



# persona

Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima  
21 (2) • julio-diciembre 2018 • ISSN 1560-6139 • Lima, Perú

- La recepción del pensamiento de Ortega y Gasset en la obra de Olivér Brachfeld
- *Mindfulness, qigong* y su impacto en la salud
- Validación de la Escala de Satisfacción con la Vida y su relación con las dimensiones del autoconcepto en universitarios peruanos
- Trastornos de personalidad y juego patológico en adolescentes y jóvenes con dependencia de las máquinas



# persona

---

Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima  
21 (2) • Julio-diciembre 2018 • ISSN 1560-6139 • Lima, Perú

## Consejo editorial

**Editor general:** Ramón León, *Universidad de Lima, Perú*

Ana Aguilar  
*Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú*

Reynaldo Alarcón  
*Universidad Ricardo Palma, Perú*

Rubén Ardila  
*Universidad Nacional de Colombia*

Ana Bendezú  
*Universidad de Lima, Perú*

Ricardo Braun  
*Universidad de Lima, Perú*

Jozef Corveleyn  
*Universidad Católica de Lovaina, Bélgica*

Katherine Erazo  
*Universidad Nacional Autónoma de México*

Miguel Escurra  
*Universidad Nacional Mayor de San Marcos*

Marta Gil Lacruz  
*Universidad de Zaragoza, España*

Horst Gundlach  
*Universidad de Würzburg, Alemania*

Wilson López  
*Universidad Javeriana de Colombia*

José María Miranda  
*Universidad de Lisboa, Portugal*

Manolete Moscoso  
*Universidad del Sur de Florida, Estados Unidos de América*

Luis Oblitas  
*Universidad Iberoamericana, México*

José María Peiró  
*Universidad de Valencia, España*

María Raguz  
*Pontificia Universidad Católica del Perú*

Norma Reátegui  
*Universidad San Ignacio de Loyola, Perú*

Yolanda Robles  
*Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Perú*

Jean Marc Rottenbacher  
*Pontificia Universidad Católica del Perú*

Eduardo Salas  
*Universidad de Miami, Estados Unidos de América*

Hugo Sánchez  
*Universidad Ricardo Palma, Perú*

Sara Slapak  
*Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina*

Nelly Ugarriza  
*Universidad Ricardo Palma, Perú*

## Revisores

David Álvarez  
*Universidad ESAN, Perú*

Carlos Contreras  
*Universidad Autónoma de México, Iztapalapa*

Ana Esther Delgado  
*Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Perú*

Rafael Gargurevich  
*Pontificia Universidad Católica del Perú*

Dora Herrera  
*Pontificia Universidad Católica del Perú*

Lennia Mattos  
*Pontificia Universidad Católica del Perú*

Carlos Ponce  
*Universidad San Ignacio de Loyola, Perú*

Alicia Saldívar  
*Universidad Autónoma de México, Iztapalapa*

William Torres  
*Universidad Ricardo Palma, Perú*

Marco Villalta  
*Universidad de Santiago de Chile*

Alfredo Zambrano Mora  
*Universidad de Lausana, Suiza*

# persona

Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima  
21 (2) • Julio-diciembre 2018 • ISSN 1560-6139 • Lima, Perú

Incluida en:  
Latindex  
Dialnet  
PsicoDoc  
Redalyc  
OEI



FONDO EDITORIAL

---

---

La revista *Persona* se encuentra registrada en los siguientes sistemas de resúmenes biblio-hemerográficos y directorios:

Sistema de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)

<http://www.latindex.unam.mx/latindex/busquedas1/latin.html>

Servicio de índices electrónicos de la Universidad de la Rioja, España, para revistas e información bibliográfica (Dialnet)

<http://dialnet.unirioja.es/>

Base de Datos Bibliográficos especializada en Psicología y temas afines del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (PsicoDoc)

<http://psicodoc.copmadrid.org/psicodoc.htm>

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

<http://redalyc.uaemex.mx/htm>

Organización de Estados Iberoamericanos (OEI)

<http://www.oei.es.pe43.htm>

---

## **PERSONA**

Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima, Perú  
21 (2), julio-diciembre 2018

Universidad de Lima

Fondo Editorial

Av. Javier Prado Este 4600, Urb. Fundo Monterrico Chico, Lima 33

Apartado postal 852, Lima 100, Perú

Teléfono: (511) 437-6767, anexo 30131

[fondoeditorial@ulima.edu.pe](mailto:fondoeditorial@ulima.edu.pe)

[www.ulima.edu.pe](http://www.ulima.edu.pe)

Edición, diseño y carátula: Fondo Editorial

Imagen de portada: Peshkova/Shutterstock.com

Correspondencia: Facultad de Psicología  
[rleon@ulima.edu.pe](mailto:rleon@ulima.edu.pe)

Impreso en el Perú

Publicación semestral

Los trabajos firmados son de responsabilidad de los autores. Prohibida la reproducción total o parcial de esta revista, por cualquier medio, sin permiso expreso del Fondo Editorial.

ISSN 1560-6139

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú n.º 98-3139

# Índice/Content

La recepción del pensamiento de Ortega y Gasset en la obra de Olivér Brachfeld / The reception of Ortega y Gasset's thoughts in the work of Olivér Brachfeld <i>Virgili Ibarz Serrat</i>	11
Validación de la Escala de Satisfacción con la Vida y su relación con las dimensiones del autoconcepto en universitarios peruanos / Validation of the Satisfaction with Life Scale and its relationship with the dimensions of self-concept in Peruvian university students <i>Amparo Oliver, Laura Galiana, Varinia Bustos</i>	29
El constructo de "límite" y experiencias anómalas en psíquicos / The construct "limit" and anomalous experiences in psychics <i>Alejandro Parra, Juan Carlos Argibay</i>	45
Factores socioeducativos y sentido de coherencia asociados a la calidad de vida en adolescentes de Lima Metropolitana / Socio-educational factors and sense of coherence associated with quality of life in adolescents of Lima Metropolitan area <i>Mariela Dejo, María del Carmen Espinoza, Paola Gambini, Macarena Scarafia</i>	61
<i>Mindfulness, qigong</i> y su impacto en la salud / <i>Mindfulness, qigong</i> and their impact on health <i>Luis A. Oblitas, José Anicama, Raymundo Calderón, Robert Ferrel, Alexandra León, Andrea Liliana Ortiz</i>	79

Trastornos de personalidad y juego patológico en adolescentes y jóvenes con dependencia de las máquinas tragamonedas / Personality disorders and pathological gambling in adolescents and young people with addiction to slot machines <i>Luis S. Espinoza</i>	99
<b>Reseña / Review</b> <i>Narcisistas. Defiéndete y sobrevive en la era del egocentrismo</i> , de J. Burgo <i>Ramiro Infantas</i>	127
<b>Declaración de principios e instrucciones para las colaboraciones</b>	131



# Contribuciones

Persona, 21 (2), julio-diciembre del 2018  
Universidad de Lima  
Facultad de Psicología



# *La recepción del pensamiento de Ortega y Gasset en la obra de Olivér Brachfeld*

Virgili Ibarz Serrat  
Universitat Ramon Llull,  
Barcelona, España

Recibido: 9 de julio del 2018 / Aceptado: 20 de julio del 2018  
doi: 10.26439/persona2018.n021.3016

*En 1931, Olivér Brachfeld entrevistó a Ortega y Gasset para la revista Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie. En 1936, publicó Los sentimientos de inferioridad. En este artículo, a través de las sucesivas ediciones de la obra de Brachfeld, se analiza la recepción del pensamiento del filósofo español. Brachfeld piensa que Ortega y Gasset establece las bases para un análisis de la conducta fundado en los sentimientos autotestimativos, y formula una teoría de los sentimientos de inferioridad. Ortega y Gasset atribuye la soberbia a una reacción, a una disminución de nuestro ser, y la explica cuando dice que nuestro ánimo se revuelve y subleva contra una realidad que anula la estimación en que nosotros nos teníamos. Para ambos autores, el sentimiento de nivel da lugar a los sentimientos de inferioridad. El carácter de una sociedad dependerá del modo de valorarse a sí mismos de los individuos que la forman.*

---

sentimientos de inferioridad / sentimientos de superioridad / Alfred Adler

---

## **The reception of Ortega y Gasset's thoughts in the work of Olivér Brachfeld**

*In 1931, Olivér Brachfeld interviewed Ortega y Gasset for the Internationale Zeitschrift für Individual-Psychologie magazine. His book, Inferiority feelings, was published in 1936. In this article, we analyze the reception of Ortega y Gasset's thoughts through the successive editions of Brachfeld's work. Brachfeld argues that Ortega y Gasset establishes the foundations for a behavior analysis grounded on the feelings of self-esteem, and formulates a theory of inferiority feelings. Ortega y Gasset claims that arrogance results from a reaction, a diminution of our being, and explains it when he states that our spirit revolts and rebels against a reality that destroys our self-esteem. For Ortega y Gasset and Brachfeld, the level of this feeling gives rise to inferiority feelings. Thus, the nature of a particular society will depend on the way its members value themselves.*

---

inferiority feelings / superiority feelings / Alfred Adler

---

Correo electrónico: [virgiliis@blanquerna.url.edu](mailto:virgiliis@blanquerna.url.edu)

Persona 21 (2), julio-diciembre del 2018, ISSN 1560-6139, pp. 11-27

## INTRODUCCIÓN

Olivér Brachfeld nació en 1908 en Budapest. No pudo acceder a la universidad de su ciudad porque el régimen de extrema derecha que gobernaba Hungría le prohibió cursar sus estudios. Por este motivo, se trasladó a Viena para estudiar en aquella universidad. Allí conoció a Alfred Adler y entró a formar parte de su círculo de seguidores más próximos.

En 1927 fue admitido en la Universidad Pázmány Péter de Budapest, donde se matriculó en Filología de Lenguas Románicas, y, en 1929, terminó sus estudios en la Universidad de Budapest. Entonces decidió hacer su tesis doctoral sobre Violante (1215-1251), la hija del rey de Hungría, casada con Jaime I (1208-1276), rey de Aragón y Cataluña, por lo que viajó a Barcelona.

Brachfeld regresó a Budapest para defender su tesis doctoral. Sin embargo, la corta estancia en Barcelona tuvo una influencia decisiva en su vida. Quedó muy impresionado por el ambiente cultural y científico que encontró. Esto, unido a la amabilidad y hospitalidad de la gente, le hizo tomar la decisión de establecerse ahí.

No obstante, tardó dos años para poder llevar a cabo esta determinación. Durante ese tiempo, cursó estudios en la Sorbona de París, donde obtuvo el *Diplôme d'Études Supérieures*, a la vez que asistía a otros centros universitarios, como el Institut Catholique y el Instituto de Psicología de París.

En 1931 llegó por segunda vez a Barcelona, donde rápidamente llamó la atención de los círculos intelectuales y

culturales, en los que se introdujo con gran entusiasmo. Hemos de tener en cuenta que en ese año se proclamó la Segunda República en España y el ambiente cultural era extraordinario. A partir de 1931 empieza una de las épocas más felices de Brachfeld, que entonces tenía 23 años. Destacó como conferenciante muy prolífico: pronunció conferencias en centros culturales, ateneos, universidades, y organizó cursos y seminarios.

En estos actos públicos, escogía temas de literatura, historia, filosofía, sociología y, especialmente, divulgó la psicología profunda de la “nueva escuela vienesa”, con sus dos principales representantes: Freud y Jung. Pero, de forma paralela, siempre quiso resaltar las teorías de la psicología individual, a cuyo autor, Alfred Adler, consideraba su maestro. En tal sentido, editó en Barcelona una revista cultural, titulada *Europa*, y creó un grupo de trabajo de psicología individual.

En 1936 estalló la guerra civil en España. Durante los primeros años, Brachfeld colaboró con los medios culturales de la República. En 1938 se casó con una joven barcelonesa. Sin embargo, a consecuencia del avance de las fuerzas franquistas sobre Barcelona, no tuvo otra opción que abandonar España y mudarse a París.

Durante la Segunda Guerra Mundial, en París era difícil desarrollar actividades culturales o académicas. En 1942 Brachfeld regresó a Barcelona y reemprendió las actividades a las que se dedicaba antes de la guerra civil, en los ámbitos de las conferencias, los artículos, las traducciones, las asesorías de editoriales, etcétera. Pero el

ambiente era muy diferente al de la época republicana. Además, su gran aspiración siempre había sido dedicarse a las actividades académicas como profesor universitario.

En 1950, cuando ya habían pasado ocho años de su regreso de París, se hubo de rendir a la evidencia de que mientras estuviese vigente el régimen del general Franco no tendría la oportunidad de ser profesor universitario y decidió, finalmente, trasladarse a Venezuela. El Ministerio de Cultura y Ciencia de Venezuela le ofreció un contrato como profesor en la Universidad de Los Andes, en la ciudad de Mérida. Brachfeld participó en congresos en diversos países europeos, Estados Unidos y Canadá. En 1955 fue elegido presidente de la Sociedad Interamericana de Psicología, cargo que ejerció durante dos años, y, posteriormente, presidente de The Interamerican Society of Psychology.

En 1954 se suprimió su cátedra de la Universidad de Los Andes y regresó a Barcelona con su familia. Muy pronto vio que en España la situación continuaba igual. Durante un tiempo realizó diversos trabajos por encargo. Pero a finales de 1959 se vio forzado de nuevo a dejar Barcelona.

Brachfeld aceptó la invitación de la Universidad de Colonia, en la República Federal Alemana, esperando encontrar un ambiente menos hostil, más comprensivo que el de Barcelona. No obstante, al principio tuvo que afrontar reticencias y oposiciones por parte de las autoridades académicas. Uno de los problemas era el de su nacionalidad y documentación, ya que, después de haber vivido la mayor parte de los últimos 28 años en Barcelona, se

encontraba sin nacionalidad y, por lo tanto, viajaba como un ciudadano apátrida. Para desplazarse tenía que utilizar uno de los llamados *pasaportes Nansen*, creados por las Naciones Unidas para los refugiados.

Finalmente, durante los seis años siguientes, mantuvo un contrato de profesor en la Universidad de Münster, en Westfalia, República Federal Alemana. Aquí impartió cursos y conferencias en diferentes instituciones universitarias, en centros de educación popular, en la radio y televisión. Continuó escribiendo numerosos artículos y colaboró en diarios y publicaciones científicas. Hemos observado que los temas que más aparecen en sus trabajos son los relacionados con la psicología social. El interés de Brachfeld por la sociología y su relación con la psicología adleriana se pone de manifiesto en sus artículos publicados en la *Revista Internacional de Sociología*.

El Ministerio de Cultura y Educación de la República Federal Alemana le ofreció incorporarse al Programa de Intercambio Cultural y Académico de científicos alemanes con el exterior, concretamente con Hispanoamérica. En el marco de este programa, fue a Bogotá, donde permaneció durante dos años (1965 y 1966), y posteriormente a Quito, durante el curso académico 1966-1967. En Quito, en plena actividad, el 2 de septiembre de 1967, murió inesperadamente a causa de un ictus.

