, si bien el factor 5 y 6 estaban compuestos por sólo dos ítems cada uno y explicaban únicamente el 5,34% y el 4,88% de la varianza. Por este motivo, se decidió forzar un análisis factorial de dos factores, y la distribución de los ítems en cada factor coincidió con los dos factores obtenidos en la muestra de sujetos control (ver Tabla 2), si bien en este caso el factor 1 agrupó a los ítems positivos y el factor 2 a los ítems negativos. Cada factor explicaba el 40,80% y el 14,41% de la varianza. Con la muestra de pacientes con esquizofrenia también se realizaron los análisis de validez y fiabilidad para cada factor por separado.

Tabla 2
Análisis factorial confirmatorio de la SERS-SF

Ítems	Controles (n = 328)		Pacientes (n = 42)	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
<i>Escala positiva</i>				
2. Confío en mi habilidad para tratar con la gente		.80		1.16
4. Me parece que a la gente le gusta hablar conmigo		.81		1.90
5. Creo que soy una persona muy competente		.69		.91
6. Cuando estoy con otras personas, tengo la impresión de que les agrada mi presencia		.71		.87
7. Creo que causo buena impresión en los demás		.75		.84
8. Confío en que puedo iniciar nuevas relaciones si quiero		.90		.90
11. Creo que mis amigos me encuentran interesante		.87		1.15
12. Creo que tengo buen sentido del humor		.68		.80
14. Mis amigos me valoran mucho		.68		1.17
19. Creo que la gente se siente a gusto conmigo		.82		.99
<i>Escala negativa</i>				
1. Siento que los demás hacen las cosas mucho mejor que yo	.64			.52
3. Siento que es probable que fracase en las cosas que hago	.73			.73
9. Me avergüenzo de mí mismo	.98			.98
10. Me siento inferior a los demás	1.01			.93
13. Me enfado conmigo mismo por mi forma de ser	.94			1.04
15. Tengo miedo de parecer estúpido a los demás	1.16			1.01
16. Desearía poder desaparecer cuando estoy rodeado de gente	.76			1.05
17. Creo que si pudiera ser como los demás, me sentiría mejor conmigo mismo	.96			1.54
18. Creo que me dejo pisotear más que otros	.87			.83
20. Desearía ser otra persona	.85			1.17

El coeficiente alfa de Cronbach fue de .92 para la escala positiva y de .85 para la escala negativa. También se obtuvieron buenos valores de fiabilidad test-retest para las dos escalas (escala positiva: $r=.92$, $p<.001$; escala negativa: $r=.91$, $p<.001$), y ambas mostraron una relación estadísticamente significativa con la RSES (escala positiva: $r=.50$, $p=.001$; escala negativa: $r=.47$, $p=.002$). Como en el caso de los sujetos control, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los pacientes en función de ninguna de las variables sociodemográficas analizadas.

En cuanto a la relación con la sintomatología, la única relación estadísticamente significativa que se encontró fue entre la escala positiva de la EVA y el ítem G12 de la PANSS sobre ausencia de juicio e introspección ($r=.40$, $p=.027$). Para realizar un análisis más detallado entre autoestima y sintomatología, en primer lugar se procedió a dicotomizar la muestra de pacientes en función del nivel de autoestima que presentaban, tomando como punto de corte la puntuación directa equivalente a los percentiles 15 y 85 de los baremos desarrollados con los sujetos control (Ardila y Ostrosky, p.25). Por tanto, una baja autoestima equivalía a puntuaciones iguales o inferiores a 44 en la escala positiva, e iguales o superiores a -36 en la escala negativa (ver Tabla 3). De esta manera, se quería analizar si había diferencias en síntomas entre pacientes con buena o mala autoestima. La relación con los síntomas se valoró mediante la prueba t de diferencia de medias para muestras independientes. Sólo se obtuvieron relaciones significativas entre la escala positiva y el ítem G6 de la PANSS, que hace referencia al nivel de depresión. En este caso, los pacientes con una baja autoestima en la escala positiva tenían una puntuación media significativamente mayor en el ítem de depresión que los pacientes con una autoestima normal en dicha escala ($t(28)=2.912$, $p=.007$, $d=1.21$). No hubo diferencias significativas en ningún ítem de la PANSS entre los pacientes con una alta autoestima y una autoestima normal en la escala negativa de la EVA.

Tabla 3
Baremos comparativos para los sujetos control (n = 328)

Escala positiva ^a		Escala negativa ^b	
Puntuación directa	Percentil	Puntuación directa	Percentil
69-70	99	≥ -55	99
64	95	-43	95
62	90	-40	90
61	85	-36	85
60	80	-33	80
59	75	-31	75
58	70	-29	70
57	65	-27	65
56	60	-26	60
55	55	-25	55
54	50	-24	50
53	45	-23	45
52	40	-22	40
51	35	-21	35
50	30	-20	30
48	25	-19	25
47	20	-18	20
44	15	-17	15
42	10	-16	10
38	5	-14	5
≤ 29	1	≤ -11	1

Nota: ^a Una puntuación más alta se corresponde con una mejor autoestima positiva

^b Una puntuación más alta se corresponde con una peor autoestima negativa

En segundo lugar, se procedió a la inversa y se valoró si había diferencias en el nivel de autoestima en función de la presencia o no de los síntomas. Para ello se dividió la muestra en dos grupos: ausencia del síntoma (puntuaciones directas de 0 a 2 en la PANSS), y presencia del síntoma (puntuaciones directas de 3 a 7). En este caso se observaron diferencias significativas en la escala positiva de la EVA en función de los ítems de la PANSS que valoran la grandiosidad (P5) y la ausencia de conciencia de enfermedad (G12). En el primer caso, los pacientes con presencia de ideas de grandeza presentaron mejor autoestima que aquéllos que no tenían este síntoma ($t(28)=-2.216$, $p=.048$, $d=.80$). En el caso del ítem G12, los pacientes con falta de conciencia de enfermedad tenían puntuaciones más altas que los pacientes con buena conciencia de enfermedad ($t(28)=-2.384$, $p=.024$, $d=.80$).

Comparación entre muestras

Tomados los datos en conjunto, se encontraron diferencias significativas entre los sujetos de la población general y los pacientes con esquizofrenia en las dos pruebas de autoestima utilizadas en el estudio, la RSES y la EVA, tanto en la escala positiva como en la escala negativa. Los resultados se muestran en la tabla 4.

Sin embargo, como se puede ver en la tabla 4 la puntuación media de los pacientes en la RSES está por encima del punto de corte indicativo de una baja autoestima. De hecho, teniendo en cuenta las puntuaciones en la RSES tan sólo el

28.12% de la muestra tiene una baja autoestima. De igual manera, tomando de nuevo como referencia los percentiles 15 y 85 de las escalas positiva y negativa de la EVA, el 43.8% de los pacientes tiene una puntuación dentro de valores normalizados en la escala positiva (puntuación directa superior a 44), porcentaje que sube al 68.8% en la escala negativa (puntuación directa inferior a -36).

Tabla 4

Diferencias en autoestima entre población control y pacientes

	Controles (n = 328)	Pacientes (n = 42)	t	d
	(media ± dt)			
RSES	32.35 ± 4.47	27.25 ± 7.13	4.90**	.85
EVA				
Escala positiva	52.97 ± 8.22	42.91 ± 11.31	6.37**	1.01
Escala negativa	-25.81 ± 9.55	-31.63 ± 10.60	3.25**	-.57

Nota: **p<.01

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal del presente estudio consistió en validar en español la forma abreviada de la Self-Esteem Rating Scale, que se ha traducido como Escala de Valoración de la Autoestima (EVA). La EVA ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, tanto en la muestra de sujetos control como en el grupo clínico. El análisis factorial realizado coincidió con los resultados obtenidos en las versiones en inglés y francés de la prueba (Lecomte et al., 2006), y confirmó que se trata de una prueba adecuada para valorar la dimensión positiva y la dimensión negativa de la autoestima mediante dos subescalas distintas. Ambas subescalas, positiva y negativa, mostraron buenos valores de consistencia interna y de fiabilidad test-retest, así como valores aceptables de validez de criterio.

Como se apuntaba en la introducción, una de las pruebas más utilizadas para valorar la autoestima, tanto a nivel nacional como internacional, es la RSES. Sin embargo, en opinión de algunos autores (Barrowclough et al., 2003; Lecomte et al., 1999; Lecomte et al., 2006; Torrey et al., 2000;) esta prueba proporciona una medida global y estable de la autoestima que resulta poco útil para su utilización con poblaciones clínicas, en especial para recoger posibles cambios derivados de intervenciones terapéuticas destinadas a mejorar esta variable. En su lugar, proponen el uso de escalas como la EVA, que proporcionan una valoración diferenciada de los rasgos positivos y negativos de la autoestima. En apoyo a este planteamiento, Barrowclough et al. (2003) observaron que los pacientes con esquizofrenia pueden presentar de manera simultánea altas puntuaciones en escalas que valoren tanto la autoestima positiva como la autoestima negativa; es decir, que pueden tener una alta autoestima positiva y una alta autoestima negativa al mismo tiempo. Estos datos podrían tomarse como prueba de que los pacientes con esquizofrenia no realizan una valoración global y uniforme de su autoestima (se entendería por una valoración uniforme tener una alta puntuación en rasgos positivos de autoestima y una baja puntuación en rasgos negativos, o bien a la inversa). Los datos obtenidos en el presente estudio apoyarían esta conclusión, ya que el 43.75% de los pacientes con esquizofrenia realizaron una evaluación no uniforme de su autoestima, frente a solo el 15.54% de los sujetos control.

Como se muestra en la Figura 1, la principal diferencia entre controles y pacientes se da en la columna baja-baja, que indica que tanto en la escala positiva como en la escala negativa se han obtenido bajas puntuaciones. Recordar que en la escala positiva una baja puntuación refleja una mala autoestima; sin embargo, en la escala negativa equivale a una autoestima dentro de valores normales.

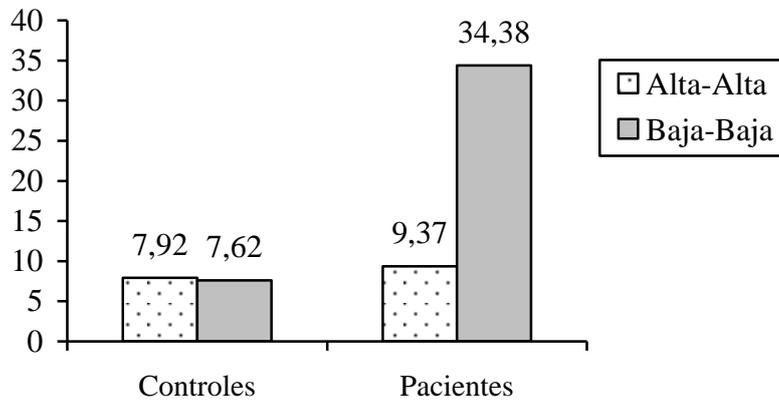


Figura 1. Porcentaje de pacientes y sujetos control que realizan una valoración no uniforme de su autoestima

Respecto a la relación entre autoestima y psicopatología, los resultados obtenidos ofrecen relaciones aisladas entre la autoestima positiva y síntomas específicos como los delirios de grandeza, el nivel de depresión y la conciencia de enfermedad (ítems P5, G6 y G12 de la PANSS). En cuanto a los delirios de grandeza, los pacientes con presencia de este síntoma fueron los que tuvieron una mayor puntuación en la escala positiva de la EVA. Este dato está en consonancia con resultados previos (Smith et al., 2006) y apoyaría de manera parcial la hipótesis del equipo de Garety (Freeman y Garety, 2003; Garety et al., 2001) sobre la congruencia entre el contenido de las ideas delirantes y el nivel de autoestima. El hecho de que el conjunto de la muestra de pacientes presente un bajo perfil de sintomatología (ver tabla 1), y de que se trate de un estudio transversal, hace que esta conclusión deba ser tomada con precaución. Los resultados respecto a la relación entre el nivel de depresión y la escala positiva de la EVA apoyan los datos encontrados por Karatzias, Gumley, Power y O'Grady (2007), que concluyen que una baja autoestima puede estar relacionada con el desarrollo y mantenimiento de síntomas de tipo ansioso y afectivo. En este caso, los pacientes con una autoestima positiva más baja presentaron un mayor nivel de depresión.

Por último, y en consonancia con investigaciones anteriores (Aghababian, Auguier, Baumstarck-Barrau & Lançon, 2011; Lysaker et al., 2013), la asociación observada entre la escala positiva de la EVA y el ítem ausencia de juicio e introspección indica que los pacientes con buena conciencia de enfermedad realizan una peor valoración de aspectos positivos de sí mismos. Partiendo de lo comentado en la introducción sobre la relación entre la autoestima y el éxito en los procesos de rehabilitación, este dato pondría de relieve la importancia de tener en cuenta la posible repercusión sobre la autoestima de los programas dirigidos a aumentar la conciencia de enfermedad. Si bien es indudable la importancia de que los pacientes acepten y

reconozcan que tienen una enfermedad y las consecuencias derivadas de la misma, también sería importante acompañar este tipo de intervenciones con programas que refuercen o mejoren la autoestima. Algunos de estos programas ya han mostrado su efectividad para aumentar el nivel de autoestima de los pacientes con esquizofrenia (Borras et al., 2009; Hall & Tarrier, 2003; Lecomte et al., 1999). A diferencia de los resultados obtenidos por otros autores (Barrowclough et al., 2003), no se han observado relaciones significativas entre la autoestima positiva y los síntomas de tipo negativo.

Por otro lado, los datos del presente estudio apoyarían que los pacientes con esquizofrenia tienen peor autoestima que los sujetos control, ya que obtienen puntuaciones significativamente más bajas tanto en la RSES como en las subescalas positiva y negativa de la EVA. Sin embargo, en el caso de la RSES más de un 70% de los pacientes tuvieron una puntuación superior a la puntuación de corte (25), por lo que si bien tienen peor autoestima que los sujetos control, no se puede concluir que tengan una baja autoestima. Estos datos cambian cuando de toma como referencia la EVA. En este caso, en la subescala positiva más de la mitad de los pacientes tuvieron puntuaciones indicativas de una baja autoestima, algo que se dio en menos del 30% de la muestra en la subescala negativa. Si combinamos los datos de las dos pruebas, podríamos concluir que los pacientes con esquizofrenia realizan una buena valoración de sí mismos cuando se evalúa la autoestima de manera global, pero la utilización de pruebas que diferencian entre una dimensión positiva y una dimensión negativa de la autoestima permite una valoración más precisa. En este caso, podemos ver que los problemas de autoestima aparecen sobre todo en la dimensión positiva y no tanto en la dimensión negativa. Es decir, en general los pacientes no hacen una valoración negativa de sí mismos (“me siento inferior a los demás”, por ejemplo), sino que consideran que carecen de habilidades o competencias positivas. La diferencia entre los resultados obtenidos mediante la RSES o mediante la EVA, reforzaría la conveniencia de utilizar escalas que valoren de manera separada las dos dimensiones de la autoestima.

Por último, en función de los resultados del presente estudio, no parece que el sexo, la edad o el nivel educacional sean variables que se relacionen de manera significativa con la autoestima, ni en los sujetos control ni en los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, en el caso de la muestra de pacientes conviene tomar estos datos con cautela, ya que como se puede ver en la Tabla 1 sólo 3 de los sujetos tenían una edad comprendida entre los 18 y los 29 años, o sólo 5 sujetos tenían estudios universitarios.

En futuras investigaciones sería conveniente analizar con más detalle las posibles diferencias entre los pacientes que mantienen un nivel de autoestima normalizado y aquéllos con una baja autoestima positiva o una alta autoestima negativa. También podría resultar de interés valorar por qué los pacientes con esquizofrenia realizan, en comparación con los sujetos control, una valoración desigual de su autoestima, mientras que los sujetos control tienden a hacer una valoración más uniforme de su nivel de autoestima.

La principal limitación del estudio es el tamaño de la muestra de los pacientes con esquizofrenia, así como el bajo perfil de sintomatología presente y el hecho de que todos los pacientes acudieran a un Centro de Rehabilitación Psicosocial. Por este motivo, los datos obtenidos no pueden generalizarse a muestras con otras características, como pacientes hospitalizados o con mayor nivel de sintomatología. Asimismo, al tratarse de un estudio transversal hay que tomar con precaución las relaciones encontradas con los síntomas que se han especificado.

Referencias

- Aghababian, V., Auquier, P., Baumstarck-Barrau, K., & Lançon, C. (2011). Relationship between insight and self-reported quality of life among schizophrenic patients. *Encephale*, 37(3), 162-171. doi: 10.1016/j.encep.2010.08.011
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Retrieved from: http://medina-psicologia.ugr.es/moodle/file.php/7/moddata/forum/15/1324/Ardila_Ostrosk.y_Guia_para_el_Diagnostico_Neuropsicologico.pdf
- Barrowclough, C., Tarrrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 92-99. doi: 10.1037/0021-843X.112.1.92
- Benavides, C., Brucato, G., & Kimhy, D. (2018). Self-esteem and symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Journal of Nervous Mental Disease*, 206(6), 433-438. doi: 10.1097/NMD.0000000000000824
- Bentall, R. P., Rowse, G., Kinderman, P., Blackwood, N., Howard, R., Moore, R., Cummins, S., & Corcoran, R. (2008). Paranoid delusions in schizophrenia spectrum disorders and depression: the transdiagnostic role of expectations of negative events and negative self-esteem. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 375-383. doi: 10.1097/NMD.0b013e31817108db
- Berge, M., & Ranney, M. (2005). Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care Management Journals*, 6(3), 139-144. doi: 10.1891/cmaj.6.3.139
- Birchwood, M., & Iqbal, Z. Depression and suicidal thinking in psychosis: a cognitive approach. In: Wykes, T., Tarrrier, N., & Lewis, S. (Eds). (1998). *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. pp. 81-100. New York: Willey,
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24(5), 307-316. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.003
- Cella, M., Swan, S., Medin, E., Reeder, C., & Wykes, T. (2013). Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem. *Psychological Medicine*, 44(3), 469-476. doi: 10.1017/S0033291713001189
- Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Corredeira, R. Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality life in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 267, 382-393. doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.022
- Davis, L., Kurzban, S., & Brekke, J. (2012). Self-esteem as a mediator of the relationship between role functioning and symptoms for individuals with severe mental illness: a prospective analysis of Modified Labeling theory. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 185-189. doi: 10.1016/j.schres.2012.02.003

- Erickson, M. A., & Lysaker, P. H. (2012). Self-esteem and insight as predictors of symptom changes in schizophrenia: a longitudinal study. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 6(2), 69-75. doi: 10.3371/CSRP.6.2.4
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 923-947. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00104-3
- Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington P., & Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(Pt 4), 415-430. doi: 10.1192/bjp.171.5.420
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model for the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189-195. doi: 10.1017/S0033291701003312
- Hall, P. L., & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 317-32. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00013-X
- Holding, J. C., Tarrier, N., Gregg, L., & Barrowclough, C. (2013). Self-esteem and relapse in schizophrenia: a 5-year follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(8), 653-658. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829c4ffc
- Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *British Journal of Psychiatry*, 177, 522-528. doi: 10.1192/bjp.177.6.522
- Jongeneel, A., Pot-Kolder, R., Counotte, J., van der Gaag, M., & Veling, W. (2018). Self-esteem moderates affective and psychotic responses to social stress in psychosis : a virtual reality study. *Schizophrenia Research*, (In press).
- Jones, R. M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D., & Turkington, D. (2010). The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: a longitudinal study. *Psychosis*, 2, 218-226. doi: 10.1080/17522431003602430
- Justo, A., Risso, A., Moskowitz, A., & Gonzalez A. (2018). Schizophrenia and dissociation: its relation with severity, self-esteem and awareness of illness. *Schizophrenia Research*, (In press)
- Kao, Y. C., Lien, Y. J., Chang, H. A., Tzeng, N. S., Yeh, C. B., & Loh, C. H. (2017). Stigma resistance in stable schizophrenia : the relative contributions of stereotype endorsement, self-reflection, self-esteem and coping styles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(10), 735-744. doi: 10.1177/0706743717730827
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276. doi: 10.11.1.514.5005
- Karatzias, T., Gumley, A., Power, K., & O'Grady, M. (2007). Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 371-35. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.02.005

- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(1), 106-113. doi: 10.1037/0021-843X.105.1.106
- Kunikata, H., Mino, Y., & Nakajima, K. (2005). Quality of life of schizophrenic patients living in the community: the relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59*(2), 163-169. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01352.x
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A., Wilde, J., Leclerc, C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(7), 406-413. doi: 10.1097/00005053-199907000-00003
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research, 143*(1), 99-108. doi: 10.1016/j.psychres.2005.08.019
- Lincoln, T. M., Mehl, S., Kesting, M. L., & Rief, W. (2011). Negative symptoms and social cognition: identifying targets for psychosocial interventions. *Schizophrenia Bulletin, 37*(Suppl 2), S23-S32. doi: 10.1093/schbul/sbr066
- Lysaker, P. H., Ringer, J. M., & Davis, L. W. (2008). Associations of social anxiety and self-esteem across six months for persons living with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(2), 132-134. doi: 10.2975/32.2.2008.132.134
- Lysaker, P. H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E. M., & Yanos, P. T. (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological Services, 9*(3), 240-247. doi: 10.1037/a0027740
- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics, 13*(7), 785-793. doi: 10.1586/14737175.2013.811150.
- Nugent, W., & Thomas, J. (1993). Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research and Social Work Practice, 3*, 208-218. doi: 10.1177/104973159300300205
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 22*(4), 171-177. Retrieved from <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/433/pdf/8-panss.pdf>
- Ringer, J. M., Buchanan, E. E., Olesek, K., & Lysaker, P. H. (2014). Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: associations with self-esteem and hope. *Psychology and Psychotherapy, 87*(2), 209-221. doi: 10.1111/papt.12012
- Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(1), 45-49. doi: 10.1097/01.NMD.0000044445.03065.AA

- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Hansen, C. F., Haug, E., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive symptom in early psychosis. *BMC Psychiatry, 11*, 136. doi: 10.1186/1471-244X-11-136
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Segalovich, J., Doron, A., Behrbalk, P., Kurs, R., & Romem, P. (2013). Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 27*(5), 231-234. doi: 10.1016/j.apnu.2013.05.002
- Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2006). Emotion and psychosis: link between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research, 86*(1-3), 181-188. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.018
- Thewissen, V., Bentall, R. P., Lecomte, T., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2008) Fluctuation in self-esteem and paranoid in the context of daily life. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(1), 143-153. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.143
- Torrey, W. C., Mueser, K. T., McHugo, G. H., and Drake, R. E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services, 51*(2), 229-233. doi: 10.1176/appi.ps.51.2.229
- Vázquez-Morejón, A., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*(2), 247-255. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
- Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmier, G., Pardeller, S., Sondermann, C., Welte, A., Fleischhacker, W.W., Uchida, H., & Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 134*(4), 360-637. doi: 10.1111/acps.12628

Fecha de recepción: 19/09/2018

Fecha de revisión: 25/09/2018

Fecha de aceptación: 06/10/2018

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

González, M., de Diego, A., & González López, J. (2018). Mindfulness y coaching: promoviendo el desarrollo de la presencia y la conciencia plena. *Psychology Research*, 1 (1), 79-94. doi: 10.33000/mlspr.v1i1.114

MINDFULNESS Y COACHING: PROMOVRIENDO EL DESARROLLO DE LA PRESENCIA Y LA CONCIENCIA PLENA

Marian González

Universidad Europea del Atlántico
Centro BalanCe de Psicología & Mindfulness

Ana de Diego

Professional Certified Coach por la International Coach Federation

Javier González López

Centro BalanCe de Psicología & Mindfulness

Resumen. Mindfulness y Coaching son dos disciplinas relativamente recientes que se han desarrollado de forma paralela durante las últimas décadas. Cada vez son más los coaches que se interesan por la práctica de Mindfulness, tanto como técnica para su propio desarrollo personal, como herramienta para ofrecer a sus coachees. Nuestro propósito con el presente artículo es ofrecer una revisión de la literatura sobre las posibles utilidades que puede tener la implementación de Mindfulness en el ámbito del Coaching. Para ello se ha organizado la información presentando de forma inicial los elementos esenciales de ambas disciplinas, así como las semejanzas y diferencias que mantienen entre sí. Posteriormente se plantean las posibles utilidades de dicha implementación haciendo especial hincapié en su efecto sobre procesos y competencias clave para la eficacia del Coaching, tales como la presencia, la conciencia y la relación de Coaching. Para finalizar, se presentan las conclusiones de este trabajo. En definitiva, Mindfulness puede contribuir a desarrollar de forma práctica las competencias de presencia y conciencia que caracterizan al auténtico Coaching. De esta forma Mindfulness contribuye a fortalecer la relación de Coaching, esa relación entre el coach y el coachee en la que este puede sentirse sentido, conectarse con sus propios recursos y generar los cambios que le permitan desarrollar su potencial. De esta manera Mindfulness puede constituir una poderosa herramienta para contribuir al bienestar de los coaches, así como el de los coachees y, por ende, al de la sociedad en su conjunto.

Palabras clave: Mindfulness, Coaching, relación de coaching, presencia, encarnación

MINDFULNESS AND COACHING: PROMOTING THE DEVELOPMENT OF THE PRESENCE AND THE FULL AWARENESS

Abstract. Mindfulness and Coaching are two relatively recent disciplines that have developed in parallel during the last decades. More and more coaches are interested in the practice of Mindfulness, both as a technique for their own personal development, as a tool to offer their coachees. Our purpose with the present article is to offer a review of the literature on the possible utilities that the implementation of Mindfulness in the field of Coaching can have. To this end, the information has been organized, initially presenting the essential elements of both disciplines, as well as the similarities and differences between them. Subsequently, the possible utilities of this implementation are raised, with special emphasis on its effect on processes and key competences for the effectiveness of Coaching, such as presence, awareness and the relationship of Coaching. Finally, the conclusions of this work are presented. In short, Mindfulness can contribute to develop in a practical way the competences of presence and conscience that characterize the authentic Coaching. In this way Mindfulness contributes to strengthen the relationship of Coaching, that relationship between the coach and the coachee in which this can feel felt, connect with their own resources and generate the changes that allow them to develop their potential. In this way Mindfulness can be a powerful tool to contribute to the well-being of coaches, as well as that of the coachees and, therefore, that of society as a whole.