## LA OBRA DE BRACHFELD

Durante la primera estancia en Barcelona, Brachfeld mantuvo una intensa colaboración con el editor Luís Miracle y con la

editorial Apolo, que publicaban obras de psicología. Destacan la *Teoría del psicoanálisis*, de Jung, con traducción y prefacio de Brachfeld (Jung, 1935); *El problema del homosexualismo y otros estudios sexuales*, de Adler, con traducción y prefacio de Brachfeld (Adler, 1936); *El sentido de la vida. Nuevas perspectivas de psicología individual*, de Adler, con traducción de Brachfeld (Adler, 1941). Brachfeld seguía con atención las publicaciones europeas de los psicólogos alemanes, austriacos, suizos, etcétera. Tradujo obras de Piaget, Bühler, Künkel, Allers, Hochstädter, entre otros.

Además de su actividad como conferenciante, traductor y editor, Brachfeld es autor de diversos libros de psicología, entre los que destaca *Los sentimientos de inferioridad* (Brachfeld, 1936a [1970]), su obra magna. Ampliada y reformada, tuvo cuatro ediciones en España y tres no autorizadas en Hispanoamérica (México, Chile y Argentina). Ha sido traducida al inglés, alemán, francés, danés y sueco. Las dos últimas ediciones se han hecho en Alemania y en Hungría en el 2002. Más adelante analizaremos esta obra.

El año en que se produjo el estallido de la guerra civil en España, se publicó un nuevo libro de Brachfeld, *El examen de la inteligencia de los niños* (1936b), dedicado a Emilio Mira y López. En 1946, sale a la luz *Psicología del jefe. Su formación y su misión* (Carrard, 1946), traducido por Brachfeld; y, en 1949, *La psicología y sus aplicaciones* (Bernard, 1949), con un estudio preliminar de nuestro autor. Este libro fue publicado por la editorial Olivér

Brachfeld. En 1949, aparecen dos nuevas obras: *Los complejos de inferioridad de la mujer. Introducción a la psicología femenina* (Brachfeld, 1949a) y *Cómo interpretar los sueños* (Brachfeld, 1949b).

Ramón León ha analizado la figura y la obra de Brachfeld. En el artículo “Rumbo al Nuevo Mundo: cuatro psicólogos de Europa Oriental en la historia de la psicología en América del Sur” (1997), afirma que su vida y obra dan la impresión de una actividad ininterrumpida, plasmada en una inmensa cantidad de publicaciones. Sin embargo, precisa que estas son más bien estudios bibliográficos dedicados a la historia, la literatura, la sexología y la psicología adleriana, con una clara demostración de erudición.

León piensa que Brachfeld estaba más dotado para el trabajo bibliográfico minucioso y para la investigación histórica, literaria y psicohistórica que para el trabajo experimental y el estudio psicométrico. Sin embargo, aunque Brachfeld influyó poco en el desarrollo de la psicología como ciencia y como profesión en América del Sur, participó activamente en los primeros años de lo que hoy es la más importante asociación psicológica en América Latina, la Sociedad Interamericana de Psicología. León (2000) analiza el aporte de Brachfeld a la psicología a través de las páginas de la revista *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie*, y destaca que su enfoque en los artículos publicados es el histórico-literario.

Mestre y Carpintero (1988) examinan la introducción de las ideas de Adler en España. Ambos señalan que “Ortega y

Gasset expuso breve, pero directa y claramente la sustancial coincidencia de su pensamiento con las líneas centrales de la psicología de Adler en una entrevista que le hizo en 1931 Olivér Brachfeld para la revista de psicología adleriana” (p. 57). Para estos autores, la proximidad y reconocimiento de Ortega y Gasset hacia la obra de Adler influyó también en el círculo de sus discípulos.

### LA FILOSOFÍA DE ORTEGA Y GASSET

Ortega y Gasset nació en 1883 en Madrid, en el seno de una familia liberal relacionada con la prensa. Estudió en la Universidad de Madrid y completó sus estudios universitarios en Alemania. En 1929, dimitió de su cátedra en la Universidad de Madrid, por disconformidad con la dictadura del general Primo de Rivera, y prosiguió impartiendo sus clases en un teatro, lo que le aportó una gran popularidad. Fundó el periódico *El Sol* y la prestigiosa *Revista de Occidente*, donde se tradujeron al español las obras más significativas del pensamiento alemán. Se exilió al finalizar la guerra civil y no regresó a España hasta el final de la Segunda Guerra Mundial, en 1945. Permaneció en Madrid, al margen de las instituciones oficiales, hasta su muerte en 1955.

Ortega y Gasset sostiene que la actividad filosófica ha de partir de lo más inmediato. El sentido de nuestro yo lo podemos captar conjuntamente con el contexto en que mi yo, mi vida, tiene lugar. “Yo soy yo y mi circunstancia” dice una de sus ocurrencias más repetidas. “Yo” y “mundo” (“circunstancia”) constituyen una unidad indivisible, donde

cada una de las partes es imprescindible para entender la otra.

Para Ortega y Gasset, la verdad, el universo, la vida, están compuestos de infinidad de facetas que miran hacia un individuo. Cada persona, en combinación con su circunstancia, se encuentra en una posición en el mundo única e irrepetible. A cada uno de nosotros se le ofrece una perspectiva diferente de la realidad, se le manifiesta una de sus infinitas caras. No es solo una cuestión física del espacio (como ahora: estoy sentado a la derecha, y en frente tengo una perspectiva diferente de la computadora de la que tú tienes), ya que encima de la posición física se coloca la mental o intelectual e, incluso, la valorativa o moral.

Podemos deducir la importancia de la metáfora del espectador aplicada a la mente humana. Desde el observatorio de mi vida, soy un espectador privilegiado, no porque la realidad se ha de ajustar a mi visión, ni tampoco porque haya escenarios especiales desde los cuales nos sea posible captar la realidad como un todo o como es verdaderamente, porque estas posibilidades no son más que ilusiones. Lo que hace privilegiada la posición del espectador es su condición singular: para cada uno de nosotros solo hay un yo en *mi* circunstancia.

Las obras más conocidas de Ortega y Gasset son *Meditaciones del Quijote* (1914), *El espectador* (1916), *España invertebrada* (1921), *El tema de nuestro tiempo* (1923), *La rebelión de las masas* (1930), *La historia como sistema* (1935), *¿Qué es filosofía?* (póstuma) y *Unas lecciones de metafísica* (póstuma).

## APORTACIONES DE ORTEGA Y GASSET A LA PSICOLOGÍA

Para Brachfeld (1936a [1970]), “falta aún un análisis concienzudo de las derivaciones para la psicología que nos brinda implícitamente el rico hontanar filosófico del pensamiento de Ortega y Gasset” (p. 506). Él recuerda las entrevistas con el filósofo español, que pusieron de manifiesto algunas analogías entre su psicología y la de Adler, así como su recomendación, que hizo posible que las primeras obras del psicoterapeuta austriaco se publicasen en España. Brachfeld hace referencia a una segunda entrevista con Ortega y Gasset, pero no dice la fecha en que tuvo lugar. Creemos que se produjo después de la publicación de la obra *Goethe desde dentro* (Ortega y Gasset, 1932). Brachfeld piensa que, aunque el filósofo nunca se haya dedicado a desarrollar con detalle sus ideas acerca de la psicología humana, casi todas sus obras son implícitamente una contribución al conocimiento del hombre.

Brachfeld considera que existen vocablos que se ponen en circulación bajo una firma conocida que los avala, lo que representa cierta garantía de su valor. Si decimos *perspectivismo*, sabemos perfectamente que ese concepto está garantizado por Ortega y Gasset. En nuestra opinión, en el “Prólogo-conversación” de *Goethe desde dentro* (1932), podemos apreciar la concepción del *perspectivismo* de Ortega y Gasset. En esta “conversación” entre Ortega y Gasset y Fernando Vela (1888-1966), secretario de redacción de la *Revista de Occidente*, el filósofo español expone la importancia que en la evolución literaria

tiene el romanticismo, que es la rebelión del individuo contra los gremios.

Ortega y Gasset (1932 [2017]) analiza la influencia del romanticismo en la arquitectura, la escultura, el teatro y el cinematógrafo. Advierte que esta teoría no es una teoría independiente en su obra: “Es la teoría general de mi obra: el *perspectivismo*. Pero no es el ‘punto de vista’ en el sentido idealista, sino al revés: es que lo visto, la realidad, es también punto de vista” (p. 116).

Brachfeld propone que todas las ideas básicas de las teorías adlerianas se encuentran ya, en germen, en la obra de Pierre Janet (1859-1947). Adler nunca negó la influencia de las obras de Janet, y en varios de sus libros cita su nombre y su concepto de “sentimiento de incompletud”. Cuando Janet habla de la “sobreestimación” y de la “subestimación” que caracterizan los estados delirantes, llega hasta el umbral de un sistema de “psicología estimativa”, sin atreverse a franquear la entrada en esa tierra prometida.

Para Brachfeld, un primer intento en este sentido sería el conjunto de las teorías adlerianas. Considera que Ortega y Gasset y Max Scheler (1874-1928) habían entrevistado, en forma de observaciones filosóficas, la importancia de elaborar una disciplina de esta índole. Adler, un hombre un tanto limitado y sencillo, pero genial, realizó sin saberlo un viejo postulado que se remonta hasta Auguste Comte (1798-1857): “Partir decididamente en dos la psicología, estableciendo una zona inferior y otra superior” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 117). La primera zona estaría dedicada a dilucidar problemas de “inspiración fisiológica”, y la



segunda estudiaría cuestiones que engendra el hecho de la consociación humana, de “inspiración sociológica”.

Brachfeld considera que la mejor exposición católica de las teorías adlerianas es la obra *Das Werden der sittlichen Person*, de Rudolf Allers (1883-1963). Él piensa que las conferencias dadas por Allers en Madrid dejaron cierta huella en los *Estudios sobre el amor* de Ortega y Gasset. La obra de Adler es el primer intento de construir una psicología de la “estimación” de sí mismo y de los demás. “Doctrina postulada, con completa independencia de él, por Max Scheler, por Ortega y Gasset, y en el plano social y político, por Henri de Man” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 160). De acuerdo con Brachfeld, la influencia de Adler sobre Ortega y Gasset fue muy profunda, aunque nadie la ha puesto de relieve, ni siquiera él mismo en la primera entrevista de 1931, dedicada a ciertas concordancias entre ambos autores, basada en las declaraciones del filósofo. La verdadera influencia de Adler sobre Ortega y Gasset parece haber empezado a partir de aquella entrevista.

La frase orteguiana “La vida nos está no impuesta, sino propuesta” parece una ingeniosa traducción al castellano, salvando hasta el retruécano del original: “*Das Leben ist uns nicht gegeben, sondern aufgegeben!* [Vivir es proyectarse]” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 161). Para Brachfeld, todos los otros asertos de Ortega acerca de “la vida como proyecto” acusan la paternidad del *Lebensplan* [plan de vida] adleriano. Y “Yo soy yo y mi circunstancia” y el “perspectivismo” producen a menudo la impresión de haber sido inspiradas por la “ideología

adleriana”. Sin embargo, Brachfeld (1936a [1970]) precisa que “el maestro español, siempre tan quisquilloso en cuanto a su ‘originalidad’ [...], sin duda no hubiera admitido estas ‘influencias’, que pueden probarse con los textos en la mano” (p. 161). Dice que en la entrevista Ortega y Gasset solo señalaba “concordancias” (como, por ejemplo, su idea de “vivir hacia el mundo”).

Al analizar la obra *Der Aufbau des Organismus*, de Kurt Goldstein (1878-1965), destaca frases como “El tener un mundo circundante presupone, pues, siempre, cierta forma dada (*Gegebenheit*) del organismo; ¿cómo podría entonces estar determinado tan solo por este? El mundo circundante nace del ‘mundo’ a secas, tan solo cuando existe un organismo ordenado” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 180). Brachfeld nos indica que advertimos la concordancia del “mundo circundante” con el “Yo soy yo y mi circunstancia” de Ortega y Gasset.

Para examinar la envidia, los sentimientos de inferioridad y el problema de la autenticidad, Brachfeld cita una frase de Goethe: “Antes de querer hacer algo, es preciso ser algo”. El estudio de los sentimientos de inferioridad nos lleva al problema señalado por Goethe, en torno al cual gravita una fuerte tendencia de la filosofía moderna. En filosofía se admite que el hombre existe, y que, además, es. Para Brachfeld, sería preciso que pudiera ser él mismo. Ese *Selbst-Sein* alemán podría traducirse por el término latino *ipseidad*. Su más hermosa y conocida expresión es la frase de Nietzsche (1844-1900): “*Werde, der du bist!* [¡Conviértete en lo que eres!]”. La frase de Ortega y Gasset: “¡Seamos

auténticos!” hace referencia al problema de la autenticidad.

## LOS SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD PARA BRACHFELD

En el preámbulo a la primera edición francesa (1939) y segunda edición española (1944) de *Los sentimientos de inferioridad*, Brachfeld expone que el “complejo” psicológico con el que se relacionan todos los fenómenos de la vida moderna merecería llamarse sencillamente *complejo de Gulliver*, y podría ser considerado como la esencia misma de la psicología del ser humano. Cada uno de nosotros es un Gulliver: cuando sufrimos la sensación opresora de nuestra impotencia y de nuestras flaquezas ante problemas que solo unos gigantes podrían resolver; en cambio, cuando leemos en el diario la noticia de un triunfo de nuestro equipo de fútbol, nos sentimos como el simpático gigante del país de Lilliput, salido de la imaginación de Jonathan Swift (1667-1745).

Todos vivimos bajo el signo de Gulliver. Brachfeld precisa que si tuviera que reprochar algo a Adler sería el no haber bautizado su sistema, la psicología comparada del individuo —nombre poco feliz, ya que provoca toda clase de equívocos—, sencillamente como *psicosíntesis*, y el complejo de inferioridad y superioridad, como complejo de Gulliver.

Para Brachfeld, existe otro motivo para invocar el nombre de Gulliver. Es una costumbre oponer al sentimiento de inferioridad el sentimiento o “complejo” de superioridad, el cual no es, en realidad, sino la mera consecuencia de aquel, y no su contrario.

El complejo de superioridad oculta, casi siempre, un sentimiento de inferioridad más profundo, ya que en el fondo es uno de sus síntomas. “Parece, pues, preferible abarcar bajo una denominación común ambos fenómenos tan íntimamente enlazados entre sí, y como símbolo de su unión nada parece más indicado que el nombre de Gulliver” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 25).

La experiencia gulliveriana consiste esencialmente en un cambio de perspectiva: dicho cambio es inherente a toda la vida humana. Es, además, el objetivo de todo análisis psicológico, ya que se busca cambiar el punto de mira del enfermo. Por regla general, se trata de quitar importancia a todo cuanto el neurótico exagera y sobrestima como dificultad, y, por el contrario, magnificar el sentimiento del propio valor, si se posee en grado insuficiente o inadecuado. Cada biografía anímica de neuróticos es una verdadera novela, y estas novelas están llenas de situaciones “gulliverianas”.