Keywords: Mindfulness, Coaching, coaching relationship, presence, embodiment

Introducción

La búsqueda de una vida plena, saludable y con sentido ha llevado al ser humano a lo largo de toda su historia a indagar en su interior. Con este mismo propósito han surgido a lo largo de los siglos numerosas disciplinas, entre las que podemos encontrar el Mindfulness y el Coaching. Ambas están estrechamente relacionadas con la Psicología y tienen como objetivo común el tratar de contribuir al desarrollo y el bienestar humanos. Cada vez son más los coaches que se interesan por la práctica de Mindfulness tanto como técnica para su propio desarrollo personal, como herramienta para ofrecer a sus coachees. Desde nuestra experiencia, la implementación de las habilidades características del Mindfulness al proceso de Coaching tiene el potencial de optimizar la eficacia de este último, promoviendo en el coach competencias esenciales reconocidas por la ICF, tales como la conciencia plena y la presencia. En esta misma línea,

Mindfulness es un entrenamiento mental que nos enseña a aumentar el grado de conciencia y presencia en nuestra vida, contribuyendo a que podamos aprender a vivirla con mayor equilibrio y plenitud. El interés de la ciencia occidental por esta práctica milenaria ha experimentado un crecimiento exponencial en las últimas décadas. En general, la investigación científica muestra que el entrenamiento en Mindfulness constituye una intervención eficaz para promover la salud y el bienestar a nivel mental, emocional, físico y social, tanto en población general como en población clínica (Grossman, 2004; Chiesa & Serreti, 2011; Keng, Smoski y Robins, 2011; Khoury et al., 2015; Carlson 2012). Entre los principales beneficios asociados a su práctica destacan el aumento de la capacidad de regulación emocional, el fortalecimiento de las capacidades de atención y concentración o la disminución de los niveles de estrés y malestar (para una revisión ver Chiesa & Serreti, 2011; Keng, Smoski y Robins, 2011; Khoury et al., 2015). Estos resultados han propiciado que Mindfulness haya tenido un gran impacto a nivel social. Así numerosos medios de comunicación de todo el mundo, como *The*

Economist, *Forbes*, *Harvard Business Review* o *Time* se han hecho eco de lo que se ha venido a denominar “la revolución Mindful”.

Paralelamente, el Coaching ha experimentado también un gran desarrollo como disciplina para promover el cambio y el bienestar en personas y organizaciones de todo el mundo. Este desarrollo se ha visto reflejado en las últimas décadas en el aumento del número de programas e intervenciones de Coaching, el desarrollo de la investigación científica en este área y la aparición de organismos a nivel internacional dirigidos a regular los estándares éticos y de calidad en la profesión de Coaching, tales como la *Federación Internacional de Coaching* (del inglés *International Coach Federation – ICF*–).

Nuestro propósito con el presente artículo es ofrecer una revisión de las posibles utilidades que puede tener la implementación de Mindfulness en el ámbito del Coaching. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura sobre el tema y se ha estructurado presentando los elementos esenciales de ambas disciplinas, así como las semejanzas y diferencias que tienen entre sí. Posteriormente se presentan las posibles utilidades de dicha implementación haciendo especial hincapié en su efecto sobre procesos clave para la eficacia del Coaching, tales como la presencia y la relación coach-coachee. Para finalizar, se presentan las conclusiones de este trabajo.

Metodología

Esta revisión bibliográfica se basa principalmente en artículos, libros y trabajos originales que han sido publicados y que incluyen Mindfulness en la práctica de Coaching. Se realizaron búsquedas a través de las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Ebsco, Medline, Psycarticles y Google Scholar. Se utilizaron las siguientes palabras clave y operadores: “OR” (“mindfulness” “mindful”) “AND” (“Coaching” “Coach” “Coachee” “Coaching relationship”). En esta búsqueda no se estableció ningún criterio anual porque nuestro objetivo era localizar la totalidad de las publicaciones, debido a que el uso de Mindfulness en el ámbito del Coaching es relativamente reciente.

En la búsqueda inicial se obtuvieron 329 resultados. Para proceder a la selección se revisaron los abstracts y, en caso necesario, los trabajos en su totalidad con el fin de identificar si estaban relacionados con la aplicación del Mindfulness al Coaching como disciplina de intervención. Se incluyeron aquellos artículos y libros que aportaban información y/o datos sobre esta implementación y se excluyeron aquellos que no lo hacían. Tras filtrar los resultados seleccionando aquellos que se refirieran a las aportaciones del Mindfulness al ámbito del Coaching como disciplina de intervención se localizaron seis libros, cinco de ellos en inglés y uno en castellano y cinco artículos, todos ellos en inglés.

Resultados

Tras analizar los resultados podemos decir que la “*revolución Mindful*” ha alcanzado también al ámbito del Coaching. Diversos estudios muestran que la implementación de Mindfulness en el ámbito del Coaching es efectiva para potenciar la eficacia del coach para promover el cambio (Spence, Cavanagh y Grant, 2008), promover el liderazgo auténtico (Kinsler, 2014) o la salud física y mental (Robins,

Kiken, Holt y McCain, 2014). De cara a que el lector pueda comprender cómo ambas disciplinas pueden interrelacionarse, se ha estructurado la información en el apartado resultados identificando en primer lugar las semejanzas y diferencias entre ambas disciplinas, para, a continuación, pasar a describir las posibles utilidades de dicha implementación tanto para el coach, como para el coachee y la relación entre ambos.

Mindfulness

Actualmente hay consenso en considerar que Mindfulness es tanto un estado, es decir, una habilidad entrenable, como un rasgo, entendido como una capacidad estable e inherente a la mente humana (Hervás, Cebolla y Soler, 2016). Este rasgo ha sido descrito por todas las tradiciones espirituales y/o religiosas y se considera, que todas las personas, por el mero hecho de ser humanos, la poseemos de forma innata en mayor o menor medida (García Campayo y Demarzo, 2015). De hecho, según se ha ido avanzando en la investigación, han comenzado a identificarse los componentes de este rasgo Mindfulness. Algunos de ellos son la observación, la aceptación, la tendencia a actuar con consciencia o la no-reacción (Hervás, Cebolla y Soler, 2016).

Mindfulness es también conceptualizado como el entrenamiento mental que, a través de la activación de estados *“mindful”*, permite desarrollar este rasgo mental. La investigación muestra que en este entrenamiento, la práctica de estados de Mindfulness lleva a desarrollar en los practicantes una serie de capacidades o rasgos *“mindful”* (Kiken, Garland, Bluth, Palsson y Gaylord, 2015).

Como práctica, Mindfulness tiene su origen en tradiciones ancestrales que cultivan la observación y el entrenamiento de la mente. Actualmente se la considera una más de la gran familia de las denominadas prácticas contemplativas, que constituyen un grupo heterogéneo de prácticas, que se han definido como *“un tipo de entrenamiento mental dirigido a enactuar una transformación psicológica que conduce a un estado de bienestar duradero”* (Davidson y Dahl, 2017). Dentro del amplio rango de prácticas contemplativas, las Intervenciones basadas en Mindfulness -IBM- son las que han sido más estudiadas por la investigación científica. Tal y como se muestra la figura 1, el número de publicaciones científicas sobre Mindfulness continúa creciendo exponencialmente y supera ya las 3.000 publicaciones.

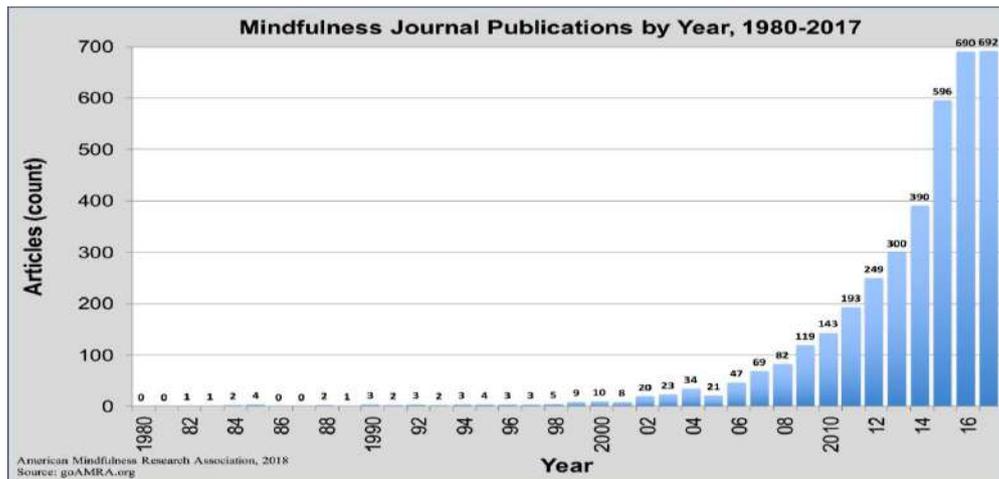


Figura 1. Número de publicaciones científicas con el término Mindfulness en el título por año, datos obtenidos de la ISI Web of Science. Figura reproducida con permiso de la American Mindfulness Research Association (www.goAMRA.com).

Coaching

Según la definición de la ICF el Coaching es “un proceso de acompañamiento reflexivo y creativo con clientes, que les inspira a maximizar su potencial personal y profesional”. Así, podemos definir Coaching como “un proceso de aprendizaje y desarrollo, enmarcado en el respeto a la ética y los valores, durante el cual, el cliente (llamado coachee) toma conciencia y transforma sus formas de ser, sentir y actuar en función de sus objetivos y metas”. Si como consecuencia de este proceso se produce un cambio en algunos de los aspectos que constituyen a la persona que participa en el proceso, se aumenta la posibilidad de realizar nuevas acciones y por ende, generar nuevos resultados que conlleven un mayor bienestar personal y profesional. En cualquier caso, para llevar a cabo ese cambio, el Coaching enfatiza la responsabilidad por parte del cliente que es el verdadero artífice del mismo. El Coaching no consiste en enseñar, sino en crear el ambiente propicio para que el cliente aprenda, crezca y se desarrolle.

A día de hoy, de forma paralela a la “*revolución Mindful*” estamos asistiendo a un crecimiento exponencial en la práctica del Coaching. Desafortunadamente, detrás de todo lo que se denomina así, no siempre hay una práctica responsable y profesional. De tal manera, que los esfuerzos hoy en día están en definir los estándares profesionales de lo que representa un Coaching de calidad. Actualmente, la profesión del Coaching no está del todo regulada. Por eso, las federaciones internacionales y las asociaciones nacionales e internacionales buscan regular la profesión mediante el establecimiento de ciertos estándares de calidad, la definición de competencias profesionales y el encuadre en torno a un código ético y deontológico bien establecido. Precisamente, uno de los autores más reconocidos internacionalmente y fundador de la escuela Europea de Coaching, Sir John Whitmore, advierte de que “*las malas prácticas del Coaching conllevan el peligro de que se malinterprete, se perciba erróneamente y se descarte como algo ni tan diferente ni tan novedoso que, además, tampoco ha cumplido sus promesas*”. Y por ello define esta disciplina como “*una manera de gestionar, de tratar a las personas, de pensar, de ser y estar*” (Whitmore, 2011). Este acompañamiento reflexivo basado en una conversación transformadora que propicie acción y cambios en

la persona, puede tener sus orígenes en la Grecia clásica y concretamente en la Mayeútica, el método de preguntas que Sócrates ponía en práctica con sus discípulos. Más recientemente, Timothy Gallwey –un entrenador de tenis- en su libro “*El juego interior del tenis*” (1972) fue el primero en descubrir y reflejar que dentro de cada jugador existía una lucha entre la técnica y la mente. Ese “*juego interior*” era la clave para conseguir liberar el potencial y mejorar los resultados.

Sea desde la filosofía de la Grecia clásica o desde la obra de Gallwey, es realmente la década de los 80 la que catapultó al Coaching y lo convierte en una metodología con identidad propia, tal y como la conocemos hoy en día. Metodología que, según reconocen autores y escuelas, está influida por la Psicología Humanista, el Pensamiento Sistémico, la Programación Neurolingüística, la Inteligencia Emocional, la Neurociencia y, como no, el Mindfulness.

El impacto del Coaching ha crecido de forma exponencial en el ámbito organizacional, y del Liderazgo, con la inestimable aportación de Whitmore, en el ámbito deportivo a través de Gallwey y en el ámbito del desarrollo personal, en lo que se denomina *Life Coaching* con el trabajo de Thomas Leonard en Estados Unidos (2009).

En cuanto a la investigación científica en Coaching, puede considerarse incipiente, sobre todo si la comparamos con la llevada a cabo en el ámbito de Mindfulness. Una revisión de los estudios científicos que se han llevado a cabo para comprobar la eficacia del Coaching como intervención muestran que es eficaz para promover el bienestar y el desempeño tanto a nivel organizacional como personal (Grant, Passmore, Cavanagh & Parker, 2010). Si bien estas evidencias son prometedoras, el estudio científico en Coaching se halla aún en estadios de desarrollo. Una de las dificultades para avanzar en este área es la existencia de diversas escuelas y corrientes, que limita las posibilidades de estandarización de procedimientos. En cualquier caso y a pesar de sus áreas de mejora, el Coaching tiene aún mucho potencial que puede aplicarse y desarrollarse. No en vano, parafraseando a Whitmore: “*Para sacar lo mejor de alguien, debemos creer que lo mejor existe*” (Whitmore, 2011).

Interrelación entre Mindfulness y Coaching

La aplicación del Mindfulness al ámbito del Coaching resulta en cierta medida natural. Cada vez son más los coaches que se dan cuenta de la estrecha relación que hay entre el Mindfulness y el Coaching. Según Aboodi Shabi, experto internacional en Coaching y Liderazgo, Mindfulness contribuye al bienestar y a la satisfacción porque nos enseña a apreciar nuestra vida de otra manera, a vivirla con sentido, y a saber lo que somos y lo que hacemos. Para este autor hay varios lazos que conectan ambas disciplinas, como la curiosidad, la aceptación, los valores o la toma de perspectiva (Hall, 2013). Y es que ambos enfoques comparten características comunes que avalan su complementariedad. Por ejemplo, tanto el Mindfulness como el Coaching:

- Se dirigen al crecimiento y al desarrollo del potencial humano.
- Promueven el cambio y el desarrollo personal a través de la toma de conciencia y la toma de responsabilidad del cliente.
- Conciben al ser humano como una totalidad integral compuesta por la interacción de todas sus dimensiones.
- Consideran fundamental el respeto a unos estándares éticos y de calidad.

- Requieren haber sido experimentadas previamente a nivel personal para poder ser implementadas en otras personas adecuadamente.
- Por último, ambas disciplinas reconocen como esenciales competencias tales como la apertura mental, la aceptación, la curiosidad, la claridad mental, la presencia o la autenticidad.

Por otro lado, Mindfulness y Coaching difieren en algunos aspectos fundamentales que es necesario puntualizar (Hall, 2013). Comprender estas características diferenciales puede contribuir a la comprensión de la complementariedad de ambos enfoques. Tal y como se muestra en la tabla 1 la principal diferencia radica en que en Coaching se pone el énfasis en la promoción del cambio, por lo que la mirada se dirige más hacia el futuro, mientras que en Mindfulness se fomenta más la aceptación incondicional del momento presente. Estas connotaciones pueden englobarse en torno a dos conceptos centrales en Mindfulness: el “modo hacer” y el “modo ser” (Segal, Williams y Teasdale, 2002). El primero de ellos caracterizaría más al Coaching, mientras que el segundo puede reflejar más al Mindfulness. A continuación se describen ambos:

El “modo hacer” se caracteriza por:

- Estar orientado a la consecución de un determinado resultado u objetivo.
- Generar un estado continuo de enjuiciamiento, ya que en él la mente se centra en analizar las discrepancias entre el estado actual y el estado deseado, entre como son las cosas y como nos gustaría que fuesen.
- Promover un estado mental caracterizado por la atención al pasado y/o al futuro, de modo que la capacidad para percibir el presente queda reducida.

Por su parte, el “modo ser” se caracteriza por:

- Estar orientado a ser o vivir en contacto íntimo con el momento presente, con presencia y conciencia. Sin tener que hacer nada, ni conseguir nada, ni librarnos de nada para poder estar en paz aquí y ahora.
- Generar un estado de aceptación compasiva y calma, en el que no es necesario juzgar continuamente.
- Promover un estado mental caracterizado por la apertura mental en el presente.

Activar un modo de funcionamiento caracterizado por Mindfulness, en el que podemos responder a la situación de forma adaptativa y apropiada, sin tener que reaccionar en base a nuestros patrones automáticos de forma estereotipada.

Tabla 1
Características diferenciales de Mindfulness y Coaching

	MINFULNESS	COACHING
MODO	SER	Hacer
ACTITUD PRINCIPAL	ACEPTACIÓN	Cambio
FOCO	En el presente	En el futuro

Nota: Adaptación de González-García, M. (2018)

Es posible que tras la revisión de las diferencias entre estos modos, y por ende, del Mindfulness y el Coaching, resulte contradictorio la combinación de ambas técnicas. A pesar de ello, en nuestra práctica profesional observamos que es precisamente gracias a estas diferencias por lo que Mindfulness puede optimizar la eficacia del proceso de Coaching. Por ejemplo, es posible que la orientación hacia la consecución de unos resultados u objetivos que nos lleven del estado actual hacia un futuro estado deseado pueda constituir un impedimento para el propio proceso de acompañamiento, ya que puede posicionar tanto al coach como al coachee en un estado de no aceptación o lucha. Apegarse a los resultados o luchar contra la realidad presente puede hacer que el coach se precipite en su actuación y pase por alto información clave que le pueda ayudar a facilitar el cambio en el coachee. En contraposición, el enfoque en el presente que se trabaja en Mindfulness nos permite aceptar con ecuanimidad cualquier cosa que esté sucediendo en este momento. Aunque pueda resultar paradójico, solo de esta aceptación radical puede surgir el auténtico cambio. Este fenómeno fue descrito hace miles de años en el proverbio budista “*lo que se resiste, persiste y lo que aceptas se transforma*” y constatado cientos de años más tarde por la psicología occidental de la mano de psicoterapeutas como Carl Rogers (1951). De hecho, constituye el elemento esencial de las actuales *terapias psicológicas de tercera generación* (Hayes, 2004). Y es que la aceptación permite desactivar las reacciones de lucha y evitación que aumentan el sufrimiento humano y están presentes en la mayoría de los trastornos psicopatológicos. Y es precisamente a través de la aceptación que Mindfulness promueve el cambio.

De hecho el “modo ser” constituye la precondition necesaria para desarrollar el estado de presencia que caracteriza a una auténtica sesión de Coaching. Y es que la aceptación nos abre a un estado mental caracterizado por la amplitud de perspectiva y nos permite mantenernos en calma ante las dificultades. Otras competencias esenciales en Coaching reconocidas por la ICF pueden verse potenciadas por el uso de Mindfulness. Por ejemplo, el arte de hacer las preguntas adecuadas reside en la capacidad para poder permanecer en el silencio con calma, de mantener nuestra conciencia abierta, pues es en esta donde reside la habilidad de realizar una verdadera escucha activa. Esta capacidad para estar en silencio, mantener la calma en mitad de la incertidumbre y mantener nuestro estado de recursos es uno de los principales beneficios asociados a la práctica de Mindfulness.

Utilidad de la aplicación de Mindfulness en Coaching

Un estudio de revisión sobre las aportaciones del Mindfulness al Coaching llevado a cabo por Passmore y Marianetti (2013) concluye que el entrenamiento en Mindfulness puede ayudar a los coaches en 4 áreas fundamentales:

- Prepararse para la sesión de Coaching: la práctica de Mindfulness ayuda a gestionar el estrés de forma adecuada y prepararnos mentalmente para dar lo mejor de nosotros mismos en la sesión con el cliente.
- Mantener el foco en la sesión: este entrenamiento nos ayuda a enfocarnos durante la sesión y a mantener la concentración necesaria para llevar a cabo la sesión de forma óptima.
- Gestionar efectivamente sus emociones: la práctica de Mindfulness fortalece la capacidad de tomar conciencia de nuestras emociones, tanto las que surgen durante la sesión como fuera de ella y gestionarlas de forma efectiva, sin identificarnos con ellas.

- Transmitir Mindfulness a los coachees: tanto explícitamente a través de la enseñanza de técnicas y ejercicios de Mindfulness, como de manera implícita, a través de su actuación.

Además de estas, Michael Chaskalson, coach e instructor en Mindfulness y autor del libro *"The Mindful Workplace"* (2011), resalta que Mindfulness nos prepara especialmente para crear el ambiente y desarrollar la empatía necesaria para facilitar la transformación y el cambio de nuestros clientes. Y es que este tipo de entrenamiento nos permite reconocer y apreciar lo que somos y desde ahí, apreciar al otro de una forma auténtica. En sus investigaciones, ha demostrado que Mindfulness constituye un entrenamiento eficaz para desarrollar la capacidad de liderar (Reitz, Chaskalson y Waller 2016).

Así mismo, Liz Hall considera que el Coaching proporciona a las personas la posibilidad de descubrir nuevas oportunidades y el Mindfulness es el camino o la forma para conseguir alcanzar dichas oportunidades (Hall,2013)

Desde nuestro punto de vista, la aplicación de Mindfulness en el ámbito del Coaching puede ser clasificada tomando como referencia el modelo que Christopher Germer (2013) planteó inicialmente para la aplicación de Mindfulness al ámbito de la psicoterapia. Este autor postula que la aplicación de Mindfulness puede llevarse a cabo de al menos tres diferentes maneras en un continuo que va desde el nivel más implícito al más explícito (figura 2)



Figura 2. Posibles niveles de aplicación del Mindfulness al Coaching

Nivel 1: se trata del nivel en el que Mindfulness se aplica de forma más implícita. En él este entrenamiento es empleado como práctica personal para el coach, para aumentar las habilidades de éste para estar presente durante la sesión, sintonizado consigo mismo y con el cliente, así como para desarrollar sus capacidades de atención, apertura, autoconciencia, autorregulación y autocuidado.

Nivel 2: aquí Mindfulness es empleado además en el propio proceso de Coaching, aunque no se enseña al cliente de forma explícita se utiliza de forma implícita para promover la relación coach-coachee. Aplicando las actitudes propias de Mindfulness como la aceptación, la ecuanimidad o la compasión para guiar el trabajo de acompañamiento durante la sesión.

Nivel 3: se trata del nivel más explícito. En él, el coach enseña explícitamente Mindfulness al cliente y lo utiliza como una más de las herramientas del coach, tanto en la propia sesión como fuera de ella, como tareas para asignar al coachee entre sesiones.

A continuación se describen en detalle los beneficios asociados a la implementación de Mindfulness en cada uno de estos niveles.

Mindfulness para el coach

Tal y como se mostró en la introducción del presente trabajo, diversos estudios muestran que la práctica de Mindfulness en el coach potencia la eficacia de este para promover el cambio en el coachee. Liz Hall, editora de la revista " *Coaching at work* "; fue una de las primeras coaches en interesarse por la aportación del Mindfulness al Coaching. En 2012 esta autora llevó a cabo la primera encuesta a escala internacional sobre el uso de Mindfulness en el Coaching. En ella participaron 153 coaches de países como España, Reino Unido, Suecia, Alemania, Estados Unidos o India. Los resultados mostraron que practicar Mindfulness ayuda a los coaches a aumentar su capacidad de autoconciencia, estar más presentes, ser más creativos, así como a gestionar el estrés, ser más capaces de mantener una mirada sistémica, estar más abiertos a posibilidades, sintonizar con sus clientes, juzgar menos y ser más compasivos (Hall, 2013).

Mindfulness para la relación coach-coachee

En los últimos años se está reconociendo la importancia de estudiar los procesos subyacentes al Coaching, tales como la relación de Coaching (Correia, dos Santos & Passmore 2016). De hecho, la calidad de la relación entre el coach y el coachee es el factor que más consistentemente ha sido asociado al éxito del proceso de Coaching (De Haan, 2008a & 2008b). Estos resultados van en la línea de los obtenidos en el ámbito de la psicoterapia. Diversos estudios muestran que el resultado terapéutico final depende más de la calidad de la relación entre el cliente y el terapeuta que de las técnicas o terapias específicas empleadas (Duncan & Moynihan, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Simon, 2008; Norcross, 2002, 2011). De hecho, actualmente se considera que el ingrediente fundamental de la relación terapéutica es la presencia terapéutica (Geller & Greenberg, 2012; Hayes & Vinca, 2011; Pos, Geller, & Oghene, 2011). Tomando como referencia el trabajo de estos autores, podemos definir la presencia en el contexto del Coaching como " *la capacidad del coach para estar totalmente presente y sintonizado con su propio cuerpo y, con el coachee a nivel físico, emocional, cognitivo y espiritual*" (González-García, 2018). Si bien hemos de mantener presente que Coaching no es una forma de terapia, sino de acompañamiento y esta es una diferencia fundamental entre esta disciplina y la psicoterapia, ambas disciplinas tienen en común el requerir del desarrollo de este tipo de presencia por parte del profesional para generar el ambiente necesario para promover el cambio. Por otro lado, tal y como ya ha sido sugerido en el ámbito del Mindfulness (González-García y González López, 2017), proponemos aquí que este tipo de relación entre el coach y el coachee procede del *embodiment* del coach. Este concepto se refiere a la capacidad del coach de encarnar las competencias y la ética del Coaching y transmitir las a través de sus actuaciones, sus gestos y su discurso durante todo el proceso de acompañamiento. Este tipo de transmisión puede conseguirse a través de la práctica personal de Mindfulness. En esta misma línea, recientemente se ha sugerido que la práctica de Mindfulness potencia la capacidad del coach para estar presente para sus clientes, de forma que estos puedan sentirse totalmente vistos y escuchados en un contexto en el que su experiencia única como individuos es aceptada sin juzgar (Chaskalson, 2011, p.116). De esta forma se considera que Mindfulness fortalece la alianza entre el coach y el coachee (Kemp, 2011).