En el prólogo a la tercera edición española, Brachfeld dice que el hecho de que esta nueva edición en lengua española aparezca en la editorial Luís Miracle, de Barcelona, parece simplemente lógico. En esta editorial, se publicó en 1941 *El sentido de la vida*, de Adler, traducido por Brachfeld. No era la primera obra de Adler que aparecía en castellano, pero iba a ser la que llamaría más la atención. El psiquiatra y psicoanalista Ramón Sarró (1900-1993) escribió el prólogo.

Para Sarró, la psicología de Adler es la que más “conviene” al espíritu de los hispanos. Para Brachfeld, es una observación interesante, ya que Sarró se inclina más

bien a la observancia freudiana, “hermana enemiga”. No cabe la menor duda, puesto que el español oscila entre los polos opuestos de la autoestimación. Podría aplicársele muy bien los famosos versos de Goethe: “*himmelhoch jauchzend, / zu Tode betrübt*”.

“O se desborda hasta el cielo, o se siente deprimido mortalmente” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 10). Sin duda, para Brachfeld, este rasgo del carácter del peculiar ser de los hispanos, “*audax Japheti genus*”, explica la buena acogida de una obra que intenta situar los fenómenos anímicos humanos, tanto individuales como colectivos, en torno al eje de los sentimientos de inferioridad y superioridad. La cuarta edición española fue publicada en 1970, cuando ya hacía tres años que había fallecido su autor.

#### LOS SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD PARA ORTEGA Y GASSET

Brachfeld piensa que Ortega y Gasset sienta las bases para un análisis de la conducta basado en sentimientos autoestimativos. En 1923, en el primer número de la *Revista de Occidente*, el filósofo español publica el ensayo “Para una topografía de la soberbia española. Breve análisis de una pasión”. En 1932, aparece de nuevo junto con otros ensayos en *Goethe desde dentro*. Para Brachfeld, Ortega y Gasset emite una teoría del sentimiento de inferioridad. Para este autor, la soberbia es nuestra pasión nacional. El hombre español es soberbio, infinitamente soberbio. Esta soberbia adquiere en algunas regiones peninsulares, sobre todo en Vasconia, formas extremas. Ortega y Gasset expone que su análisis puede servir

de contribución para que un día se haga la topografía de la soberbia española, que se extiende por todo el territorio modulado en los giros más diversos: solo aparente en unas tierras, solo subterránea en otras. Y se pregunta: ¿qué es la soberbia?

El ingreso más fácil a la anatomía de la soberbia se obtiene partiendo de un fenómeno que, con mayor o menor frecuencia, se produce en todas las almas. Averigua un artista que otro se tiene o es tenido por superior a él. En algunos casos, tal averiguación no suscita en su interior ningún movimiento pasional. Esta superioridad sobre él que el prójimo se atribuye a sí mismo, u otros le reconocen, se encuentra como prevista en su ánimo; con más o menos claridad, se sentía de antemano inferior a aquel otro hombre. (Ortega y Gasset, 1923 [2017], pp. 174-175)

Para Ortega y Gasset, la valoración que el artista ahora encuentra declarada en el exterior coincide con la que, tal vez sin formular, existía dentro de sí. Pero, en otros casos, el efecto de esta averiguación es muy distinto. El hecho de que el otro artista se tenga o sea tenido en más que él produce una revolución en sus entrañas espirituales. La contradicción entre la que él cree su verdadera relación jerárquica y la que ve afirmada por los otros es tal que, si la aceptase, sería tanto como aceptar su propia anulación. La raíz misma de su individualidad sufre una herida que provoca un sacudimiento de toda la persona. Su energía espiritual se concentra como un ejército y ejecuta una íntima afirmación de sí mismo y de su derecho al rango disputado.

Como los gestos que expresan las emociones son simbólicos, el individuo se yergue un poco mientras íntimamente reafirma su fe en que vale más que el otro. Al sentimiento de creerse superior al otro le acompaña una erección del cuello y la cabeza, que tiende a hacernos físicamente más altos que el otro. La emoción que se expresa en ese gesto es nombrada finamente *altanería* en castellano. Fácilmente reconoceremos en esta descripción lo que suele denominarse un movimiento de soberbia.

Se ve, pues, que Ortega y Gasset atribuye la soberbia a una reacción, a una disminución de nuestro ser —lo que corresponde exactamente a la voz empleada por los alemanes para esta clase de reacciones: *Minderwertigkeits-Gefühl* (sentimiento de minusvalía)—, y a la amenaza de la opinión que acerca de nuestro propio valor hemos tenido. (Brachfeld, 1936a [1970], p. 508)

Brachfeld precisa que Ortega y Gasset explica muy bien la soberbia cuando dice que nuestro ánimo se revuelve y subleva contra una realidad que anula la estimación en que nosotros nos teníamos. Esa realidad nos parece fraudulenta, y con ese movimiento interior, tendemos a borrarla y corregirla, al menos en el ámbito de nuestra conciencia. Las conclusiones del filósofo español contienen el germen de toda una teoría psicológica, la misma que Adler desarrolla viniendo de otros páramos: los de la medicina y la psicoterapia. La descripción de la soberbia le proporciona a Ortega y Gasset la ventaja de situarse “inmediatamente ante la zona psíquica donde la soberbia brota. En efecto, esas íntimas

sublevaciones del ‘amor propio’ nos revelan que en el último fondo de nuestra persona llevamos, sin sospecharlo, un complicadísimo balance estimativo” (Ortega y Gasset, 1923 [2017], p. 176).

Para Brachfeld, Pierre Janet llegó muy cerca de esta apreciación, pero nadie ha sabido dar tanta gracia y elegancia a la expresión de este pensamiento como Ortega y Gasset, que lleva más lejos su penetrante análisis:

Cuando arrojamos objetos de varia densidad en un líquido, quedan a poco colocados en distinto nivel. Esta localización resulta del dinamismo que unos sobre otros ejercen. Imagínese que los objetos gozasen de sensibilidad. Sentirían su propio esfuerzo, que los mantiene a mayor o menor altura; tendrían lo que podemos llamar un sentimiento del nivel. (Ortega y Gasset, 1923 [2017], p. 176)

Brachfeld dice que este sentimiento del nivel es el que da lugar a los sentimientos de inferioridad. Piensa que Ortega y Gasset llega al mismo resultado desde un punto de partida muy diferente de aquel del que parte la escuela adleriana. Para el filósofo español, entre los ingredientes que componen nuestro ser, el sentimiento del nivel es uno de los decisivos. Nuestro modo de comportarnos depende del nivel humano que nos atribuyamos. El carácter de una sociedad dependerá del modo de valorarse a sí mismos los individuos que la forman. “Por eso podría partir de aquí, mejor que de otra parte, una caracterología de los pueblos y razas” (Ortega y Gasset, 1923 [2017], p. 176).

Ortega y Gasset (1923 [2017]) expone que hay dos maneras de valorarse a sí mismo radicalmente distintas. Hay hombres que se atribuyen un determinado valor, mirándose a sí mismos. Esta es una valoración espontánea. Hay otros que se valoran a sí mismos mirando a los demás y viendo el juicio que merecen. Esta es una valoración refleja. “Apenas habrá un hecho más radical en la psicología de cada individuo” (p. 176).

Para unos, lo decisivo es la estimación en que se tengan; para otros, la estimación en que sean tenidos. La soberbia solo se produce en individuos del primer tipo; la vanidad, en los del segundo. Ambas tendencias tienen dos sentimientos opuestos de gravitación psíquica. La psique que se valora de forma refleja pondera hacia los demás y vive de su periferia social. A la psique que se valora espontáneamente no le influyen las opiniones de los demás. Por esta razón, no cabe imaginar dos pasiones más antagónicas que la soberbia y la vanidad. “La vanidad es una pasión periférica que se instala en lo exterior de la persona, en tanto que el soberbio lo es en el postrer fondo de sí mismo” (Ortega y Gasset, 1923 [2017], p. 177).

Para Brachfeld, la autoestimación es un hecho eminentemente social. Solo puede brotar en sociedad, como resultante de la comparación con los demás, comparación que es inconsciente y poco violenta en el caso de la persona normal, y exagerada y enfermiza en el proceso de los sentimientos de inferioridad. A esto parece aludir Ortega y Gasset al decir que “el individuo se atribuye un rango en vista del que juzga corresponder al prójimo”. Brachfeld piensa

que la soberbia queda equiparada o por lo menos aproximada a los resentimientos. Lo que Ortega y Gasset define como soberbia también es extensible al resentimiento, y se puede aplicar a lo que se oculta en el fondo de ambos: “el radical sentimiento de disminución de la personalidad, de menos valor, de insuficiencia e inferioridad” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 511). Precisa que el hombre que se valora espontáneamente no tendrá en cuenta la valoración de los demás; pero esto no quiere decir que para valorarse no atiende a lo que valen los demás. La valoración espontánea puede ser humilde, justa, delicada y certera. El individuo se atribuye un rango en vista del que juzga corresponder al prójimo.

Al llegar a esta altura del análisis, divisamos con claridad lo que es la soberbia para Ortega y Gasset: un error por exceso en el sentimiento de nivel. Cuando este error es limitado y se reduce a nuestra relación jerárquica con los otros, no llega a colorear el carácter de la persona. Pone unos puntos de soberbia, pero no lo convierte en un hombre soberbio. Cuando el error es constante, el individuo vive en perpetuo desequilibrio de nivel, el gesto de engreimiento se hieratiza en la persona y le presta un hábito altanero.

La soberbia es una enfermedad de la función estimativa. El error persistente en nuestra propia valoración implica una ceguera para los valores de los demás. La función estimativa, encargada de percibir los valores que existen, se halla vuelta hacia el sujeto, que, incapaz de mirar en torno, no ve las cualidades del prójimo. No es que el soberbio se haga ilusiones

sobre su propia excelencia, sino que a toda hora están patentes a su mirada los valores suyos, pero nunca los ajenos. No se puede curar la soberbia si se la trata como una ilusión, como una alucinación.

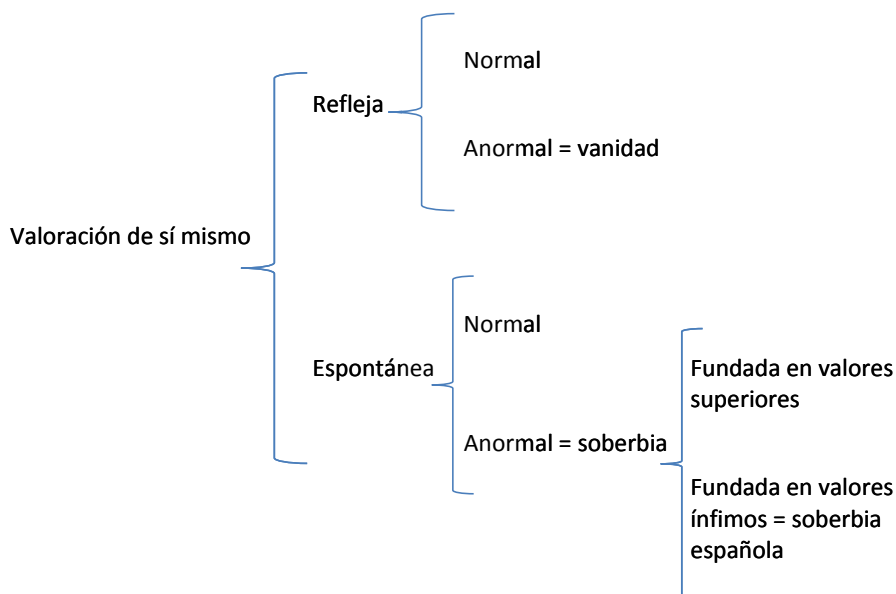
De acuerdo con Ortega y Gasset, lo contrapuesto a la soberbia es, más que la humildad, la abyección. El hombre abyecto es el que no se estima a sí mismo. Su función estimativa no percibe los valores ajenos a toda persona. No le podemos exigir dignidad de su conducta, ya que un acto digno le parecería un fraude, porque le invitaría a estimarse a sí mismo. La soberbia es oriunda de una ceguera psíquica para los valores humanos que no estén en el sujeto mismo.

La soberbia supone, para el filósofo, una psicología en que se da exagerada tendencia a gravitar la psique hacia dentro de sí misma, a bastarse a sí misma. Con agudo diagnóstico, se llama vulgarmente a la soberbia *suficiencia*. El soberbio se basta a sí mismo

porque ignora lo ajeno. Los soberbios suelen ser herméticos, cerrados a lo exterior, sin curiosidad, que es una especie de porosidad mental. Temen morbosamente al ridículo. “Viven en perpetuo gesto anquilosado, ese gesto de gran señor, esa ‘grandeza’ que a los extranjeros maravilla siempre en la actitud del castellano y del árabe” (Ortega y Gasset, 1932 [2017], p. 178).

Ortega y Gasset (1932 [2017]) piensa que la raza española es misoneísta. Aceptar una novedad nos humillaría porque equivale a reconocer que antes no éramos perfectos, que fuera de nosotros quedaba aún algo bueno por descubrir. Al español castizo toda innovación le parece una ofensa: “Esto lo advertimos a toda hora los que nos esforzamos por refrescar un poco el repertorio de ideas alojadas en las cabezas peninsulares” (p. 178).

Para el filósofo, el análisis psicológico de este ensayo puede reducirse al siguiente



esquema de conceptos (Ortega y Gasset, 1932 [2017], p. 181):

Para Brachfeld (1936a [1970]), el análisis de Ortega y Gasset sobre la soberbia española confirma las apreciaciones de otros autores sobre el *nil admirari* español. Y precisa: “Lo que Ortega dice sobre las diversas fisonomías de la soberbia pertenece ya a nuestra obra en preparación *El complejo de superioridad*” (p. 512).

#### LOS SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD-SUPERIORIDAD DE LOS CATALANES

De acuerdo con Brachfeld, la pertenencia a una nación pequeña puede ser causa, a menudo, de complejos de inferioridad-superioridad muy *sui generis*. Sin tener en cuenta este factor, es muy difícil comprender el fenómeno de los nacionalismos exacerbados de las pequeñas naciones, que propenden a considerarse como el ombligo del mundo y cultivan el etnocentrismo más exagerado y cándido. “Valdría la pena estudiar algún día el complejo de inferioridad de los catalanes, sumamente distinto del de otros pequeños pueblos, así como sus curiosas compensaciones ideológicas” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 513). Los catalanes, durante mucho tiempo, se han sentido superiores a los demás pueblos de España a raíz de sus mayores realizaciones comerciales e industriales, aunque comparadas con las de otras naciones europeas no pasarían de ser mediocres.

Brachfeld propone que la importancia del separatismo catalán ha sido exagerada, ya que los separatistas no han constituido nunca más que una minoría, y las mejores

mentes catalanas solo aspiraban a una u otra forma de autonomía dentro de un sistema federal. Se podría escribir una historia desapasionada del catalanismo político, fenómeno típico y profundamente español, como ya lo intuyó Unamuno: “Era el resultado de una serie de malas inteligencias recíprocas entre *castellans* (españoles no catalanes) y *catalans*, agravada por la falta de la debida comprensión” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 514).