Mindfulness para el coachee

Como se ha mostrado hasta aquí, la práctica de Mindfulness en el coach contribuye directamente a la efectividad del proceso de Coaching. Además de eso, si el Mindfulness es utilizado explícitamente en la sesión para enseñar la técnica al coachee, los efectos beneficiosos pueden ser potenciados. En la encuesta de Liz Hall anteriormente citada un 83% de los coaches encuestados utilizaban Mindfulness con sus clientes. Los principales motivos por los que lo hacían incluyen aumentar el conocimiento de uno mismo, gestionar el estrés y las reacciones, generar centramiento, claridad y bienestar, promover una mayor alineación con sus valores y el desarrollo de la inteligencia emocional (Hall, 2013).

Para terminar este apartado queremos enfatizar que el prerrequisito fundamental para poder aplicar Mindfulness con efectividad al proceso de Coaching reside en la propia práctica personal del coach (González-García, 2018). Y es que, a diferencia de otras técnicas, y al igual que en Coaching, Mindfulness no puede ser enseñado si no ha sido previamente experimentado a nivel personal. De lo contrario la capacidad de acompañar y guiar a otros en su práctica se verá seriamente limitada. Además de esto, se estará desvirtuando la técnica de Mindfulness. Y es que no hay atajos que nos ayuden a esquivar el trabajar con nuestra propia mente.

Conclusiones

El propósito del presente artículo ha sido el de ofrecer una revisión de las posibles utilidades que puede tener la implementación de Mindfulness en el ámbito del Coaching. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura sobre el tema y se ha estructurado presentando las utilidades que esta aplicación puede tener para el Coach, para la relación de Coaching y para el Coachee. En definitiva, la adaptación de Mindfulness a este ámbito puede generar el entrenamiento necesario para que el coach sea capaz de desarrollar y transmitir de forma práctica las competencias de presencia y conciencia que le habiliten para hacer auténtico Coaching, generando el tipo de relación con el coachee en la que este pueda *sentirse sentido* y aprender a relacionarse consigo mismo de un modo más constructivo, confiar en sus capacidades, conectarse con sus propios recursos y generar los cambios que le permitan desarrollar su potencial. Este tipo de transmisión se puede lograr mediante un entrenamiento en Mindfulness adecuado, que habilite al coach para desarrollar su propia conciencia y transmitir esta presencia plena a un nivel más allá de lo conceptual de una forma corporeizada, enactuada y vívida en la interacción con el coachee. Por ello, a través del Mindfulness, entrenar la conciencia en el momento presente, no solo es crear intencionalmente un estado, sino desarrollar un rasgo perdurable en nuestras vidas (Siegel, 2010).

Tal y como hemos desarrollado en este trabajo, uno de los principales aspectos en común entre el Mindfulness y el Coaching es que ambas disciplinas promueven el cambio a través de la toma de conciencia y la toma de responsabilidad del cliente. Asimismo, ambas requieren que hayan sido experimentadas previamente a nivel personal para poder ser implementadas en otras personas adecuadamente. Y es que cualquier persona que aplique el Coaching desde un punto de vista profesional, necesita primero aplicar el Coaching en su vida realizando un proceso de introspección, de aprendizaje y de apertura hacia nuevas formas de ser, hacer y pensar. Una de las competencias clave de cualquier coach, además de un compromiso ético y deontológico,

es trabajar en su propio desarrollo personal para poder acompañar a otras personas en la búsqueda de sus objetivos y en el desarrollo de su potencial. Igualmente, cuando hablamos del Mindfulness y sus beneficios, no podemos hacerlo sin antes haber comprobado en nosotros mismos los efectos de estar conscientes en el momento presente. Por otro lado, la diferencia fundamental entre Coaching y Mindfulness estriba en que el primero potencia el modo hacer y el segundo el modo ser. En nuestra experiencia, cuando se trata de generar conciencia y presencia en la sesión de Coaching, nos movemos en el ámbito del modo ser. Ya Whitmore (2010), lo definía así: “*una manera de gestionar, de tratar a las personas, de pensar, de ser y estar*”. Es decir, ya adelantaba el hecho de que hay una parte del coach que está y se desarrolla en el modo ser. Solo de este modo puede emerger la presencia.

La Presencia en Coaching ha sido recogida por la ICF como la Competencia 4 y definida como: “La habilidad para tener plena consciencia y crear relaciones espontáneas de Coaching con el cliente, usando un estilo abierto, flexible y que demuestre seguridad y confianza”. En nuestra experiencia y a diferencia de lo que ocurre con otras competencias, esta solo puede ser adquirida desde un entrenamiento en el modo ser, es decir, no solo desde una perspectiva cognitiva. Por otro lado, uno de los principales déficits en muchas formaciones en Coaching es la ausencia de estrategias prácticas para desarrollar competencias esenciales reconocidas por la ICF, tales como las de estar presente o crear consciencia. Precisamente la adaptación de Mindfulness a este ámbito puede generar el entrenamiento necesario para que el coach sea capaz de desarrollar de forma enactuada las competencias que le habiliten para hacer auténtico Coaching.

En línea con la definición de Mindfulness que aporta Silsbee (2010), que concluye que Mindfulness es *un camino hacia la Presencia*, en nuestra experiencia, la práctica del Mindfulness nos lleva a desarrollar ese estado de Presencia, donde renunciamos al ego, a los juicios y nos centramos en el momento presente, “bailando” con el cliente y estando disponibles para él durante la sesión. Estar presentes requiere tolerar la incertidumbre de no saber qué va a pasar en la sesión, abrirnos a la ambigüedad, a la vulnerabilidad y asumir que el cliente es el único que sabe, y nuestro papel de acompañantes nos exige estar abiertos a cualquier posibilidad y abandonar la seguridad que tanto buscamos en muchos aspectos de nuestra vida personal y profesional.

Mediante la práctica de Mindfulness obtenemos el conocimiento directo de cómo funciona nuestra mente y de cómo aprender a gestionarla. Este aprendizaje nos permite aprender a tomar una mayor responsabilidad en nuestras vidas y puede constituir una herramienta invaluable para contribuir a nuestro bienestar como coaches, así como para promover el bienestar en nuestros coachees y aprender a manejar las dificultades que surgen en el proceso de Coaching.

En definitiva, y en nuestra experiencia, la práctica de Mindfulness en la sesión de Coaching acaba con el dualismo entre el modo ser y el modo hacer, porque complementa y mejora el modo hacer del Coaching con el modo ser del Mindfulness. Sin olvidar que, al contrario de lo que muchos piensan, el Mindfulness no se mueve solo en el modo ser, sino que mejora la toma de decisiones y el paso a la acción desde un estado de mayor claridad y bienestar. En definitiva, la implementación de Mindfulness en el ámbito del Coaching puede contribuir a generar la toma de conciencia necesaria para construir un escenario en el que todos ganemos en bienestar: el coach, el coachee y la sociedad en su conjunto.

Referencias

- Boyatzis, R. & McKee, A. (2005). *Resonant Leadership: Renewing Yourself and Connecting with Others Through Mindfulness, Hope and Compassion*. Boston: Harvard Business School Press.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2004). Perils and promise in defining and measuring Mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242-248.
- Carlson, L. (2012). Mindfulness-Based Interventions for physical conditions: A Narrative Review Evaluating Levels of Evidence. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1-26.
- Chaskalson, M. (2011). *The Mindful Workplace: Developing Resilient Individuals and Resonant Organizations with MBSR*. London: Wiley-Blackwell.
- Correia, M.C., dos Santos, N. R. & Passmore, J. (2016). Understanding the Coach-Coachee-Client Relationship: A conceptual Framework for executive coaching. *International Coaching Psychology Review*, 11(1), 6-23.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*, 187 (3), 441–53.
- Davidson, R. J. & Dahl, C. J. (2017). Varieties of contemplative practice. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 121. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3469.
- De Haan, E. (2008a). I doubt therefore I coach - Critical moments in coaching practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 60 (1), 91–105
- De Haan, E. (2008b). I struggle and emerge - Critical moments of experienced coaches. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 60 (1), 106–131.
- Duncan, B. L. & Moynihan, D. W. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(2), 294-301. doi: 10.1037/h0090215.
- García Campayo, J. & Demarzo, M. (2015). *Manual práctico de Mindfulness. Curiosidad y aceptación*. Barcelona: Siglantana.
- Gallwey, T. (1997). *El juego interior del tenis*. Málaga: Editorial Sirio.
- Geller, S. M. & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Germer, C. (2013). Mindfulness: What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.). *Mindfulness and psychotherapy*. (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- González-García M. (2018). *Mindfulness y Coaching*. Barcelona: Fundación Universitaria Iberoamericana.
- González-García, M. & González López, J. (2017). Bases neurofisiológicas de Mindfulness y Compasión: una propuesta desde la teoría polivagal. *Mindfulness & Compassion*, 2, 101-117. doi: 10.1016/j.mincom.2017.09.002

- Grant, A. M., Passmore, J. Cavanagh, M. & Parker, H. (2010). The state of play in coaching. *International Review of Industrial & Organizational Psychology*, 25, 125-168.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hall, L. (2013). *Mindful Coaching*. London: Koganpage.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In: S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and Acceptance*. New York: The Guilford Press.
- Hervás, G., Cebolla, A. & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en Mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta Books
- Keng, S.L., Smoski, M.J. & Robins, C.J. (2011). Effects of Mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31,1041-56.
-  Kemp T.J. (2011). Building the Coaching Alliance: Constructing a lens for understanding the phenomenon of relationship in Coaching. In G. Hernez-Broome & L. A. Boyce (Eds). *Advancing Executive Coaching: Setting the Course for Successful Leadership Coaching (Chapter 7)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S. & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: trajectories of state Mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait Mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41–46.
- Kinsler, L. (2014). Born to be me ... Who am I again? The development of Authentic Leadership using Evidence-Based Leadership Coaching and Mindfulness. *International Coaching Psychology Review*, 9 (1), 92–105.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L. & Steindl, S. R. (2017). A Meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78 (6), 519-528.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5th ed) pp.139-193. New York: Wiley.
- Leonard, T.J. (2009). *How to coach anyone*. Vancouver: Ed. Andrea J. Lee.
- Passmore & Theeboom, T. (2015). Coaching Psychology: A journey of development in research. In L. E. Van Zyl, M. W. Stander & A. Oodendal (ed.). *Coaching Psychology: Meta-theoretical perspectives and applications in multicultural contexts*. New York, NY. Springer.

- Passmore, J., & Marianetti, O. (2013). The role of Mindfulness in Coaching. *The Coaching Psychologist*, 3(3), 131-138.
- Reitz, M., Chaskalson, C. H., & Waller, O. (2016). The Mindful Leader. *Hult Research*, 2-33
- Robins, J.L.W., Kiken, L., Holt, M., & McCain, N.L. (2014). Mindfulness: An effective coaching tool for improving physical and mental health. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 511–518.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Siegel, D.J (2010). *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*. New York: Bantam Books.
- Siegel, D., Germer, C., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? In F. Didonna (Ed.) *Clinical handbook of Mindfulness* (pp. 17-35). New York, NY: Springer.
- Silsbee, D. (2010). *The Mindful Coach: Seven roles for facilitating leader development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia, Época II*, 27, 5-30.
- Spence, G., Cavanagh, M. & Grant, A. (2008). The integration of Mindfulness training and health Coaching: an exploratory study. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 1(2), 145-163.

Fecha de recepción: 20/09/2018

Fecha de revisión: 25/09/2018

Fecha de aceptación: 04/10/2018

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>
ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

López-Ruiz, M. B., & Presmanes-Roqueñi, L.. (2018). Depresión en hombres y su relación con la ideología masculina tradicional y la alexitimia. *Psychology Research 1* (1), 95-110. doi: 10.33000/mlspr.v1i1.113

DEPRESIÓN EN HOMBRES Y SU RELACIÓN CON LA IDEOLOGÍA MASCULINA TRADICIONAL Y LA ALEXITIMIA

M.^a Belén López-Ruiz
Laura Presmanes-Roqueñi
Universidad Europea del Atlántico (España)

Resumen. El objetivo de esta investigación era ver si existe una relación directa entre los niveles de depresión en hombres y la presencia de una ideología masculina tradicional. Las exigencias del rol masculino tradicional en la sociedad actual siguen suprimiendo lo relacionado con la expresión emocional y recalando la importancia de ser fuerte y no necesitar ayuda. Es por eso por lo que enfermedades mentales como la depresión se vean afectadas por una masculinidad tradicional y una alta rigidez cognitiva expresada en creencias sobre los roles de género. También se ha analizado la presencia de alexitimia y su relación con la ideología masculina tradicional y la depresión. Para ello, se administraron la Escala de Normas de Rol Masculino (ENRM), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) a 50 hombres mayores de 25 dentro de la población general. Se trata de un estudio correlacional en el que la hipótesis de partida era que los niveles de depresión y la puntuación en el TAS-20 correlacionarían de forma directa con las puntuaciones obtenidas en la ENRM. Los resultados muestran que existe una relación entre un factor de la ideología masculina tradicional y la depresión, mediada por la alexitimia.