Según Brachfeld (1936a [1970]), es psicológicamente comprensible el resentimiento anticeutralista de los catalanes, de 1909 a 1936, contra el resto de España, y sobre todo contra Madrid, “que ni siquiera un Ortega y Gasset pareció haber comprendido, como lo comprendiera Unamuno, hombre a su vez de múltiples resentimientos muy hispánicos” (p. 514). Precisa que, al analizar el resentimiento catalán, Ortega y Gasset no emplea nunca la palabra *resentimiento* con acentos estimativos, sino tan solo como nombre de determinado fenómeno anímico, como una mera categoría psicológica y diagnóstica. Piensa que el catalanismo político, cuyo ciclo se cerró en 1936, fue un complicado, aunque en el fondo sencillo, fenómeno socioeconómico-psicológico, cuyo motor anímico era el resentimiento, engendrado por un violento complejo de inferioridad-superioridad. Las raíces psicológicas de este resentimiento “son las mismas que alimentaron, animan y alimentarán aún durante mucho tiempo la ideología de todos los pequeños pueblos” (Brachfeld, 1936a [1970], p. 515).

Brachfeld participó en el nacionalismo catalán durante su estancia en Barcelona.

Ortega y Gasset había explicado cómo debía ser el Estado ideal. Su modelo de Estado territorial no tenía conciencia de la excepcionalidad de Cataluña ni del País Vasco. No fue él quien retiró sus propuestas, sino la política práctica. Brachfeld no cita ningún texto cuando habla de la incompreensión de Ortega y Gasset del fenómeno nacionalista catalán. Creemos que Brachfeld tiene en cuenta los discursos del filósofo español sobre el Estatuto de Cataluña en las Cortes Generales de 1931 y 1932.

Salvador de Madariaga (1886-1978), en 1953, criticó el apoyo de Brachfeld al nacionalismo catalán y expuso en una carta a la *Revue de Psychologie des Peuples* que los catalanes tenían un “sentimiento de superioridad” injustificado (Brachfeld, 1936a [1970], p. 515). Para Brachfeld, Madariaga no se da cuenta de que se trata de una “compensación” y no parece comprender que estos sentimientos están engendrados por un complejo de inferioridad-superioridad.

El 13 de mayo de 1932, Ortega y Gasset interviene en el debate sobre el Estatuto de Cataluña. Cuando defiende la idea de *conllevancia*, de adaptación resignada de dos sociedades, él “está en sintonía con el abogado catalán Amadeo Hurtado (1875-1950), que le ha escrito privadamente la misma idea de ‘conllevarnos’, y no está lejos de lo que cree Joan Estelrich (1896-1958)” (Gracia, 2014, p. 474).

María Zambrano (1904-1991) le confiesa a Ortega y Gasset que ha sentido una “emoción técnicamente religiosa”, viéndole hablar desde la tribuna del Parlamento. Pero también manifiesta la decepción de lo que “hemos venido a ser” —una secta fiel

a Ortega y Gasset— por haberlos educado él en la pureza de los ideales, casi todos perdidos en la insolidaridad y el desánimo, como le sucede a ella (Gracia, 2014, p. 474). Zambrano cree que está inhabilitada precisamente por culpa del filósofo, al fijar unas posiciones ideales que no se corresponden con la realidad política.

Manuel Azaña (1880-1940) observó lo mismo en una larguísima entrevista con Ortega y Gasset, en junio de 1932, para atraerlo a sus posiciones sobre el Estatuto de Cataluña.

Pero ha sido imposible, Ortega tiene un fondo provinciano invariable. Se forma de la política una idea como la del doctor Faustino antes de salir de su pueblo, como si el principio teórico fuese inflexible ante la complicación negociadora y tacticista de la política. (Gracia, 2014, p. 474)

## OBSERVACIONES FINALES

Estamos de acuerdo con Mestre y Carpintero (1988) cuando afirman que tiene singular interés la actitud fuertemente positiva de Ortega y Gasset respecto de las tesis de Adler, y ello resulta aún más significativo cuando se conoce su recelo respecto de las ideas de Freud. Ortega y Gasset expuso la sustancial coincidencia de su pensamiento con las líneas centrales de la psicología de Adler en la entrevista que le hizo Brachfeld (1931) para la revista de psicología adleriana.

Brachfeld hace referencia a una segunda entrevista con Ortega, pero no dice cuándo se produjo. Creemos que tuvo lugar después de la publicación, en 1932, de la obra



*Goethe desde dentro*. En 1936, aparece la primera edición de los *Sentimientos de inferioridad*, de Brachfeld. En las sucesivas ediciones de esta obra hemos visto la recepción del pensamiento del filósofo español.

Brachfeld expone que casi todas las obras de Ortega y Gasset son implícitamente una contribución al conocimiento del hombre y destaca el perspectivismo para analizar los problemas psicológicos. Sus conclusiones contienen el germen de una teoría psicológica. Brachfeld piensa que Ortega y Gasset y Max Scheler habían entrevisto, en forma de observaciones filológicas, la importancia de una psicología estimativa. La psicología de la estimación fue formulada, en completa independencia de Adler, por ambos autores. Ortega y Gasset publicó en la *Revista de Occidente* el ensayo “Max Scheler. Un embriagado de esencias” (1928 [2017]), donde señala que Scheler ha sido el pensador por excelencia de nuestra época, caracterizada por el descubrimiento de las esencias.

De acuerdo con Brachfeld, las conferencias dadas por Rudolf Allers en Madrid dejaron cierta huella en los *Estudios sobre el amor*, de Ortega y Gasset. Los capítulos de esta obra fueron publicados por primera vez como folletos en el diario *El Sol*, de Madrid, en 1926 (Ortega y Gasset, 1926 [2017]), donde analiza el amor en Stendhal. Para Ortega y Gasset, Stendhal tenía la cabeza llena de teorías, pero carecía de dotes de teorizador. Piensa que se parece a Pío Baroja, que sobre los asuntos humanos reacciona primero de forma doctrinal. Uno y otro, mirados sin la oportuna cautela, ofrecen el aspecto de filósofos descarriados de la literatura. Y son todo lo contrario.

Basta con advertir que ambos poseen una abundante colección de teorías.

Para Brachfeld, las frases de Ortega y Gasset: “La vida nos está no impuesta, sino propuesta” y “La vida como proyecto” acusan la paternidad del “plan de vida adleriano”. Y “Yo soy yo y mi circunstancia”, el “perspectivismo”, etcétera, producen la impresión de haber sido inspirados por la ideología adleriana. Brachfeld dice que en las entrevistas Ortega y Gasset solo aceptaba “concordancias” (como, por ejemplo, su idea de “vivir hacia el mundo”). En nuestra opinión, las frases de Ortega y Gasset no están inspiradas en la ideología adleriana.

Brachfeld nos pide que advirtamos la coincidencia entre “el mundo circundante” de Kurt Goldstein (1878-1965) y “Yo soy yo y mi circunstancia” de Ortega y Gasset. En nuestra opinión, la reflexión orteguiana sobre el yo y la circunstancia, que expone en *Meditaciones del Quijote* (1914), desarrollaba una intuición antigua, apuntada en la “Pedagogía del paisaje” de 1906 y ampliada en una conferencia del Ateneo de Madrid de 1915. Contra el criterio darwinista de que el hombre está sujeto a una ley superior de adaptación al medio, sin demasiado lugar para la libertad ni para la imaginación, Ortega y Gasset defiende el criterio inverso, sobre todo porque “hoy toma la ciencia un cariz más agradable y más risueño” (Gracia, 2014, p. 204).

Brachfeld piensa que, en el ensayo “Para una topografía de la soberbia española”, Ortega y Gasset establece las bases para el análisis de una conducta a partir de los sentimientos autoestimativos y emite una teoría del sentimiento de inferioridad.

Según Brachfeld, el filósofo español atribuye la soberbia a una reacción, a una disminución de nuestro ser, y la explica muy bien cuando dice que nuestro ánimo se revuelve y subleva contra una realidad que anula la estimación en que nosotros nos teníamos.

Para Ortega y Gasset y Brachfeld, el sentimiento de nivel da lugar a los sentimientos de inferioridad. Pero Brachfeld considera que lo que Ortega y Gasset define como soberbia también es extensible al resentimiento, y se puede aplicar a lo que se oculta en el fondo de ambos: el

radical sentimiento de disminución de la personalidad.

Ortega y Gasset expone que hay dos maneras de valorarnos radicalmente distintas: la valoración espontánea y la valoración refleja. Para unos, lo decisivo es la estimación en que se tengan; para otros, la estimación en que sean tenidos. La soberbia se produce en los individuos del primer grupo; la vanidad, en los del segundo. No cabe imaginar dos pasiones más antagónicas que la soberbia y la vanidad. La vanidad se instala en lo exterior de la persona y la soberbia en el fondo de sí mismo.

## REFERENCIAS

- Adler, A. (1936). *El problema del homosexualismo y otros estudios sexuales*. Barcelona: Apolo.
- Adler, A. (1941). *El sentido de la vida. Nuevas perspectivas de la psicología individual*. Barcelona: Luís Miracle.
- Bernard, F. (1949). *La psicología y sus aplicaciones*. Barcelona: Olivér Brachfeld.
- Brachfeld, O. (1936a [1970]). *Los sentimientos de inferioridad*. Barcelona: Luís Miracle.
- Brachfeld, O. (1936b). *El examen de la inteligencia de los niños*. Gerona: Dalmau Carles Pla.
- Brachfeld, O. (1949a). *Los complejos de inferioridad de la mujer. Introducción a la psicología femenina*. Barcelona: Horta.
- Brachfeld, O. (1949b). *Cómo interpretar los sueños*. Barcelona: José Janés.
- Brachfeld, O. (s. f.). La psicología del individuo y la comunidad de Alfred Adler. Archivo de Olivér Brachfeld.
- Carrard, A. (1946). *Psicología del jefe. Su formación y su misión*. Barcelona: Victoria.
- Gracia, J. (2014). *José Ortega y Gasset*. Madrid: Taurus.
- Jung, C. G. (1935). *Teoría del psicoanálisis*. Barcelona: Apolo.
- León, R. (1997). Rumbo al Nuevo Mundo: cuatro psicólogos de Europa Oriental en la historia de la psicología de América del Sur. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29(1), 9-34.

- León, R. (2000). Los psicólogos hispanohablantes y la teoría de Alfred Adler en la revista *Internationale Zeitschrift für Individual Psychologie* (1914-1937). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1), 107-126.
- Mestre, M. V., y Carpintero, H. (1988). Unas notas sobre la entrada de Adler en España. *Revista de Historia de la Psicología*, 9(1), 47-62.
- Ortega y Gasset, J. (1923 [2017]). Para una topografía de la soberbia española. En *Obras completas* (tomo V, pp. 174-181). Madrid: Taurus.
- Ortega y Gasset, J. (1926 [2017]). Amor en Stendhal. En *Obras completas* (tomo V, pp. 463-495). Madrid: Taurus.
- Ortega y Gasset, J. (1928 [2017]). Max Scheler. Un embriagado de esencias. En *Obras completas* (tomo V, pp. 216-220). Madrid: Taurus.
- Ortega y Gasset, J. (1932 [2017]). Prólogo-conversación. En *Obras completas* (tomo V, pp. 109-119). Madrid: Taurus.



# ***Validación de la Escala de Satisfacción con la Vida y su relación con las dimensiones del autoconcepto en universitarios peruanos***

Amparo Oliver  
Laura Galiana  
Universitat de València,  
Valencia, España

Varinia Bustos  
Universidad ESAN,  
Lima, Perú

Recibido: 21 de noviembre del 2017 / Aprobado: 25 de julio del 2018  
doi: 10.26439/persona2018.n021.3018

*La satisfacción con la vida ha sido objeto de innumerables investigaciones, la mayoría de las cuales la han evaluado con la Escala de Satisfacción con la Vida. Recientemente, se ha puesto interés en su relación con el autoconcepto, que parece depender del contexto cultural. Los objetivos de este estudio fueron conocer las propiedades de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de estudiantes peruanos, y estudiar la relación de la satisfacción vital con el autoconcepto en este mismo contexto. Se recogió una muestra de 527 estudiantes universitarios de Lima (Perú). En primer lugar, se estimó y evaluó un análisis factorial confirmatorio, y se llevaron a cabo estimaciones de fiabilidad de la escala y sus ítems. Posteriormente, se puso a prueba un modelo de ecuaciones estructurales MIMIC, en el que el autoconcepto predecía la satisfacción con la vida. Los resultados ofrecen evidencia de buenas propiedades psicométricas de la escala en su uso en estudiantes peruanos, y comprueban la relación de este constructo con las dimensiones académica, familiar y física del autoconcepto.*

---

satisfacción con la vida / bienestar / modelo MIMIC / autoconcepto

---

Correo electrónico: [oliver@uv.es](mailto:oliver@uv.es)

## **Validation of the Satisfaction with Life Scale and its relationship with the dimensions of self-concept in Peruvian university students**

*Life satisfaction has been the object of several studies, mostly assessed with the Satisfaction with Life Scale (SWLS). Recently, interest has been shown in the relationship between life satisfaction and self-concept, because life satisfaction seems to depend on the cultural context. The purpose of this research was to study the properties of the SWLS in a sample of Peruvian students, and to analyze the relationship between life satisfaction and self-concept in the Peruvian context. The study population consisted of 527 university students from Lima, Peru. Firstly, a confirmatory factor analysis was estimated and assessed, and reliability estimates of the scale and its items were calculated. Subsequently, a MIMIC structural equation model in which self-concept predicted life satisfaction was tested. The results show appropriate psychometric properties of the scale in Peruvian students, and demonstrate the relationship of this construct with the academic, family and physical dimensions of self-concept.*

---

satisfaction with life / well-being / MIMIC model / self-concept

---

## INTRODUCCIÓN

El bienestar, concebido como “el nivel de calidad de vida, por ejemplo, la medida en que el placer y la satisfacción caracterizan la existencia humana y la medida en que las personas podemos evitar el sufrimiento” (Andrews, 1974, p. 280), ha acumulado gran cantidad de investigación a lo largo de los años (Abbott, Ploubidis, Huppert, Kuh y Croudace, 2010; Burns y Machin, 2009; Dolan y White, 2007; Huppert, Keverne y Bayliss, 2005; Ryan y Deci, 2001; Seligman, 2002; Snyder y López, 2001).

Desde un primer momento, se han identificado dos partes diferentes del constructo de bienestar subjetivo: la parte afectiva, habitualmente dividida entre afecto positivo y negativo (Diener y Emmons, 1984), y el componente cognitivo, que se conoce como *satisfacción con la vida* (Andrews y Withey, 1976). Así pues, la satisfacción con la vida se refiere a un proceso cognitivo, de emisión de juicio, en el que la persona evalúa de manera global su calidad de vida, de acuerdo con unos criterios autoimpuestos (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Shin y Johnson, 1978). Se trata de un juicio cognitivo consciente, basado en la comparación de la vida de uno mismo frente a unos estándares escogidos por la persona, que conducen a una evaluación global de la vida (Pavot y Diener, 1993).