Palabras clave: Depresión, alexitimia, roles de género, depresión masculina, salud masculina.

DEPRESSION IN MEN AND ITS RELATION TO THE TRADITIONAL MALE IDEOLOGY AND ALEXITHYMIA

Abstract. The aim of this research was to see if there is a direct relationship between the levels of depression in men and the presence of a traditional male ideology. The demands of the traditional male role today continue to suppress what is related to emotional expression, stressing the importance of being strong and not needing help. That is why such mental illnesses as depression are affected by traditional masculinity and a high cognitive rigidity expressed in beliefs about gender roles. The presence of alexithymia and its relation to traditional male ideology and depression has also been analysed. To this end, the Male Role Standards Scale, the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) were administered to 50 men over the age of 25 in the general population.

This is a correlational study in which the baseline hypothesis was that the levels of depression and the score in the TAS-20 correlated directly with the scores obtained in the Male Role Standards Scale. The results showed that there is a relationship between a factor of traditional male ideology and depression, mediated by alexithymia.

Key words: Depression, alexithymia, gender roles, male depression, male health.

Introducción

La depresión, los roles de género y la alexitimia son los temas principales de esta investigación, por lo que es importante tener un marco de referencia en lo que a estos constructos se refiere.

Depresión

La definición de depresión, o de los diferentes trastornos depresivos, depende de la categorización de los síntomas y de su gravedad, por lo que la clasificación varía dependiendo del manual. De forma general, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que presenta síntomas de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, autoestima baja, trastornos del sueño y/o del apetito, así como problemas de concentración y fatiga.

Los trastornos depresivos suelen mostrar comorbilidad con otras enfermedades, tanto mentales como fisiológicas, de forma que la depresión no sólo puede ser la causa de éstas, sino una consecuencia de las mismas (Bastidas-Bilbao, 2014). Los trastornos afectivos pueden llegar a ser difíciles de diagnosticar debido a la variabilidad que presentan sus cuadros y a que los síntomas, muchas veces, son similares a los de otras enfermedades fisiológicas. Además, no hay marcadores biológicos, bioquímicos o de morfología cerebral que ayuden a realizar un diagnóstico inequívoco de depresión (Mitjans & Arias, 2012).

En el 2006 se realizó una previsión en la que se estimaba que para el año 2030 la depresión se encontraría entre las tres primeras causas de discapacidad a nivel mundial (Mathers & Loncar, 2006), pero según la OMS (2018), en la actualidad ya se considera la principal causa a pesar de estar a más de una década de la fecha estimada, afectando alrededor de 300 millones de personas en todo el mundo. A pesar de que las prevalencias varíen en diferentes estudios, se ha observado que la proporción presente en base al género es siempre similar, siendo mayor el número de mujeres que presentan depresión que el de hombres (Cardila Fernández, et al., 2015). Se ha visto también que existen mayores probabilidades de que una persona sufra depresión frente a otro tipo de trastorno mental, viéndose una prevalencia al año en atención primaria de entre 9,6% y el 20,2%. Se trata de un intervalo tan grande puesto que la cifra varía atendiendo al tipo de trastorno depresivo y a la metodología de evaluación usada (Vindel, Salguero, Wood, Dongil & Latorre, 2012).

Entre los trastornos que conforman el grupo diagnóstico de trastornos depresivos en el DSM-V (2013) se encuentran: el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno depresivo producido por sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra condición médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado. De todos ellos, el más representativo es el trastorno depresivo mayor, que coincidiría en cuanto sintomatología y duración

con la definición dada por la OMS. El DSM-V también incluye el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno disfórico menstrual, dándose el primero en menores de 10 años y el segundo únicamente en mujeres. Este manual hace una distinción entre la tristeza y el sufrimiento normales, presentes sobre todo tras eventos o situaciones en las que es considerado normal sentir tristeza, y la tristeza y sufrimiento presentes en un trastorno de depresión mayor.

Como se ha mencionado, el trastorno de depresión mayor es uno de los más característicos del grupo de trastornos depresivos. Se caracteriza un estado de ánimo deprimido, disminución/pérdida de interés o de placer por todas las actividades, pérdida o ganancia de peso marcado, al igual que falta de apetito o un incremento del mismo, problemas para dormir, como insomnio o, por el contrario, hipersomnia, fatiga, agitación psicomotora, problemas de concentración, sentimientos de culpa e inutilidad, e ideaciones suicidas. El diagnóstico es complicado sobre todo cuando la persona padece otras afecciones médicas. Además, se dan casos en los que las personas niegan la existencia de síntomas como la tristeza, o que en vez de sentir tristeza presentan quejas somáticas (APA, 2013). En Europa se estima que la prevalencia del trastorno de depresión mayor se encuentra cerca del 6,9%, afectando a unos 30 millones de personas en 2011, casi 12 millones de personas más que en 2005 (Wittchen, et al., 2011).

La bibliografía existente hasta la fecha indica que, además de diferencias en cuanto a género en la prevalencia de la depresión (de Graaf, ten Have, van Gool & van Dorsselaer, 2012), también existen diferencias en cuanto a los síntomas, la búsqueda de ayuda profesional y la disponibilidad y uso de servicios para tratarla. Vázquez-Machado (2013) señala que son muchos los autores los que coinciden en que tanto hombres como mujeres experimentan la depresión de distinta forma, siendo las mujeres las que presentan una mayor facilidad para expresar los síntomas más emocionales y por lo tanto las que más ayuda profesional buscan. Por el contrario, los hombres presentan una mayor dificultad a la hora de expresar dichos síntomas, tendiendo a una mayor somatización de los mismos y, por lo tanto, en vez de buscar ayuda profesional en el campo de la salud mental, acuden a médicos generales. Otro aspecto que señala es que los hombres deprimidos, en muchos de los casos, presentan problemas de abuso de sustancias, lo que hace que los síntomas de la depresión pasen más desapercibidos y que por lo tanto la depresión en hombres quede subdiagnosticada. Esto mismo queda reflejado en un estudio realizado por Schuch et al. (2014), donde los hombres presentan casi el doble de probabilidad de sufrir dependencia o abuso de alcohol.

En algunos estudios se ha comprobado que, en cuanto a sintomatología, los hombres señalan sentir mayores niveles de tristeza, pero una mayor disminución de la reactividad del ánimo que en mujeres. Casi el doble de hombres en comparación con las mujeres presenta un tipo de tristeza que, señalan, es diferente a la tristeza que normalmente se asocia con los sentimientos de pena o pérdida (melancolía). Así mismo, las mujeres presentan mayores niveles de culpa y sentimientos de inutilidad que los hombres y tienden más a sufrir insomnio y aumento de peso. (Schuch, et al., 2014). También hay evidencias que han señalado la existencia de una mayor diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a depresión en los casos donde se produce una mayor diferenciación de roles de género (Bromet, et al., 2011).

En cuanto al uso de servicios y el cuidado de la salud mental en Europa, son las mujeres las que más acuden a médicos generales (al contrario de lo que señala Velázquez-Machado en su revisión) en vez de acudir a especialistas en el cuidado de la

salud mental, pero aun así su uso de servicios relacionados con la salud mental es mayor que el de los hombres (Kovess-Masfety, et al., 2014).

Los roles de género

Los roles de género son un conjunto de habilidades y formas de actuar de forma adecuada para la sociedad según una persona haya nacido hombre o mujer (Marcia Lees & Johnson Black, 2017). Un rol conlleva un estatus determinado y, por tanto, una serie de normas explícitas e implícitas de comportamiento por las que regirse. En el caso de la diferenciación de género, se dan por tanto diferenciación de roles y de conductas esperadas. De los hombres se espera que tomen un rol de proveedor, de toma de decisiones y de dirección. Sin embargo, en el siglo XX se han dado diversos cambios de rol de género, el más importante la incorporación de la mujer al mercado laboral y todo lo que ello implica (Lindsey, 2015). Esa incorporación de la mujer, sin embargo, no implica la desaparición de los roles de género y sus consecuencias. Es importante tener en cuenta la influencia de estos roles, ya que se manifiestan en numerosos aspectos de la vida diaria, y en concreto también en los patrones de crianza y castigo (Matud & Aguilera, 2009), pudiendo condicionar comportamientos en la adultez. De esta forma se generan ideologías masculinas contradictorias que se ha demostrado que tienen un efecto negativo en el bienestar de los hombres (Guvensel, Dixon, Chang & Dew, 2018). El hecho de adherirse socialmente a un rol de género supone numerosos retos, y en muchas ocasiones los varones encuentran dificultades como consecuencia de querer cumplir con la firmeza e invulnerabilidad que se espera de su propio rol.

Es importante tener en cuenta el que el rol de género pueda suponer un estado óptimo de salud o, por el contrario, el desarrollo de una patología (Matud & Aguilera, 2009). De hecho, el suicidio, estrechamente ligado a la salud mental, afecta a cada género de forma distinta, llegándose a asociar el suicidio femenino con un motivo emocional, y el suicidio masculino con motivos económicos (Tondo, 2014). Teniendo en cuenta que cada rol sexual tiene asignado un rol social por el cual uno se ha de comportar y regir su vida, es posible que salirse del propio rol marcado pueda suponer desajustes, o quizá, por el contrario, efectos positivos. En definitiva, en ocasiones se asume que los patrones de crianza de los hombres son adecuados y beneficiosos, y que el problema atañe al tipo de educación que se les da a las mujeres, cuando en realidad es definitivamente una mezcla de dos estilos de crianza que no benefician a ningún género.

El rol masculino ha de tenerse en cuenta en tanto que supone ciertas desventajas generales que afectan a cómo un hombre vive su propia emocionalidad y, por tanto, cómo vive el desarrollo de una depresión. Los hombres se ven sometidos a una presión especial cuando se desvían del modelo que ha sido creado para ellos, el cual incluye una masculinidad manifiesta, el rol de proveer y proteger entre otros. A ello se le suma que no hay abundancia de recursos económicos y sociales para hombres que estén pasando por momentos de debilidad o vulnerabilidad. Se suman otros aspectos, como por ejemplo el ser fuerte, valiente, racional y competitivo (Rosado Millán, Gracia García, Alfeo Álvarez & Rodríguez Rosado, 2015). Se ha visto también que la supresión emocional es factor que se da en hombres deprimidos que cumplen rígidamente un rol masculino tradicional (Rice, Fallon, Aucote, & Möller-Leimkühler, 2013). Es por ello por lo que el trabajo remunerado implica una parte importante del autoconcepto y la identidad masculina.

Actualmente, los roles de género están sometidos a tela de juicio y sufriendo poco a poco los cambios de una sociedad que exige la reivindicación de los derechos iguales tanto para hombres como para mujeres. Desde principios del siglo XX, el estatus con relación al género se ha ido disminuyendo en sus diferencias y se ha dado una mayor regulación emocional para ambos (Holmes, 2015). De hecho, la propia concepción de lo que es el género ha ido cambiando, aceptándose socialmente cada vez más la existencia del género no binario y las diversas condiciones sexuales. Sin embargo, los roles de género tienen aún repercusión, y se sigue viviendo acorde a ellos en la mayoría de los casos, teniendo poder para influenciar la mayoría de los aspectos cotidianos de la cultura actual (Mac an Ghail & Haywood, 2012).

Alexitimia

La alexitimia consiste en una dificultad para identificar, procesar y describir los procesos emocionales, así como para distinguir éstos de estados físicos (Eastbrook, Lanteigne & Hollenstein, 2013). Este fenómeno se estima que aparece en un 8-10% en hombres y un 1.8% de mujeres aproximadamente (Alonso-Fernandez, 2011). Esta se expresa mediante cuatro dimensiones cognitivo-afectivas: 1) Dificultad para identificar y describir sentimientos; 2) Dificultad para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales de la activación emocional; 3) Reducción o ausencia de pensamiento simbólico; y 4) Un estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto (Arancibia & Behar, 2015).

Alonso-Fernández (2011) señala que los hombres lo sufren en mayor número que las mujeres, y que éstas se manifiestan menos extrovertidas que los hombres que la padecen. La alexitimia está además asociada a la baja expresión de las emociones negativas, una baja empatía y se ha llegado a asociar a bajos niveles de afecto positivo (Moral de la Rubia & Ramos Basurto, 2015). No se considera una categoría diagnóstica, no apareciendo en ningún manual como trastorno o afección en la actualidad. En todo caso se trataría de un conjunto de características de pensamientos y sentimientos, estando muchas veces ligados a numerosas patologías psiquiátricas (Günther, Matthes, Kersting & Egloff, 2016).

En lo referente a la relación entre la alexitimia y la depresión, se pueden observar varias posturas que han ido cambiando a lo largo del tiempo. López-Ibor Aliño (1972) sostiene que las características de la alexitimia coinciden con varias manifestaciones de la depresión y Fisch (1989) señala que la alexitimia se presenta de forma comórbida con la depresión y que ésta provoca su enmascaramiento a través de síntomas somáticos, mientras que Taylor et al. (1990) sostienen que es un constructo independiente y distinto a la propia depresión. En investigaciones más actuales, sin embargo, se muestra que la alexitimia es un rasgo de personalidad estable en pacientes que padecen depresión y que la misma alexitimia podría suponer un factor de riesgo para el desarrollo de la misma (Carranza, 2014). Se ha observado que la alexitimia puede incrementar tanto la depresión como la ansiedad, el estrés, y la aparición de emociones negativas, resultando en otras enfermedades mentales (Nekouei, Doost, Yousefy, Manshaee & Sadeghei, 2014). En cuanto a la correlación entre la gravedad de la depresión y la alexitimia, ésta presenta variaciones dependiendo del tipo de instrumento que se utilice para su medición, puesto que en el caso de usar autoinformes, las respuestas del sujeto son similares entre los diferentes instrumentos (Li, Zhang, Guo & Zhang, 2015). Teniendo esto último en cuenta, se ha visto que cuanto mayores son los niveles de alexitimia, más graves son los síntomas tanto de ansiedad como de

depresión, y que la efectividad de los antidepresivos se ve disminuida (Behar & Arancibia, 2015).

Un aspecto a tener en cuenta es el nivel de influencia que pueden tener los roles de géneros en el desarrollo y mantenimiento de la propia alexitimia. No se ha de descartar la posibilidad de la influencia de la propia cultura, puesto que una cultura que fomenta el rol de cuidadoras en las mujeres puede ser en parte responsable de la falta de detección de emociones internas en ellas (Moral de la Rubia, 2005). Los hombres que han crecido y socializado bajo una ideología masculina tradicional tienen mayores niveles de alexitimia, y mayores que los niveles de alexitimia de las mujeres (Levant, et al., 2009).

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 50 varones de edades a partir de 25 años, provenientes de las Comunidades de Cantabria, Andalucía y Oviedo, y formaron una muestra no probabilística por conveniencia. Se trató también de un estudio por bola de nieve, puesto que los cuestionarios fueron realizados a través de la herramienta Formularios de Google y fueron compartidos a varias partes de España. La participación fue totalmente voluntaria y los participantes no recibieron ninguna remuneración económica o compensación por participar. Los únicos criterios de selección que se establecieron fueron la edad y el género, puesto que solo se requería participación masculina y ser mayor de 25 años. La media de edad fue 40,2, con un máximo de 58 y un mínimo de 25, siendo el rango de 33 y presentando una desviación estándar de 10,46 años.

En la Tabla 1 se pueden observar la distribución de frecuencias tanto de edad como de estado civil de la muestra, donde se puede observar que gran parte de los participantes eran solteros con estudios superiores.

Tabla 1
Descripción de la muestra

Variables		Frecuencia	Porcentaje
E. Civil	Soltero	25	50,0
	Pareja de hecho	11	22,0
	Casado	14	28,0
Nivel de estudios	E. Primaria	7	14,0
	E. Secundaria	18	36,0
	E. Superiores	25	50,0

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Para esta investigación se ha escogido la versión española del inventario originalmente creado por Beck, Steer y Brown (1996), una de las pruebas más utilizadas en España por psicólogos para comprobar los niveles de depresión presentes en el sujeto (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010). El BDI-II es un autoinforme con 21 ítems donde cada uno hace referencia a diferentes síntomas relacionados con la depresión, como pueden ser la irritabilidad o el hambre, en donde la persona ha de elegir una respuesta entre cuatro alternativas conforme a cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas. En la adaptación española realizada por Sanz et al. (2003) se encontraron resultados similares a los hallados en otros estudios en cuanto a población general realizados en diferentes países, obteniendo puntuaciones totales de entre 0 y 43. En ese mismo estudio, se realizó un análisis factorial con los 21 ítems donde cuatro mostraron valores mayores que 1, explicando un 29,4% de varianza, mientras que el resto de factores presentaron valores muy pequeños.

Escala de Normas de Rol Masculino (ENRM). En este estudio se ha utilizado una adaptación al español de la escala original Male Role Norms Scale creada por Thompsom y Pleck en (1986), en la que se realizó un análisis de tres factores, donde los coeficientes de fiabilidad para el primero fue un coeficiente alfa de .87, para el segundo .85 y .80 para el tercero (Matínez, Paterna, López & Velandrino, 2010). El test mide la variable ideología masculina tradicional. Para ello, la escala se basa en 24 enunciados a los que el sujeto ha de contestar según el grado de acuerdo, del 1 al 6. Esas 24 afirmaciones se dividen en 3 factores: creencias y normas referidas al status, normas relacionadas con la dureza, y normas de antifeminidad. La primera hace referencia a las creencias relacionadas con el éxito laboral y profesional y al respeto; la segunda hace referencia a la fortaleza tanto física, como emocional y mental, al igual que a la independencia y autosuficiencia; y la tercera hace referencia a la actitud frente a emociones, comportamientos y tareas que son tradicionalmente atribuidas a las mujeres.

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Creada por Bagby, Taylor y Parker en 1994 y traducida al español por Martínez-Sánchez et al. (1999), es una escala unifactorial está compuesta por 20 ítems de tipo Likert, pudiendo responder según el grado de acuerdo del 0 al 6 Taylor et al. (1994) definieron el constructo de alexitimia como la dificultad para identificar, y por lo tanto describir, los sentimientos propios y sensaciones corporales producidas por las emociones, un limitante para la imaginación que afecta a la complejidad de las fantasías, al igual que lo definieron como un estilo cognitivo donde el sujeto se encontraba más orientado a lo externo. Para comprobar su validez y fiabilidad, Moral de la Rubia y Retamales (2014) realizaron un estudio correlacional con otras dos escalas que miden el mismo constructo de alexitimia, el SAT-9 y el BFQ. En muestra española hallaron que la consistencia interna era de entre .78 a .83, y que la fiabilidad era de .81

Procedimiento

Para comprobar la hipótesis inicial se analizaron los niveles de depresión, los niveles de alexitimia y la mayor o menor presencia de una ideología masculina tradicional. Para ello, se distribuyeron el BDI-II, la ENRM y el TAS-20 mediante la herramienta de Formularios de Google, donde se introdujeron los tres instrumentos sin realizar ninguna modificación en los ítems y donde existe la posibilidad de contestar de

forma anónima. Al comienzo del mismo formulario se incluyó un apartado donde aparece información sobre la investigación, así como el propósito de la misma, el carácter anónimo y voluntario del estudio y la posibilidad de abandono sin repercusión alguna para el sujeto, todo ello a modo de consentimiento informado. Los participantes no recibieron compensación de ningún tipo por la realización de los cuestionarios. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de ética de la Universidad Europea del Atlántico.

Para la distribución de este formulario, se utilizaron tanto las redes sociales como Facebook e Instagram, así como herramientas de mensajería instantánea como WhatsApp. Esto se debe a que se animó a que los participantes difundiesen el formulario a los contactos que cumplieren las características necesarias para formar parte del estudio. Una vez que se alcanzaron los 50 sujetos, se cerró el acceso al formulario y se descargó la base de datos con las respuestas de los sujetos para su posterior análisis estadístico.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, obteniendo medias de edad y frecuencias en cuanto a estado civil y nivel de estudios (Tabla 1). Se utilizó el alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de los instrumentos usados y sus factores. Para realizar un análisis de datos obtenidos a través de los diferentes test se procedió a utilizar el Coeficiente de correlación de Pearson con la puntuación total del BDI-II, la puntuación total del TAS-20 y los diferentes factores de la ENRM, junto con la edad. Después se usó ANOVA de un factor para el estado civil y nivel de estudios. Tras comprobar los resultados de ese análisis, se pasó a realizar un análisis de mediación entre las variables Dureza, Depresión y Alexitimia, (siendo la dureza la variable independiente, la depresión la variable dependiente, y la alexitimia la variable mediadora) a través de la realización de coeficientes de regresión, con el fin de conocer el porcentaje de varianza explicada en la variable depresión en función de la dureza y la alexitimia, dado que la Dureza es el único factor que mostró correlaciones tanto con la puntuación total del BDI-II como del TAS-20.

Resultados

Tras la realización del análisis correlacional de las variables medidas, se comprobó que no existía una correlación significativa entre las variables sociodemográficas y el resto de las variables medidas.

Se han hallado diversas correlaciones entre el resto de las variables (Tabla 2), como son el caso de la variable BDI-II (Niveles de depresión) y Dureza, que han presentado una correlación significativa, al igual que con las puntuaciones del BDI-II y las obtenidas en el TAS-20, además las correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones totales del TAS-20 y todos los factores que componen la ENRM y su puntuación total. Sin embargo, no se ha encontrado una correlación significativa entre los niveles de depresión medidos con el BDI-II y el resultado total de la ENRM.

Tabla 2
Correlación de variables

		BDI-II	Status	Dureza	Antifeminidad	ENRM	TAS-20	Edad	Estado civil	Nivel de estudios
BDI-II	Correlación de Pearson	1	,119	,438**	,189	,240	,493**	-,166	-,208	,006
	Sig. (bilateral)		,411	,001	,189	,093	,000	,249	,147	,968
Status		,119	1	,594**	,585**	,933**	,384**	,250	,215	-,277
		,411		,000	,000	,000	,006	,080	,134	,052
Dureza		,438**	,594**	1	,676**	,810**	,509**	-,062	-,078	,015
		,001	,000		,000	,000	,000	,670	,588	,917
Antifeminidad		,189	,585**	,676**	1	,794**	,447**	,078	,125	-,036
		,189	,000	,000		,000	,001	,590	,388	,802
ENRM		,240	,933**	,810**	,794**	1	,488**	,159	,144	-,179
		,093	,000	,000	,000		,000	,269	,319	,214
TAS-20		,493**	,384**	,509**	,447**	,488**	1	,016	-,038	-,074
		,000	,006	,000	,001	,000		,910	,795	,610
Edad		-,166	,250	-,062	,078	,159	,016	1	,533**	-,342*
		,249	,080	,670	,590	,269	,910		,000	,015
Estado civil	ANOVA de un factor	1,471	2,226	,157	,825	1,087	,082	9,812**	1	1,347
	Sig.	,240	,119	,855	,443	,346	,921	,000		,270
Nivel de estudios		,239	3,125	,829	,108	1,728	,421	3,142	1,347	1
		,788	,053	,443	,898	,189	,659	,052	,270	

Dado a que uno de los factores de esa escala (Dureza), correlaciona significativamente tanto con los niveles de depresión con los de alexitimia, se procedió a realizar un análisis de mediación entes esas tres variables, con el objetivo de comprender mejor las relaciones correlativas existentes. Los resultados muestran que existe un efecto de mediación significativa, debido a que al introducir en el modelo la alexitimia, la relación entre dureza y depresión pierde la significación (efecto directo), siendo significativo el efecto indirecto (Figura 1). Por tanto, aunque el diseño de esta investigación es transversal y no se puedan establecer relaciones causales, se puede concluir que la alexitimia está positiva y significativamente asociada a la dureza, y que depresión se explica por el grado de alexitimia, no por la dureza.

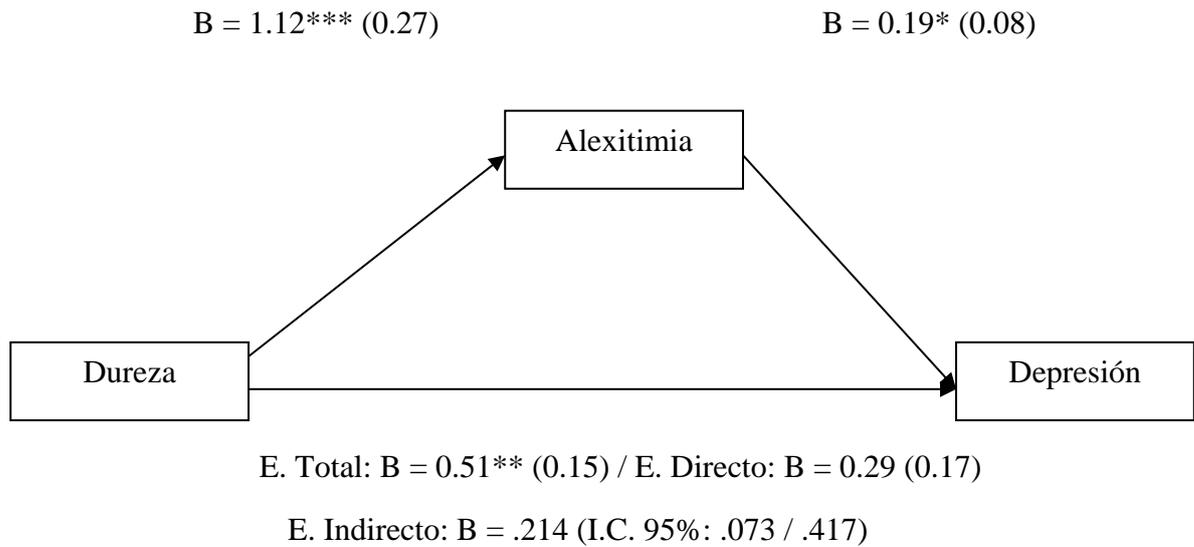


Figura 1. Diagrama explicativo de la mediación producida por la Alexitimia entre las variables Dureza y Depresión

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas); *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas); ENRM = Escala de Normas de Rol Masculino.