Dada la relevancia del constructo, durante las últimas décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para su medida. Estos incluyen desde indicadores simples de satisfacción general con la vida hasta escalas breves, como el Índice de Bienestar y Satisfacción con la Vida

(Bigot, 1974), o escalas complejas y multidimensionales, como la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Lawton, 1975). De todos ellos destaca la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener *et al.*, 1985), que evalúa, mediante cinco ítems, la satisfacción global con la vida, en un formato de respuesta de tipo Likert. Esta escala es, sin lugar a dudas, la más usada, pues se ha traducido a diversas lenguas y aplicado en diversos tipos de poblaciones (Pavot y Diener, 2008). En el caso de la versión española, se encuentran investigaciones en España (Bendayan, Blanca, Fernández-Baena, Escobar y Trianes, 2013; Díaz-Morales, 2001; Grao-Cruces, Nuviala, Fernández-Martínez y Pérez-Turpin, 2014; Jiménez-Moral, Zagalaz, Molero, Pulido-Martos y Ruiz, 2014; Singelis *et al.*, 2006; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013), Argentina (Castro y Díaz-Morales, 2002) y Perú (Díaz-Morales y Martínez, 2004; Martínez, 2002, 2004).

Sin embargo, las investigaciones realizadas con este instrumento no se han limitado al estudio de sus propiedades psicométricas, sino que han aportado evidencia sobre la relación de la satisfacción con la vida con los más diversos constructos, como, por ejemplo, extroversión, introversión, neuroticismo, autoestima, euforia, disforia, deseabilidad social, salud percibida, generatividad, control percibido o apoyo social (Arrindell, Heesink y Feij, 1999; Cabañero *et al.*, 2004; Diener *et al.*, 1985; Harrington y Loffredo, 2001; Infurna, Ram, Wagner, Gerstorf y Schupp, 2011; Lucas, Diener y Suh, 1996; McAdams, Aubin y Logan, 1993; Pavot y Diener, 1993; Theurer y Wister, 2010).

De especial relevancia nos resulta su relación con la autoestima, que ha recobrado interés en los últimos años, gracias al surgimiento del nuevo paradigma de la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Desde este acercamiento al estudio de las experiencias y los rasgos positivos (Duckworth, Steen y Seligman, 2005), el autoconcepto se ha mostrado clave para el bienestar y la satisfacción con la vida del ser humano (Diener y Diener, 2009; Leung y Leung, 1992; Rey, Extremera y Pena, 2011). Sin embargo, a pesar de que en la literatura se ha recogido una amplia evidencia sobre la relación entre el autoconcepto y la satisfacción con la vida (Campbell, 1981; Chen, Lee y Stevenson, 2006; Diener *et al.*, 1985; Joshanloo y Afshari 2011; Lucas *et al.*, 1996; Pavot y Diener, 1993), la mayor parte de esta corresponde al ámbito anglosajón (Suh, 2000). De hecho, algunos estudios indican que la fuerza de la relación entre autoconcepto y bienestar varía según el marco cultural (Suh, 2000), lo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que el propio autoconcepto también varía transculturalmente (Markus y Kitayama, 1991). Ejemplos claros son los estudios de Brown y Kobayashi (2002, 2003) o de Miller, Wang, Sandel y Cho (2002), en Japón y Taiwán, respectivamente, donde los niveles elevados de autoconcepto se entenderían como una baja capacidad de autocritica. Otro estudio más actual ha comprobado cómo los adolescentes chinos informan de una satisfacción con la vida mucho menor que los estadounidenses. También hay autores que explican la tendencia de los asiáticos a evitar respuestas extremas superiores (Cummins, 2013). De esta forma,

en culturas colectivistas, el autoconcepto podría ser poco importante o, incluso, poco deseable (para más detalle, véase Diener y Diener, 2009).

Dado lo expuesto hasta ahora, el presente trabajo tiene un doble objetivo: de un lado, estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de estudiantes universitarios peruanos, contexto en el que hasta el momento no se cuenta con este tipo de estudios; y, de otra parte, conocer cómo se relaciona este constructo con la autoestima en el Perú, un país en el que actualmente confluyen la cultura occidental, con sus características individualistas, y las tradiciones de tipo más colectivistas, basadas en la importancia del núcleo familiar y la red social.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 527 estudiantes de dos universidades de Lima (Perú). De ellos, el 57,9 % fueron mujeres. El 29,6 % tenía entre 19 y 20 años, el 38,0 % entre 21 y 22, el 20,7 % entre 23 y 24, el 8,2 % entre 25 y 30, y tan solo un 3,5 % tenía más de 30 años. Finalmente, en el momento del presente trabajo, el 28,7 % estudiaba Contabilidad; el 18,4 %, Administración; el 15,6 %, Administración y Marketing; el 13,5 %, Economía; el 7,8 %, Psicología Organizacional; el 6,8 %, Psicología del Consumidor; el 4,8 %, Administración y Finanzas; el 2,5 %, Derecho Comercial; el 1,1 %, Ingeniería Industrial; y el 0,8 % restante, otras carreras.



## Instrumentos

Además de las preguntas sobre los datos sociodemográficos expuestos, la encuesta también incluyó, entre otros, los siguientes instrumentos de evaluación:

- a. Escala de Satisfacción con la Vida (Diener *et al.*, 1985). Desarrollada por Diener y sus colaboradores (1985), es uno de los instrumentos más utilizados en este campo de la investigación (Pavot y Diener, 2008). Está formado por cinco ítems que evalúan un único constructo: el sentimiento general de satisfacción de la persona con su vida como un todo (Diener *et al.*, 1985). Estos ítems tienen escala de tipo Likert de cinco anclajes: desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna, así como el resto de propiedades psicométricas de este instrumento para esta muestra, se detallan en la sección de resultados.
- b. Escala Autoconcepto Forma 5 (García y Musitu, 1999). Este instrumento evalúa cinco dimensiones del autoconcepto: académica, social, emocional, familiar y física, cada una con seis ítems. Estos puntúan en una escala de tipo Likert, que admite 11 posibilidades de respuesta (0 = nunca y 10 = siempre). El alfa de Cronbach fue de .81 para la dimensión de autoconcepto académico, .73 para el autoconcepto social, .82 para el emocional, .76 para el familiar y .75 para el físico.

## Procedimiento

El presente trabajo sigue un diseño de encuesta transversal. Se llevaron a cabo

encuestas de lápiz y papel en dos universidades públicas en el Perú. En ambos casos, se contó con la aprobación de los órganos de gestión correspondientes. La participación de los estudiantes fue totalmente voluntaria e informada.

El pase se realizó en horario de clases, en las propias aulas de los respectivos centros. En todo momento, se contó con la presencia de entrevistadores formados en las aulas. Los estudiantes tardaron una media de 30 minutos en completar la encuesta.

En cuanto a los análisis de datos, en primer lugar, y con el objetivo de estudiar la fiabilidad de las medidas, se calcularon estadísticos descriptivos para los ítems de las diferentes escalas (medias y desviaciones típicas) y el alfa de Cronbach. El alfa es el índice de fiabilidad más ampliamente utilizado y conocido por la comunidad científica para evaluar la fiabilidad de tests y escalas, con valores de .70 a .79, considerados moderados, y de .80 o superiores, interpretados como alta fiabilidad (Nunnally y Bernstein, 1994; Cicchetti, 1994; Clark y Watson, 1995). Además, se incluyó la homogeneidad de los ítems.

En segundo lugar, se procedió al estudio de la validez de constructo de la medida. Para ello, se especificó, estimó y evaluó un modelo de ecuaciones estructurales, en concreto, un análisis factorial confirmatorio (AFC), en el que se probó la estructura original propuesta por los autores (Diener *et al.*, 1985).

Finalmente, para evaluar la validez criterial de la escala, así como la relación entre la satisfacción con la vida y el autoconcepto, se especificó un modelo de ecuaciones

estructurales MIMIC (*Multiple Indicators, Multiple Causes*), en el que las cinco dimensiones del autoconcepto predecían la satisfacción con la vida. Este tipo de modelos permite pronosticar la satisfacción con la vida en un contexto libre de error de medida en la variable dependiente y teniendo en cuenta relaciones entre los predictores e indicadores (ítems) particulares de la satisfacción con la vida, si las hubiese.

La adecuación de los modelos se evaluó mediante diversos criterios (Hu y Bentler, 1995; Tanaka, 1993). En primer lugar, se calculó el estadístico chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), el índice de ajuste original de los modelos de ecuaciones estructurales (Wang y Wang, 2012). Este estadístico evalúa la magnitud de la discrepancia entre las matrices de varianzas y de covarianzas de la muestra y las del modelo estimado, aunque sufre de diversas limitaciones: (1) es sensible al tamaño muestral; (2) es probable que las muestras pequeñas no sigan una distribución chi-cuadrada; (3) es sensible al tamaño de las correlaciones; y (4) es un estadístico muy sensible a la asunción de normalidad multivariada.

Para hacer frente a estas limitaciones, se han desarrollado diversos índices que

evalúan la bondad del ajuste de los modelos de ecuaciones estructurales. Uno de ellos es el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI), desarrollado por Bentler (1990), que compara el modelo especificado con el modelo nulo, que asume covarianzas iguales a cero entre las variables observadas. El CFI puede tener valores entre 0 y 1.00, que corresponden, respectivamente, al peor y al mejor ajuste posible; los valores superiores a .90, e, idealmente, los mayores a .95, indican un buen ajuste (Hu y Bentler, 1998, 1999). Otro índice, también muy utilizado, es la raíz cuadrática del error de aproximación (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA). El RMSEA evalúa la falta de ajuste del modelo especificado a la población. Hu y Bentler (1998) sugieren que valores de RMSEA iguales o inferiores a .08 son indicadores de un buen ajuste del modelo.

## RESULTADOS

La consistencia interna fue adecuada, con un alfa de Cronbach de .78. La información sobre la consistencia interna de los ítems puede observarse en la tabla 1.

Tabla 1

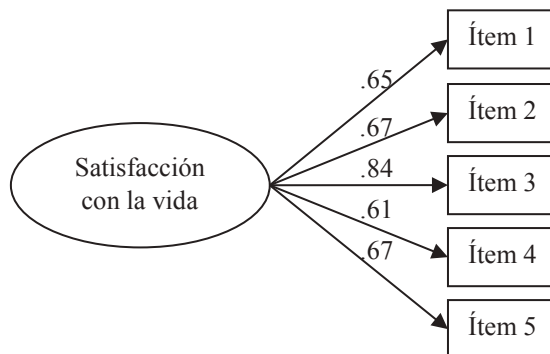
*Estadísticos descriptivos y homogeneidad de los ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida*

Ítem	M	DT	$\alpha_{n-i}$
I1	3,55	0,97	.73
I2	3,73	0,89	.74
I3	3,75	1,00	.69
I4	2,95	1,32	.77
I5	3,70	0,93	.73

*Nota:* M = media; DT = desviación típica;  $\alpha_{n-i}$  = alfa si se elimina el elemento.

En cuanto a la estructura factorial, el análisis factorial confirmatorio realizado sobre la Escala de Satisfacción con la Vida ofreció unos índices de ajuste adecuados ( $\chi^2(5) = 19.464$ ,  $p = .001$ , CFI = .985, RMSEA = .075 [.042-.111]). En cuanto al ajuste analítico, este también fue

apropiado, con saturaciones factoriales elevadas y estadísticamente significativas, que oscilaron entre .61 (ítem 4, “Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido”) y .84 (ítem 3, “Estoy satisfecho con mi vida”), como se puede observar en la figura 1.

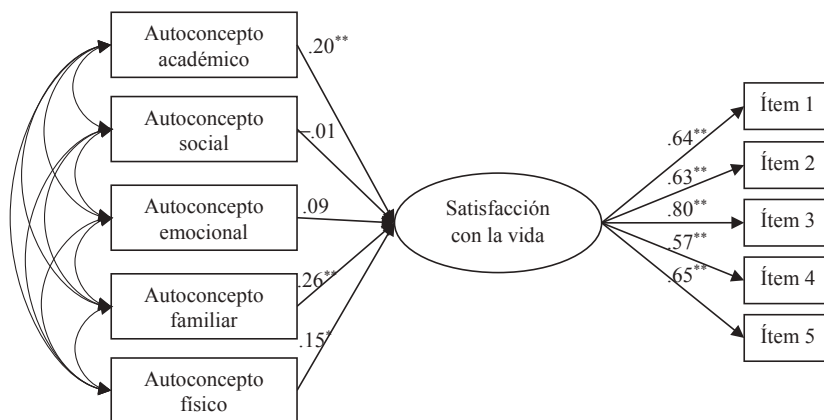


*Nota:* Todas las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < .05$ ).

*Figura 1.* Saturaciones factoriales del modelo de ecuaciones estructurales propuesto para la Escala de Satisfacción con la Vida

Finalmente, por lo que respecta a las relaciones entre la satisfacción con la vida y las dimensiones del autoconcepto, el ajuste del modelo MIMIC fue adecuado ( $\chi^2(5) = 62,245$ ,  $p < .001$ , CFI = .964, RMSEA = .054 [.037-.071]). Muestra relaciones

positivas y estadísticamente significativas entre la satisfacción con la vida y el autoconcepto académico, familiar y físico, como se puede observar en la figura 2. La capacidad explicativa del modelo sobre la satisfacción con la vida fue del 23,8 %.



Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ . Los valores de las correlaciones entre las dimensiones del autoconcepto pueden consultarse en la tabla 2.

Figura 2. Modelo MIMIC

Tabla 2  
Correlaciones entre las dimensiones del autoconcepto

	A. académico	A. social	A. emocional	A. familiar	A. físico
A. académico	-				
A. social	.37**	-			
A. emocional	.18**	.31**	-		
A. familiar	.28**	.39**	.26**	-	
A. físico	.56**	.35**	.17**	.32**	-

Notas: \*\*  $p < .01$ .

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como afirman diversas instituciones y psicómetras de reconocido prestigio, la validez no es una propiedad de los instrumentos en sí, sino de las puntuaciones en estos y de su interpretación. De esta forma, dicha propiedad debería establecerse o evaluarse para cada aplicación de un determinado instrumento de medida en cada contexto específico, pues diferentes contextos pueden comportar diferentes interpretaciones de las puntuaciones (American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, 2004; Messick, 1989). Esta lógica es la que ha guiado el primer objetivo del presente trabajo: conocer las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener *et al.*, 1985) en una muestra de estudiantes universitarios peruanos, población en la que, hasta donde conocemos, no existen estudios previos de este tipo.

Para llevar a cabo esta meta, se han realizado distintos análisis estadísticos. En primer lugar, se estudió la consistencia interna de la escala, con resultados adecuados tanto para la escala en general como para los ítems en particular. De una parte, ninguno de los ítems perjudicó la fiabilidad de la escala, pues su eliminación produjo en todos los casos un decremento del alfa. De otra parte, el valor del alfa de Cronbach fue alto (Nunnally y Bernstein, 1994; Cicchetti, 1994; Clark y Watson, 1995) y conforme a los valores encontrados en estudios previos; por ejemplo, Singelis *et al.* (2006) hallaron valores que oscilaban entre .74 y .75, mientras que Bendayan *et al.* (2013) informaron de un alfa de .71.

En segundo lugar, se hipotetizó y estimó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la validez de constructo de la escala. Tanto el ajuste general del modelo como el ajuste analítico fueron adecuados, aportando evidencia de la estructura unidimensional de la escala, recogida previamente tanto por los autores originales (Diener *et al.*, 1985; Pavot y Diener, 1993) como en sucesivas versiones en distintos idiomas (por ejemplo, Arrindell *et al.*, 1999).

Finalmente, el modelo MIMIC aportó evidencia de la validez criterial de la escala, relacionando la satisfacción con la vida de los estudiantes universitarios peruanos y su autoconcepto. En concreto, este modelo mostró relaciones estadísticamente significativas y positivas entre la satisfacción con la vida y las tres dimensiones del autoconcepto: el autoconcepto familiar, el autoconcepto académico y el autoconcepto físico. Las dimensiones social y emocional, sin embargo, no predijeron de forma estadísticamente significativa la satisfacción con la vida.

Estos resultados son similares a los de estudios previos. Claro ejemplo es el estudio de Leung y Leung (1992), llevado a cabo en adolescentes chinos, en el que la satisfacción con la vida mostró relaciones más elevadas con las dimensiones de habilidad social (.21), habilidad académica (.20) y apariencia física (.18). Datos actuales avalan lo encontrado por estos autores, al señalar las relaciones entre la satisfacción con la vida y el autoconcepto académico (.30) (Chui y Wong, 2015).

En cuanto al autoconcepto físico, otros estudios han apuntado cómo el hecho de

contar con un autoconcepto físico positivo resulta esencial para el desarrollo personal y social adecuado (Crocker *et al.*, 2003; Crocker, Sabiston, Kowalski, McDonough y Kowalski, 2006; Delfabbro, Winefield, Anderson, Hammarström y Winefield, 2011; Grao-Cruces *et al.*, 2014). Videra-García y Reigal Garrido (2013), por ejemplo, han señalado una relación directa entre el autoconcepto físico y la satisfacción con la vida en una muestra de 1648 adolescentes españoles. Rodríguez (2005), también en españoles y con mayor rango de edad (12-23 años), encontró una relación entre el bienestar psicológico y el autoconcepto físico. En contextos anglosajones existe, asimismo, abundante evidencia sobre esta relación, como, por ejemplo, la que muestra Delfabbro *et al.* (2001) en estudiantes australianos.

Por lo que respecta al apoyo social, este se ha considerado uno de los componentes más críticos para la determinación del bienestar de los estudiantes (Cho y Yu, 2015; Lee, Koeske, y Sales, 2004; Misra, Crist y Burant, 2003). Estudios recientes sostienen que aquellos que reciben mayor apoyo social de amigos y familia informan de mayor satisfacción con la vida (Kong y You, 2013; Kong, Zhao y You, 2012a, 2012b). En este contexto, los resultados del presente trabajo apuntarían al mayor peso de la familia frente al autoconcepto social más general en los estudiantes peruanos. Esta misma línea ya la indicaba el trabajo de Leung y Leung (1992). En este estudio, a pesar de que no se evaluó el autoconcepto familiar, la mayor relación se estableció entre la satisfacción con la vida y la relación con los padres (.49). De hecho, y ya en contexto de regresión múltiple, tan solo este predictor explicaba el 23,8 % de

la varianza en la satisfacción con la vida, frente a las demás dimensiones estadísticamente significativas, que añaden entre todas ellas un 2,2 % de varianza explicada (Leung y Leung, 1992).

Por último, los estudios que relacionan el autoconcepto emocional y la satisfacción con la vida son más escasos y, en su mayoría, se han centrado en el papel de la autoeficacia emocional y el bienestar de los estudiantes (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino y Pastorelli, 2003). En esta línea de investigación, parece clara la relación positiva entre la satisfacción con la vida y la autoeficacia emocional (véase, por ejemplo, Choi, Kluemper y Sauley, 2013).

Otra variable usualmente estudiada es el estrés emocional, que se ha relacionado negativamente con la satisfacción con la vida (Reile y Leinsalu, 2013). No se trata, sin embargo, de variables miméticas del autoconcepto emocional, pues en el primer caso (autoeficacia emocional) se evalúa la capacidad de la persona para aminorar los estados negativos y experimentar emociones positivas (Bandura *et al.*, 2003), mientras que en el segundo (estrés emocional) se mide el estrés experimentado por la persona. Futuras investigaciones, pues, deberán retomar el estudio del autoconcepto emocional y su relación con la satisfacción con la vida.

Visto lo hasta aquí expuesto, y por lo que respecta al primer objetivo, podemos concluir que en el contexto de los estudiantes universitarios peruanos la satisfacción con la vida puede evaluarse con garantías mediante la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener *et al.*, 1985). En cuanto a la

relación de este constructo con el autoconcepto y sus diversas dimensiones, parece que tanto factores más relacionados con las culturas colectivistas (como la familia) como otros más presentes en las culturas

individualistas (como el físico) tienen reservado un papel importante. Futuros estudios son necesarios para ahondar en esta relación, con especial atención en el autoconcepto emocional.

## REFERENCIAS

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, H. A., Kuh, D., y Croudace, T. J. (2010). An Evaluation of the Precision of Measurement of Ryff's Psychological Well-Being Scales in a Population Sample. *Social Indicators Research*, *97*, 357-373.
- American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education. (2004). *Standards for Educational and Psychological Testing* (2.<sup>a</sup> ed.). Washington, D. C.: American Educational Research Association.
- Andrews, F. M. (1974). Social Indicators of Perceived Life Quality. *Social Indicators Research*, *1*, 279-299.
- Andrews, F. M., y Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-Being: America's Perception of Life Quality*. Nueva York, NY: Plenum.
- Arrindell, W. A., Heesink, J., y Feij, J. A. (1999). The Satisfaction with Life Scale (SWLS). Appraisal with 1700 Health Young Adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, *26*, 815-826.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, *12*, 331-336.
- Bandura, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., y Pastorelli, C. (2003). Role of Affective Self-Regulatory Efficacy on Diverse Spheres of Psychosocial Functioning. *Child Development*, *74*, 769-782.
- Bendayán, R., Blanca, M. J., Fernández-Baena, J. F., Escobar, M., y Trianes, M. V. (2013). New Empirical Evidence on the Validity of the Satisfaction with Life Scale in Early Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, *29*, 36-43.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, *107*, 238-246.
- Bigot, A. (1974). The Relevance of American Life Satisfaction Indices for Research on British Subjects Before and After Retirement. *Age and Ageing*, *2*, 113-121.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., y Briere, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Canadian Journal of Behavioral Science*, *21*, 210-223.

- Brown, J. D., y Kobayashi, C. (2002). Self-Enhancement in Japan and America. *Asian Journal of Social Psychology*, 5, 145-168.
- Brown, J. D., y Kobayashi, C. (2003). Introduction: Culture and the Self-Enhancement Bias. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 5, 492-495.
- Burns, R. A., y Machin, M. A. (2009). Investigating the Structural Validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales Across Two Samples. *Social Indicators Research*, 93, 359-375.
- Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A., y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción vital de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Campbell, A. (1981). *The Sense of Well-Being in America: Recent Patterns and Trends*. Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Castro, A., y Díaz-Morales, J. F. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescentes españoles y argentinos. *Psicothema*, 4(1), 112-117.
- Chen, C., Lee, S., y Stevenson, H. W. (1995). Response Style and Cross-Cultural Comparisons of Rating Scales among East Asian and North American Students. *Psychological Science*, 6, 170-175.
- Cho, J., y Yu, H. (2015). Roles of University Support for International Students in the United States: Analysis of a Systematic Model of University Identification, University Support, and Psychological Well-Being. *Journal of Studies in International Education*, 19, 11-27.
- Choi, S., Klumper, D. H., y Sauley, K. S. (2013). Assessing Emotional Self-Efficacy: Evaluating Validity and Dimensionality with Cross-Cultural Samples. *Applied Psychology: An International Review*, 62, 97-123.
- Chui, W. H., y Wong, M. Y. H. (2015). Gender Differences in Happiness and Life Satisfaction among Adolescents in Hong Kong: Relationships and Self-Concept. *Social Indicators Research*. doi: 10.1007/s11205-015-0867-z
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Clark, L. A., y Watson, D. (1995). Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Crocker, P. R. E., Sabiston, C. M., Forrester, S., Kowalski, N., Kowalski, K. C., y McDonough, M. (2003). Predicting Change in Physical Activity, Dietary Restraint, and Physique Anxiety in Adolescent Girls: Examining Covariance in Physical Self-Perceptions. *Canadian Journal of Public Health*, 94(5), 332-337.



- Crocker, P. R. E., Sabiston, C. M., Kowalski, K. C., McDonough, M. H., y Kowalski, N. (2006). Longitudinal Assessment of the Relationship between Physical Self-Concept and Health-Related Behavior and Emotion in Adolescent Girls. *Journal of Applied Sport Psychology, 18*(3), 185-200.
- Cummins, R. A. (2013). Measuring Happiness and Subjective Well-Being. En S. David, I. Boniwell y C. C. Ayers (Eds.), *Oxford Handbook of Happiness* (pp. 185-200). Oxford: Oxford University Press.
- Delfabbro, P. H., Winefield, A. H., Anderson, S., Hammarström, A., y Winefield, H. (2011). Body Image and Psychological Well-Being in Adolescents: The Relationship between Gender and School Type. *The Journal of Genetic Psychology, 172*(1), 67-83.
- Díaz-Morales, J. F. (2001). *Diferencias intergrupales en el sistema de metas personales, satisfacción y rendimiento en adolescentes* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Díaz-Morales, J. F., y Martínez, U. (2004). Metas y satisfacción vital en adolescentes españoles y peruanos según sexo y nivel socioeconómico. *Revista de Psicología de la PUCP, 22*(1), 121-149.
- Diener, E., y Diener, M. (2009). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. En E. Diener (Ed.), *Culture and Well-being* (pp. 71-91). Ámsterdam: Springer.
- Diener, E., y Emmons, R. A. (1984). The Independence of Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 1105-1117.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Dolan, P., y White, M. (2007). How Can Measures of Subjective Well-Being Be Used to Inform Public Policy? *Perspectives on Psychological Science, 2*(1), 71-85.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., y Seligman, M. E. P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 629-651.
- García, J. F., y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.
- Grao-Cruces, A., Nuviala, A., Fernández-Martínez, A., y Pérez-Turpin, J. A. (2014). Association of Physical Self-Concept with Physical Activity, Life Satisfaction and Mediterranean Diet in Adolescents. *Kinesiology, 1*, 3-11.
- Harrington, R., y Loffredo, D. A. (2001). The Relationships between Life Satisfaction, Self-Consciousness, and the Myers-Briggs Type Inventory Dimensions. *Journal of Psychology, 135*, 439-450.
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1995). Evaluating Model Fit in SEM: Concepts, Issues, and Applications. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling. Concepts, Issues, and Applications* (pp. 76-99). Londres: Sage.

- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1998). Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Under-Parameterized Model Misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huppert, F. A., Keverne, B., y Bayliss, N. (Eds.). (2005). *The Science of Well-Being*. Oxford: Oxford University Press.
- Infurna, F. J., Ram, N., Wagner, G. G., Gerstorf, D., y Schupp, J. (2011). Long-Term Antecedents and Outcomes of Perceived Control. *Psychology and Aging*, 26, 559-575.
- Jiménez-Moral, J. A., Zagalaz, M. L., Molero, D., Pulido-Martos, M., y Ruiz, J. R. (2013). Capacidad aeróbica, felicidad y satisfacción con la vida en adolescentes españoles. *Revista de Psicología del Deporte*, 22, 429-436.
- Joshanloo, M., y Afshari, S. (2011). Big-five Personality Traits and Self-Esteem as Predictors of Life Satisfaction in Iranian Muslim University Students. *Journal of Happiness Studies*, 12, 105-113.
- Lee, J. S., Koeske, G. F., y Sales, E. (2004). Social Support Buffering of Acculturative Stress: A Study of Mental Health Symptoms among Korean International Students. *International Journal of Intercultural Relations*, 28, 399-414.
- Kong, F., y You, X. (2013). Loneliness and Self-Esteem as Mediators between Social Support and Life Satisfaction in Late Adolescence. *Social Indicators Research*, 110, 271-279.
- Kong, F., Zhao, J., y You, X. (2012a). Emotional Intelligence and Life Satisfaction in Chinese University Students: The mediating Role of Self-Esteem and Social Support. *Personality and Individual Differences*, 53, 1039-1043.
- Kong, F., Zhao, J., y You, X. (2012b). Social Support Mediates the Influence of Emotional Intelligence on Mental Distress and Life Satisfaction in Chinese Young Adults. *Personality and Individual Differences*, 53, 513-517.
- Kwan, S. V. Y., Bond, M. H., y Singelis, T. M. (1997). Pancultural Explanations for Life Satisfaction: Adding Relational Harmony for Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1038-1051.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Leung, J., y Leung, K. (1992). Life Satisfaction, Self-Concept, and Relationship with Parents in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 653-665.
- Lewis, C. A., Shevlin, M. E., Smekal, V., y Dorahy, M. J. (1999). Factor Structure and Reliability of a Czech Translation of the Satisfaction with Life Scale among Czech University Students. *Studia Psychologica*, 41, 239-244.

- Lucas, R. E., Diener, E., y Suh, E. (1996). Discriminant Validity of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 71, 3616-3628.
- Markus, H. R., y Kitayama, S. (1991). Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Martínez, P. (2002). *Perspectiva temporal futura en adolescentes de Lima, Perú* (tesis de maestría). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Martínez, P. (2004). *Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- McAdams, D. P., Aubin, E. S., y Logan, L. (1993). Generativity among Young, Midlife, and Older Adults. *Psychology and Aging*, 8, 221-230.
- Messick, S. (1989). Validity. En R. L. Linn (Ed.), *Educational Measurement* (pp. 13-103). Nueva York, NY: Macmillan.
- Miller, P. J., Wang, S., Sandel, T., y Cho, G. E. (2002). Self-Esteem as Folk Theory: A Comparison of European American and Taiwanese Mothers' Beliefs. *Parenting: Science and Practice*, 2, 209-239.
- Misra, R., Crist, M., y Burant, C. J. (2003). Relationships among Life Stress, Social Support, Academic Stressors, and Reactions to Stressors of International Students in the United States. *International Journal of Stress Management*, 10, 137-157.
- Nunnally, J., y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3.<sup>a</sup> ed.). Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pavot, W., y Diener, E. (2008). The Satisfaction with Life Scale and the Emerging Construct of Life Satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- Reile, R., y Leinsalu, M. (2013). Differentiating Positive and Negative Self-Rated Health: Results from a Cross-Sectional Study in Estonia. *International Journal of Public Health*, 58, 555-564.
- Rey, L., Extremera, N., y Pena, M. (2011). Perceived Emotional Intelligence, Self-Esteem and Life Satisfaction in Adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20, 227-234.
- Rodríguez, A. (2005). Felicidad subjetiva y dimensiones del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 10(1), 131-138.
- Ryan, R., y Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials. A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. Londres: Nicholas Brealey.

- Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shin, D. C., y Johnson, D. M. (1978). A Vowed Happiness as an Overall Assessment of the Quality of Life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Singelis, T. M., Yamada, A. M., Barrio, C., Laney, J. H., Her, P., Ruiz-Anaya, A., y Terwillinger, S. (2006). Metric Equivalence of the Bidimensional Acculturation Scale, the Satisfaction with Life Scale, and the Self-Construal Scale Across Spanish and English Language Versions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 28, 231-244.
- Snyder, C. R., y López, S. J. (Eds.). (2001). *Handbook of Positive Psychology*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Suh, E. M. (2000). Self, the Hyphen between Culture and Subjective Well-Being. En E. Diener y E. M. Suh (Eds.), *Culture and Subjective Well-Being* (pp. 63-86). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted Conceptions of Fit in Structural Equation Models. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing Structural Equation Models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Theurer, K., y Wister, A. (2010). Altruistic Behavior and Social Capital as Predictors of Well-Being among Older Canadians. *Aging & Society*, 30, 157-181.
- Videra-García, A., y Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147.
- Wang, J., y Wang, X. (2012). *Structural Equation Modeling. Applications Using Mplus*. West Sussex: Wiley.

# *El constructo de “límite” y experiencias anómalas en psíquicos*

Alejandro Parra  
Juan Carlos Argibay  
Instituto de Psicología Paranormal,  
Buenos Aires, Argentina

Recibido: 20 de julio del 2017 / Aprobado: 18 de enero del 2018  
doi: 10.26439/persona2018.n021.3019

*El presente estudio tiene como objetivo investigar las diferencias entre individuos autodenominados psíquicos (o videntes) y un grupo de control (no psíquicos) en la variable de frecuencia de experiencias perceptuales inusuales (percepción anómala) y el constructo psicológico de límite. Los participantes fueron divididos en psíquicos y no psíquicos (individuos que indican no tener ninguna habilidad extrasensorial, pero que han tenido experiencias psíquicas). Los psíquicos (N = 87) y un grupo de control (N = 112) recibieron la Escala Cardiff de Percepción Anómala, la Escala de Transliminalidad Revisada, el Cuestionario de Límites y una escala para evaluar sus habilidades psíquicas. Todas las hipótesis fueron confirmadas: los psíquicos puntuaron más alto en transliminalidad, percepción anómala y límite “fino”, en comparación con los no psíquicos. Además, se encontró que el mejor predictor para el grupo de psíquicos era la variable de experiencias anómalas ( $\beta = .073$ ;  $p = .03$ ) y, en segundo lugar, el límite “fino”. Los psíquicos serían aquellos sobre quienes se puede poner a prueba la “hipótesis de continuidad” del límite de Hartmann debido a su familiaridad con su propia capacidad para alterar la conciencia.*

---

psíquicos / habilidades psíquicas / experiencias perceptuales inusuales

---

Correo electrónico: [rapp@fibertel.com.ar](mailto:rapp@fibertel.com.ar)

Persona 21 (2), julio-diciembre del 2018, ISSN 1560-6139, pp. 45-59

## The construct “limit” and anomalous experiences in psychics

*This study aims at distinguishing self-named psychics (or clairvoyant) from a control group (non-psychics) considering the variable “frequency of unusual perceptual experiences” (anomalous perception), and the psychological construct “limit”. Participants were divided into psychics and non-psychics (people who had psychic experiences but no extrasensory capacities). Both psychics (N = 87) and the control group (N = 112) completed the Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS), the Revised Transliminality Scale (RTS), the Limits Questionnaire, and a scale to measure their psychic abilities. All the hypotheses were confirmed: psychics had higher scores on transliminality, anomalous perception and “fine limit” in comparison with non-psychics. In addition, the variable “anomalous experiences” was the best predictor for the psychics group ( $\beta = .073$ ;  $p = .03$ ), followed by the variable “fine limit”. Psychics would be those who were able to pass the “continuity hypothesis” of Hartmann’s limit due to their familiarity with their own capacity to alter their conscience.*

---

psychics / psychic abilities / unusual perceptual experiences

---

## INTRODUCCIÓN

El psíquico se refiere a sí mismo, por lo general, como aquel que afirma poseer una o más habilidades paranormales, por ejemplo, clarividencia, precognición, telepatía o, incluso, telequinesis (Anderson, 2006; Krippner, 2010; Schouten, 1994). Un concepto común que los agrupa es *sensitivo*. Un sensitivo que se autodenomina *sanador*. Cree que tiene habilidades para la curación de enfermedades o disminuir el dolor a otras personas. Aquellos que utilizan la palabra *canalizador* consideran que tienen capacidades como médiums y que los espíritus o algún otro tipo de entidad hablan, escriben u operan de alguna forma a través de ellos. Un rdbomante también piensa que tiene la habilidad de encontrar agua u otros objetos o personas extraviadas a través de varillas o péndulos.

Sin embargo, no hay suficientes estudios sobre la personalidad de los sensitivos/psíquicos como para extraer conclusiones definitivas a fin de producir resultados consistentes para esta justificación teórica. Algunos estudios demuestran que los psíquicos, como grupo, tienden a ser menos ansiosos (puntuaciones bajas de neuroticismo), son más extrovertidos y alcanzan un puntaje alto en responsabilidad (medido con el NEO-PI), en comparación con un grupo de control (no psíquicos, individuos con experiencias, pero sin habilidades); para una revisión, por ejemplo, véase Parra y Villanueva (2011a, 2011b), y Parra (2011a). Otro estudio también halló que suelen tener actitudes más positivas, pensamiento orientado a la acción y óptima capacidad de afrontamiento; piensan de manera que

promueven una acción eficaz, aceptan más de los demás y, al mismo tiempo, son más rígidos en su pensamiento respecto a los no psíquicos (Parra, 2011b). Finalmente, otro estudio observó diferencia de género; por ejemplo, los psíquicos varones puntuaban significativamente más alto en disociación, absorción y propensión a la fantasía, en comparación con psíquicas mujeres (Parra y Argibay, 2012).

Un constructo todavía poco explorado en individuos sensitivos o psíquicos es el concepto de límite psicológico, aun cuando el resultado parece bastante obvio. El término *límite* se emplea para describir el grado en que un sistema está *conectado* (límite delgado o "fino"), en contraste con *separado* (límite "grosso"). La metáfora del límite "fino" se puede aplicar en muchos niveles dentro de la jerarquía cognitivo-perceptual y extrapersonal (con las demás personas y el entorno cultural, social, familiar, etcétera). Este concepto ha sido recientemente examinado por Hartmann (1991) y Thalbourne (1999). Sin embargo, la idea de un umbral o límite en la mente no es una idea nueva; Frederic W. H. Myers y William James (Thalbourne, 1999) lo habían explorado hace más de un siglo.

Un estudio de Sherwood y Milner (2004-2005) defiende la idea de que la tendencia a manifestar experiencias psíquicas también podría ser un componente clave en el constructo de límite. La delgadez del límite está asociada a varias experiencias paranormales, y se evidencia en diversos experimentos de percepción extrasensorial (Richards, 1996), en efectos de la intención (PK) sobre organismos biológicos (Palmer,

Simmonds-Moore y Baumann, 2006), en individuos que practican sanación a distancia o que se consideran reikistas (Krippner, Wickramasekera y Tartz, 2002), y en quienes practican chamanismo (Krippner, Wickramasekera, Wickramasekera y Winstead, 1998). Otras investigaciones no encontraron diferencias entre médiums y un grupo de control (Roxburgh y Roe, 2011), o entre curanderos y un grupo de control (Palmer *et al.*, 2006) en la puntuación en el *Boundary Questionnaire*. En los médiums, el límite “fino” no correlacionaba con trascendencia espiritual, pero eso sí ocurría en curanderos. Esto sugiere que el límite “fino” tiene una compleja relación con las habilidades psíquicas.

El constructo de transliminalidad se compone de variables tales como absorción, propensión a la fantasía, ideación mágica, creencia paranormal, experiencia mística, hiperesstesia (hipersensibilidad a los estímulos del medio ambiente, Thalbourne, 1998, p. 403), creatividad, manía y actitud positiva hacia la interpretación de los sueños. La relación entre la transliminalidad y la experiencia psíquica está implícita en la naturaleza del propio constructo. También se correlaciona con un rango de experiencias y creencias paranormales (Thalbourne, 2009). Algunos estudios han encontrado que la transliminalidad se asocia con resultados en test de percepción extrasensorial (Sanders, Thalbourne y Delin, 2000), mientras que otros han obtenido resultados cercanos a lo esperado por azar (Simmonds, 2003). Houran y Lange (2009) han propuesto que esta relación puede entenderse mejor si se tiene en cuenta las diferencias de género; su análisis

de los datos demostró que las mujeres que tenían alta puntuación en transliminalidad y los varones que tenían baja transliminalidad parecían mostrar mayor capacidad extrasensorial.

El límite “fino” se refiere a la relativa conexión de los procesos psicológicos entre sí, es decir, un estilo de pensamiento en “tonos de gris”. La variable transliminalidad refleja “la tendencia del material psicológico para atravesar umbrales dentro o fuera de la conciencia” (Thalbourne y Houran, 2000, p. 861). La hipótesis de la transliminalidad sugiere que la fuente inmediata de nuestras percepciones no son nuestros ojos y oídos, sino más bien la conciencia subliminal: las percepciones se procesan primero en un nivel inconsciente, para luego, por lo general, velozmente “cruzar el umbral de la conciencia” (Thalbourne, 1999). El límite “fino” aumenta en aquellos que se consideran a sí mismos psíquicos, o que operan como chamanes o sanadores (Krippner *et al.*, 2002). Respecto a las experiencias anómalas, Thalbourne (1999) señala que “la esquizotipia representa probablemente el concepto empíricamente más cercano a la transliminalidad” (p. 20).

El constructo de frontera psicológica de Hartmann (Hartmann, Harrison y Zborowski, 2001) se refiere a un continuo en la delgadez del límite entre la mente y el cerebro. El vínculo entre el límite “fino” y las experiencias psíquicas no es difícil de conceptualizar; se caracteriza por la empatía, la fluidez del pensamiento, la imaginación y la emoción. Schmeidler (1967) y otros investigadores ya habían notado el grado de “sensibilidad” y “flexibilidad”



que distingue a los psíquicos (p. 317). En una revisión bibliográfica, Richards (1996) sostiene que a veces las experiencias psi se producen en contextos emocionales e interpersonales dinámicos. Las personas con límites "finos" pueden ser más sensibles a las impresiones psíquicas y desarrollar, en consecuencia, fuertes lazos interpersonales que favorecen a las experiencias interpersonales de psi.

En los últimos años, ha habido un renovado interés por una perspectiva dimensional en la cual las experiencias del espectro psicótico, como las alteraciones del pensamiento y la comunicación, están distribuidas en un continuo en la población general (Carpenter, 2014; Linscott y Van Os, 2010). El origen multifactorial, que abarca desde alteraciones genéticas a factores de riesgo ambiental, podría modular la aparición de diferentes manifestaciones clínicas desde la normalidad a la psicosis clínica (Johns *et al.*, 2004; Parra, 2014). Algunas escalas tienen por objeto evaluar la tendencia a la psicosis, mientras que otras se centran en aspectos particulares del continuo (como delirios o alucinaciones), e influencias de los límites de los síntomas en el ámbito psiquiátrico (López-Ibor, Ortiz y López-Ibor, 2011).

Muchas de las medidas no se limitan a la evaluación exclusiva de la presencia de las percepciones anómalas, sino que, más bien, las evaluaciones se mezclan con alteraciones de otras funciones psíquicas, como, por ejemplo, la Escala de Alucinaciones del Launay-Slade ("Oigo sonidos en mis sueños que parecen tan reales que a veces pienso que existen"). Bell,

Halligan y Ellis (2006) diseñaron la Escala Cardiff de Percepción Anómala (CAPS, por sus siglas en inglés) para medir anomalías perceptivas, pero que no dependen de un contexto psiquiátrico clínico; en cambio, considera a las experiencias subjetivas en un rango de diferentes perspectivas de *insight* (por ejemplo, el reconocimiento de que el percepto "no está realmente allí", el percepto parece extraño o inusual, o el percepto no es una experiencia sensorial compartida). Por otra parte, el CAPS contiene ítems relacionados con la distorsión de la intensidad perceptual, experiencias en todas las modalidades sensoriales apropiadas y experiencias sensoriales asociadas tradicionalmente con alteraciones en el lóbulo temporal.

## PREDICCIONES

El objetivo de este estudio es comparar un grupo de psíquicos con un grupo de control (con experiencias psíquicas, pero sin habilidades psíquicas) en la misma línea de estudios previos (Parra y Argibay, 2007, 2009, 2013a, 2013b) que examinaron a los psíquicos bajo condiciones controladas. El propósito específico de este estudio es investigar una serie de características psicológicas en psíquicos, tales como alucinaciones y percepciones anómalas (medidas con el CAPS) y el constructo de límite (medido con la Escala de Transliminalidad de Thalbourne y la Escala de Límite de Hartmann). Aunque la mayor parte de este trabajo fue concebida como exploratoria, se decidió llevar a cabo un diseño para relevar posibles diferencias psicológicas usando una base de datos previa (Parra y Argibay,

2013a, 2013b). Algunas predicciones son que (H1) los psíquicos puntuarán más alto en percepción anómala (medido por el CAPS) y que (H2) la transliminalidad y (H3) la puntuación de límite serán más “finas” en los psíquicos que en el grupo de no psíquicos.

### PROCEDIMIENTO DE CATEGORIZACIÓN

Los participantes fueron convocados mediante correo electrónico y un anuncio subido a internet ([www.alipsi.com.ar](http://www.alipsi.com.ar)). Usando los valores cargados en la matriz de datos (SPSS), se empleó un procedimiento de categorización para dividir a la muestra en dos grupos: psíquicos y no psíquicos. Para ello, se usó un punto de corte por la mediana ( $Mdn. = 8$ ) de la puntuación total de la subescala “Habilidades psi” (llamado Index Psi), que resulta de la suma por participante de las respuestas “Nunca” (0), “Una vez” (1) y “Múltiples veces” (2). El producto de las cuatro preguntas sobre habilidades extrasensoriales (por ejemplo, haber tenido sensaciones o impresiones anómalas/paranormales estando en lugares desconocidos o un conocimiento extrasensorial tocando objetos, o ver el aura) producen un valor final. Este valor genera un índice cuya puntuación mínima va de cero (“Sin habilidad”) a una puntuación máxima de 24 (“Haber reportado todas las habilidades psi”,  $Media = 8.32$ ;  $SD = 4.75$ ). Luego es posible dividir el total del Index Psi de toda la muestra ( $N = 199$ ) en dos grupos: psíquicos (puntuaciones de 9 a 24 en habilidades psi) y no psíquicos (puntuaciones de 0 a 8 en habilidades psi).