Discusión

Esta investigación ha tenido como objetivo observar si había una relación directa entre los niveles de depresión y una ideología tradicional masculina, así como observar cuál es el papel de la alexitimia en dicha relación. La hipótesis inicial propuesta era que mayores niveles de ideología tradicional masculina correlacionarían de forma directa con mayores niveles de depresión en hombres.

Se ha visto que la puntuación total del BDI-II correlaciona significativamente con el factor dureza de la ENRM, así como con la puntuación total del TAS-20. El hecho de que correlacione con el factor dureza podría en un principio indicar que hay cierta relación entre los niveles de depresión y la dureza tanto cognitiva como emocional, que implica el mantenerse imperturbable ante las adversidades. Este dato parece ir en consonancia con la hipótesis inicial de la investigación. Sin embargo, se ha encontrado que la relación que se establece entre esas dos variables viene mediada por la presencia de alexitimia. Es decir, la aparente relación que existe entre la dureza y los niveles de depresión se da porque la alexitimia está significativamente relacionada con ambas variables. Se ha visto que todos los factores que componen la ideología masculina tradicional en la ENRM están relacionados con la alexitimia. Una posible explicación de esta relación podría ser que el rol masculino tradicional suprime considerablemente la expresión emocional de los hombres, privándoles de aprender a comprenderlas e identificarlas desde una corta edad, pudiendo producir una cierta vulnerabilidad a padecer alexitimia. A su vez, los resultados muestran que existe también una correlación entre alexitimia y depresión, algo que se ha visto en otros estudios como el de Arancibia y Behar (2015). Sin embargo, en la actualidad aún existe el debate sobre la naturaleza de la alexitimia, en donde ciertos autores apuntan a que se trata de un rasgo de la personalidad, otros que es un síntoma más de la depresión, y otros que se trata de una identidad nosológica completamente independiente. Por lo

tanto, a pesar de no poder afirmar con seguridad que ante la existencia de una ideología masculina tradicional se den mayores niveles de depresión, los resultados de esta investigación muestran la existencia de relación entre dureza, alexitimia y depresión en hombres, algo que puede resultar interesante para tener en cuenta en estudios posteriores.

A pesar de que hasta no hace mucho la investigación en depresión se ha enfocado sobre todo en mujeres debido a la mayor prevalencia que presentan en comparación a los hombres, hay datos relacionados para los cuales aún no hay una explicación contundente. Un ejemplo es lo relativo al suicidio, un aspecto muy estrechamente ligado a las enfermedades mentales y en concreto a la depresión. Hay varios estudios que hacen referencia a la diferencia en cuanto a la prevalencia de suicidio comparando hombres y mujeres, donde se puede ver que a pesar de que las mujeres son las que más intentos de suicidio cometen, son los hombres los que mayor tasa de suicidios muestran (Addis, 2011). Algo que puede resultar relevante para futuros estudios es lo mencionado por Tondo (2014), quien señala que existe una diferencia en cuanto a la percepción de los motivos que llevan al suicidio en hombres y mujeres. A éstas últimas se les asocian motivos emocionales, mientras que a los hombres se les asocian, sobre todo, motivos económicos, como pueden ser la pérdida de trabajo o las crisis económicas (Iglesias-García, et al., 2017). Una de las explicaciones que existen en cuanto a esto es que una de las cualidades del rol masculino tradicional es la condición de proveedor, mientras que a las mujeres se les atribuyen cualidades más relacionadas con la emocionalidad, por lo que estudios relacionados con la depresión y los roles de género, así como las ideologías tradicionales respecto a los mismos pueden ser útiles para ayudar a comprender este tipo de hallazgos e hipótesis. A pesar de eso, en la actualidad muy pocos estudios se centran en estudiar estas tres variables en su conjunto. Estudios similares han comparado los niveles de alexitimia y depresión, pero en población geriátrica (Tartaglini, et al., 2017) y población femenina que ha sufrido violencia de pareja (Moral de la Rubia & Ramos-Basurto, 2015). No se han encontrado estudios que relacionen las 3 variables en hombres, puesto que la variable de género y rol tradicional no se contempla en dichos estudios.

Por lo tanto, otra de las implicaciones prácticas de estos resultados podría ser el conseguir que se le dé importancia a la identificación temprana de síntomas de alexitimia en hombres, dada la relación significativa entre alexitimia y depresión. Esto no sólo implicaría un factor más a tener en cuenta para el tratamiento y diagnóstico de la depresión, sino también para su prevención. Si en un futuro se descubriese que existe una relación de causalidad entre ideología masculina tradicional y alexitimia, esta primera podría llegar a tenerse en cuenta como un factor de vulnerabilidad frente a la alexitimia, y potencialmente de la depresión. Las inferencias del presente estudio podrían ser más adelante confirmadas llevando a cabo un estudio experimental longitudinal, con un grupo control de mujeres. El relacionar la ideología tradicional masculina con consecuencias negativas para la población, podría arrojar cierta luz sobre la necesidad de luchar contra la desigualdad de género, ya que esta perjudicaría no sólo a mujeres, sino también a los hombres. La expresión de síntomas como la tristeza se contradicen con lo que el rol de género masculino simboliza, a los hombres se les niega el uso de palabras útiles que ayudan a describir su situación, el apoyo social y la validación que muchas veces es necesaria para tomar conciencia de la propia enfermedad o de la necesidad de ayuda (Williams, Stephenson & Keating, 2014).

En lo que respecta a las limitaciones de este estudio, cabe destacar el tamaño de la muestra, que no permite realizar una extrapolación de los resultados a la población

general. El diseño de la propia investigación hace que no sea posible analizar relaciones de causalidad y aportar más información acerca del tema en cuestión. Además, el hecho de que los cuestionarios hayan sido elaborados con la herramienta Cuestionarios de Google puede haber presentado sesgos en la muestra no documentados al requerir un conocimiento a nivel usuario que depende del dispositivo usado para rellenarlo (móvil, tablet u ordenador), pudiendo hacer que queden fuera de muestra personas de mayor edad que no sepan utilizar dichos dispositivos. El hecho de que los test sean autoadministrados hace que en el caso de dudas estas no puedan ser respondidas simultáneamente.

A pesar de todo ello, se ha podido obtener información que podría suponer un punto de partida para futuras investigaciones, y poder así brindar aún más información en esta área.

Referencias

- Arancibia, M. & Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53(1), 24-34. doi:10.4067/S0717-92272015000100004
- Addis, M. E. (2011). *Invisible Men. Men's Inner Lives and the Consequences of Silence*, New York: Times Books.
- Alonso-Fernandez, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34(6), 481-490. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam116b.pdf>
- APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/15071941_The_Twenty-Item_Toronto_Alexithymia_Scale-II_Convergent_Discriminant_and_Concurrent_Validity
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32(2), 192-218. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200001
- Behar, R. & Arancibia, M. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatra*, 53(1), 24-34. doi:10.4067/S0717-92272015000100004
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(90), 1-16. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Cardila Fernández, F., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Pérez-Fuentes, M., Molero Jurado, M. & Gázquez Linares, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión

- en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279. doi:10.1989/ejihpe.v5i2.118
- Carranza, Y. P. (2014). *Niveles de alexitimia según severidad de sintomatología*. Lima, Perú
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C. & van Dorsselaar, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 47(2), 203-213. doi:10.1007/s00127-010-0334-8
- Eastabrook, J. M., Lanteigne, D. M. & Hollenstein, T. (2013). Decoupling between physiological, self-reported, and expressed emotional responses in alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 55, 978-982. doi:10.1016/j.paid.2013.08.001
- Fisch, R. Z. (1989). Alexithymia, masked depression and loss in an holocaust survivor. *Br J Psychiatry*, 154, 708-710. doi:10.1192/bjp.154.5.708
- Günther, V., Matthes, A., Kersting, A. & Egloff, B. (2016). Alexithymia and the implicit self-concept of extraversion in women. *Personality and Individual Differences*, 21-25. doi:10.1016/j.paid.2015.08.034
- Guvensel, K., Dixon, A., Chang, C. & Dew, B. (2018). The Relationship Among Gender Role Conflict, Normative Male Alexithymia, Men's Friendship Discords With Other Men and Psychological Well Being. *Journal of Men's Studies*, 56-76. doi:10.1177/1060826517719543
- Holmes, M. (2015). Men's Emotions: Heteromascularity, Emotional Reflexivity and Intimate Relationships. *Men and Masculinities*, 176-192. doi:10.1177/1097184X14557494
- Hunt, M., Auriemma, J. & Cashaw, A. C. (2003). Self-Report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 26-30. doi: 10.1207/S15327752JPA8001_10
- Iglesias-García, C., Sáiz, P. A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., & Bobes, J. (2017). Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 70-77. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.04.005
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Van de Velde, S., De Graaf, R., Vilagut, G., Haro, J. M. & Alonso, J. (2014). Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? results from the EU-World Mental Health survey. *Journal of Epidemiol Community Health*, 68, 649-656. doi:10.1136/jech-2013-202962
- Levant, R. J., Ronald, F., Levant, Hall, R. J., Williams, C. M. & Hasan, N. T. (2009). Gender Differences in Alexithymia. *Psychology of Men and Masculinity*, 10(3), 190-203. doi:10.1037/a0015652
- Li, S., Zhang, B., Guo, Y. & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1), 1-9. doi:10.1016/j.psychres.2015.02.006
- Lindsey, L. (2015). *Gender Roles, a Sociological Perspective*. New York: Routledge.

- Lopez-Ibor, A. (1972). *Los equivalentes depresivos*, Sevilla, España: Editorial Paz Montalvo
- Mac an Ghail, M. & Haywood, C. (2012). Understanding Boys': Thinking Through Boys, Masculinity and Suicide. *Social Science & Medicine*, 74, 482-489. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.036
- Marcia Lees, F. & Johnson Black, N. (2017). *Gender Antropology*, Long Grove, Illinois: Waveland Press.
- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3, 2011-2030. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- Matínez, M., Paterna, C., López, J.-A. & Velandrino, A. (2010). Análisis psicométrico y dimensional de la Escala de Normas de Rol Masculino en población española. Male Norms Role Scale (MRNS). *Estudios de psicología: Studies in Psychology*, 31(2), 159-172. doi:/10.1174/021093910804952287
- Matud, M. & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*; 32, 53-58. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212260007>
- Mitjans, M. & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 70-83. Retrieved from <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
- Moral de la Rubia, J. (2005). La Alexitimia en relación con el Sexo y el Rol de Género. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM*, 25(1), 147-166. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/654/65415106.pdf>
- Moral de la Rubia, J. & Ramos-Basurto, S. (2015). Alexitimia como predictor directo y mediado por la depresión en la violencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(1), 15-40. Retrieved from <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n1/art02v34n1.pdf>
- Moral de la Rubia, J. & Retamales Rojas, R. (2014). Estudio de validación de la escala de alexitimia de toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatría*, 1. Retrieved from <https://psiquiatria.com/sin-categoria/estudio-de-validacion-de-la-escala-de-alexitimia-de-toronto-tas-20-en-muestra-espanola/>
- Moya Morales, M. (1984). Los Roles Sexuales. *Gazeta de Antropología*, 3, 21-28. Retrieved from https://www.ugr.es/~pwlac/G03_08Miguel_Moya_Morales.html
- Muñiz, J. & Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121. Retrieved from <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>
- Nekouei, Z. K., Doost, H. N., Yousefy, A., Manshaee, G. & Sadeghei, M. (2014). The relationship of Alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). *Journal of Education and Health Promotion*, 68(3), Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113983>

- OMS (2018). *Depresión*. Retrieved from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20): un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76. Retrieved from <https://www.ehu.es/documents/1463215/1504264/Paezetal99em2.pdf>
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., & Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 950-958. doi:10.1016/j.jad.2013.08.013
- Rosado Millán, M., Gracia García, F., Alfeo Álvarez, J. & Rodríguez Rosado, J. (2015). El Suicidio Masculino: Una Cuestión de Género. *Prisma Social*, 13, 433-492. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/273120744/download>
- Sanz, J., Perdígón, A. L. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Pennix, B. W. & De Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156-163. doi:10.1016/j.jad.2013.12.011.
- Tartaglino, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V. & Stefani, D. (2017). prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 516-524. doi:10.1590/1981-22562017020.160126
- Taylor, G. J., Parker, J. D. & James, C. B. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry*, 147-149. doi:10.1176/ajp.147.9.1228
- Thomsom, E. H. & Pleck, J. H. (1986). The structure of males role norms. *American Behavioral Scientist*, 29, 531-593. doi:10.1177/000276486029005003
- Tondo, L. (2014). Brief History of Suicide in Western Cultures. En S. H. Koslow, P. Ruiz & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* (págs. 3-12). Cambridge: Cambridge University.
- Vázquez Machado, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 17(3), 193-217. Retrieved from <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319/1315>
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E. & Latorre, J. M. (2012). La Depresión en Atención Primaria: Prevalencia, Diagnóstico y Tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823404001>
- Williams, J., Stephenson, D. & Keating, F. (2014). A Tapestry of Oppression. *The British Psychological Society*, 27(6), 406-409. Retrieved from <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-27/edition-6/tapestry-oppression>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. & Steinhausen, H. -C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Fecha de recepción: 20/09/2018

Fecha de revisión: 25/09/2018

Fecha de aceptación: 01/10/2018