### Participantes

El grupo psíquico estuvo conformado por 87 participantes (67 mujeres, o 77 %, y 20 varones, o 23 %), con edades entre 18 a 65 años ( $Media = 40.33$ ;  $DS = 12.08$ ). Todos los participantes tenían algún tipo de entrenamiento en meditación u otras técnicas.

El grupo de los no psíquicos estuvo constituido por 112 participantes (81 mujeres, o 72 %, y 31 varones, o 28 %), con edades entre los 17 y 72 años ( $Media = 46.15$ ;  $DS = 13.13$ ). El 50 % de los participantes tenía algún tipo de entrenamiento en meditación u otras técnicas.

### Diseño y materiales

#### *Escala Cardiff de Percepción Anómala (CAPS)*

La Escala Cardiff de Percepción Anómala (Bell *et al.*, 2006) es una escala autoadministrable que consta de 32 ítems, diseñada para evaluar anomalías perceptuales, tales como cambios en los niveles de intensidad sensorial, distorsión del mundo externo, desbordamiento sensorial y alucinaciones no clínicas. Se pidió a los participantes que calificaran cada ítem indicando su respuesta: “Sí” (1) o “No” (0). La puntuación alta indica mayor número de anomalías perceptuales, en un rango de 0 (nada) a 32 (lo más alto). La confiabilidad interna del CAPS es buena, con un coeficiente alfa de Cronbach de .87. La fiabilidad test-retest también se ha encontrado aceptable (Bell *et al.*, 2006).

#### *Escala de Transliminalidad (revisada)*

La Escala de Transliminalidad (revisada) presenta 29 ítems en formato dicotómico

(verdadero/falso) (Thalbourne, 1998). El concepto de transliminalidad se refiere a una "hipersensibilidad"; esto es, una puntuación alta en este aspecto involucra ciertas experiencias paranormales, experiencias místicas, creatividad, experiencia maniaca fugaz, ideación mágica, absorción, propensión a la fantasía, sensibilidad a estímulos sensoriales y actitud positiva hacia la interpretación de los sueños (Houran, Thalbourne y Hartmann, 2003). La escala de transliminalidad se ha administrado a grandes muestras en una variedad de contextos y culturas, de modo que hay correlaciones débiles, moderadas y fuertes. Según Hartmann (1991), la alta puntuación de transliminalidad está fuertemente correlacionada con el límite "fino".

#### *Cuestionario de Límites (BQ)*

El Cuestionario de Límites (BQ, por sus siglas en inglés) es una escala autoadministrable compuesta por 138 ítems, que incluyen diferentes dimensiones de límite (Hartmann, 1989, 1991; Barbuto y Plummer, 1998, 2000). Se divide en 13 categorías: tipo de límite; dormir/vigilia/sueño; experiencias inusuales; pensamientos/sentimientos; niñez/adolescencia; relaciones interpersonales; sensibilidad; exactitud/precisión; organizaciones; ropa; opiniones acerca de niños, opiniones sobre personas, naciones y grupos; opiniones acerca de la belleza y la verdad; y experiencias paranormales. El formato de respuesta para cada pregunta va desde 0 (nada) a 4 (mucho). Aproximadamente dos tercios de los ítems están redactados de manera que "Totalmente de acuerdo" representa un límite "fino" y "Totalmente en desacuerdo"

indica un límite "grueso". El BQ tiene buena fiabilidad test-retest (más de seis meses,  $r = .77$  en dos muestras; véase Funkhauser, Würmle, Cornu y Bahro, 2001).

#### **Procedimiento**

Los tres cuestionarios fueron entregados bajo el pseudotítulo de "Cuestionario de Experiencias Psicológicas", y en orden contrabalanceado para evitar sesgos en sus respuestas. Se dio un solo sobre a cada participante, quien recibió información sobre el estudio. Luego se los invitó a completar las tres escalas de forma voluntaria y anónima en una sola sesión.

#### **RESULTADOS**

Se empleó la prueba  $U$  de Mann-Whitney, ya que los resultados no se distribuyeron normalmente. La  $U$  resultante se transformó en una puntuación  $Z$  para asignar valores de probabilidad. Todas las comparaciones se llevaron a cabo a una cola.

La H1 predice que el grupo de psíquicos puntuaría más alto en transliminalidad que los no psíquicos. Esta hipótesis fue confirmada ( $p < .001$ ,  $E_s = .57$ ). La H2 predice que el grupo de psíquicos puntuaría más alto en percepción anómala que los no psíquicos ( $p < .001$ ) y la totalidad de sus subescalas, lo que también se confirmó. Los psíquicos puntuaron hacia el límite "fino", en comparación con el grupo de no psíquicos ( $p < .001$ ,  $E_s = .71$ ). Cinco (38 %) de las 13 subescalas, por ejemplo, experiencias inusuales ( $p < .001$ ), pensamientos ( $p < .001$ ), interpersonal ( $p = .003$ ), organizaciones ( $p = .003$ ) y experiencias psíquicas ( $p < .001$ ,  $E_s = .94$ ), confirmaron la H3 (véase la tabla 1).

Tabla 1

*Comparación entre psíquicos y no psíquicos en percepción anómala, transliminalidad y límite “fino”*

Variables	No psíquico (N = 112)		Psíquico (N = 87)		Z (DF = 198)	p	E <sub>s</sub>
	Media	DS	Media	DS			
1. Intensidad sensorial	1,65	1,50	2,35	1,40	3,16	.002	.48
2. Experiencia sensorial no compartida	1,56	1,36	2,45	1,29	4,28	< .001	.67
3. Experiencia sensorial inherente no compartida	0,68	0,91	1,27	1,06	4,06	< .001	.59
4. Experiencia sensorial de origen inexplicable	2,34	1,50	3,37	1,52	4,60	< .001	.68
5. Distorsión corporal	0,50	0,86	0,98	1,01	3,67	< .001	.51
6. Alucinaciones verbales	0,60	0,82	1,16	1,00	3,91	.001	.61
7. Desbordamiento sensorial	0,72	0,69	1,01	0,70	2,75	< .001	.41
8. Escuchar pensamientos exteriorizados	0,31	0,52	0,52	0,59	2,66	.006	.37
9. Lóbulo temporal	1,69	1,05	2,13	1,10	2,49	.008	.40
Percepción anómala (CAPS)	9,67	6,34	14,45	6,23	4,68	.012	.73
1. Dormir/vigilia/sueño	13,43	7,96	15,30	7,65	1,64	.100	.23
2. Experiencias inusuales	17,25	8,19	23,33	8,16	4,47	< .001	.74
3. Pensamientos	19,35	9,63	25,01	8,79	4,02	< .001	.57
4. Niñez/adolescencia/ adulthood	10,28	4,02	10,75	3,58	0,90	.365	.12
5. Relaciones interpersonales	21,05	4,06	23,17	5,08	2,96	.003	.46
6. Sensibilidad	13,20	3,02	13,77	3,63	1,38	.166	.17
7. Exactitud/precisión	17,48	4,73	18,17	5,52	0,67	.503	.13
8. Ropa	30,68	6,23	32,88	6,09	1,91	.055	.35
9. Opiniones acerca de niños	22,13	4,54	23,17	4,91	1,70	.089	.21
10. Organizaciones	20,74	4,58	22,25	4,49	2,09	.037	.23
11. Personas, naciones y grupos	27,51	6,00	29,11	5,95	1,92	.054	.26
12. Belleza y verdad	15,35	3,54	14,95	3,47	0,55	.455	.11
13. Experiencias paranormales	9,03	5,26	14,18	5,58	5,25	< .001	.94
Límite “fino” (total)	237,48	40,02	265,72	39,42	4,26	< .001	.71
Transliminalidad	12,68	5,24	9,70	5,12	4,09	< .001	.57

Como análisis final *post hoc*, se exploraron correlaciones entre experiencias anómalas con las dos escalas de límite, transliminalidad y cuestionario de límite.

Se encontró que personas que tenían límites más “finos” tendían a obtener mejores resultados en experiencias anómalas (CAPS) (véase la tabla 2).

Tabla 2

*Correlación entre transliminalidad y límite "fino" con experiencias anómalas en psíquicos/no psíquicos y diferencia entre coeficientes de correlación*

Ítems de CAPS	Transliminalidad				Límite "fino"			
	Psíquicos Rho	Control Rho	Z	p	Psíquicos Rho	Control Rho	Z	p
1. Intensidad sensorial	.46***	.49***	0,27	.39	.43***	.57***	1,29	.09
2. Experiencia sensorial no compartida	.42***	.47***	0,43	.33	.32**	.49***	1,41	.07
3. Experiencia sensorial inherente no compartida	.51***	.37***	1,20	.11	.47**	.45***	0,17	.43
4. Experiencia sensorial de origen inexplicable	.28**	.33**	0,38	.35	.18	.39***	1,58	.05
5. Distorsión corporal	.38***	.30**	0,62	.26	.36**	.33**	0,23	.40
6. Alucinaciones verbales	.25*	.28**	0,22	.41	.33**	.24*	0,68	.24
7. Desbordamiento sensorial	.49***	.38***	0,94	.17	.51***	.28**	1,89	.02
8. Escuchar pensamientos exteriorizados	.25*	.16	0,65	.25	.20	.20*	0	.50
9. Lóbulo temporal	.45***	.53***	0,73	.23	.48***	.59***	1,07	.14
Percepción anómala (CAPS)	.59***	.56***	0,31	.37	.53***	.60**	0,71	.23

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p = .01$ ; \*  $p < .05$

Utilizando un análisis de transformación Z de Fisher (Sánchez-Bruno y Borges del Rosal, 2005), se evaluó la diferencia entre dos coeficientes de correlación (psíquico/control) en CAPS/Transliminality y CAPS/Límite "fino". No se encontraron diferencias, excepto una leve diferencia en el factor intensidad sensorial. Además, se empleó una regresión logística binaria para evaluar cuál es el mejor predictor para el grupo de psíquicos (método *enter*). Para la muestra de 199 casos, los resultados del mejor modelo encontraron que experiencias anómalas era el mejor predictor de la

diferencia entre los psíquicos y el grupo de control [ $\beta = .073$ ;  $GL = 1$ ;  $p = .031$ ;  $r^2 = .18$ ], y en segundo lugar, si se excluye de la regresión a experiencias anómalas, el límite "fino" permanece como el mejor predictor [ $\beta = .15$ ;  $GL = 1$ ;  $p = .004$ ;  $r^2 = .15$ ], con una  $\beta$  más alta. Esto sugiere que el límite "fino" puede estar por debajo de la diferenciación entre ambos grupos (véase la tabla 2).

## DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue comparar un grupo de psíquicos con un grupo

de control (no psíquicos) para evaluar una serie de diferencias psicológicas entre ambos grupos. Los resultados muestran que los psíquicos tendían a tener más experiencias perceptuales anómalas, tales como oír voces o experiencias de olores (experiencia sensorial no compartida), ver formas, luces o colores, y oír ruidos o sonidos de origen inexplicable. Por ejemplo, Anderson (1988, citado por Irwin, 2009, p. 98) encontró que las experiencias psíquicas, en general, se correlacionaban positivamente con ideación mágica y esquizotipia en médiums. Otros resultados muestran que el grupo de psíquicos propende a tener límite “fino” y reporta experiencias más inusuales que el grupo de control. Es interesante que estos resultados reflejen una condición fronteriza en términos de experiencias subjetivas de estados de conciencia, cognición y emoción, es decir, asociados a formas de pensar e interactuar con el mundo de una manera más hipersensitiva y empática. Puede que los límites más abstractos, como opiniones (sobre la niñez, personas y organizaciones), precisión y belleza, no sean relevantes para la comprensión de las habilidades de los psíquicos, aunque se necesita más trabajo para delinear específicamente qué límites son relevantes para diferentes tipos de habilidad psíquica.

La puntuación global de transliminalidad y límite es mayor en el grupo de psíquicos (Krippner *et al.*, 2002) y en aquellos que operan como chamanes o videntes (Krippner *et al.*, 1998). Los psíquicos serían posibles candidatos para poner a prueba la “hipótesis de la continuidad” de Hartmann, debido a su familiaridad con sus propias alteraciones de la conciencia y al hecho

de que muchos de ellos tienden hacia un límite “fino”. Esto tiene implicaciones para la habilidad de resolución de problemas, ya que algunas personas pueden resolver situaciones interpersonales en el extremo opuesto del límite “fino”, mientras que otras producen soluciones que surgen de sueños, imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas, imaginería, fantasía diurna y otras condiciones asociadas al límite “fino”.

Gran parte de la investigación reciente debería ser reconsiderada en relación con variables que determinan la forma en que funcionan estas “fronteras” y los factores que moderan la delgadez del límite, en términos de una mejor comprensión de su relación con las habilidades psíquicas y otras experiencias excepcionales. Posiblemente, una línea fructífera de investigación sea la de Persinger y Makarec (1987), que han explorado la relación entre los signos del lóbulo temporal y los fenómenos parapsíquicos. La intensidad sensorial (escuchar sonidos como si fueran mucho más fuertes de lo que normalmente serían) y las experiencias sensoriales no compartidas (por ejemplo, oír voces, percibir olores o ver cosas que otros no pueden) también fueron predominantes en los psíquicos. Estos hallazgos sugieren que las habilidades psíquicas pueden estar relacionadas con procesos cognitivos que implican una fuerte actividad transliminal, en combinación con una esquizotipia perceptual adaptativa que sirve para moldear las experiencias inusuales de los psíquicos, pero que de ningún modo (o rara vez) se transforman en experiencias que implican disfunción perceptual.

La variable de transliminalidad también refleja la tendencia del material psicológico a traspasar los umbrales entre el yo y el inconsciente, y se compone de habilidades de absorción, propensión a la fantasía, ideación mágica, sistemas de creencia, experiencia mística e hiperestesia, las cuales —juntas o combinadas— pueden ser facilitadoras de psi. Aquellos cuya conciencia subliminal está “en ebullición” son propensos a experimentar imágenes sensoriales fugaces con mayor intensidad que otros (Houran *et al.*, 2003; Sherwood y Milner, 2004-2005), experiencias esquizotípicas (Thalbourne, 1998; Thalbourne, Keogh y Witt, 2005), así como labilidad del lóbulo temporal (Thalbourne, Crawley y Houran, 2003). Además, Simmonds-Moore (2009-2010) encontró una varianza común entre esquizotipia, transliminalidad y labilidad del lóbulo temporal. Los psíquicos mostraron mayor frecuencia de experiencias anómalas, transliminalidad y límite “fino”, en la línea

conceptual de aquellos estudios que evalúan medidas de propensión a la fantasía como predictoras de los fenómenos psíquicos (Wilson y Barber, 1983). Thalbourne (1999) sugirió que la susceptibilidad a la hipnosis puede jugar un rol en la transliminalidad (véase Healy, 1984), y puede estar relacionada con algunas diferencias fisiológicas en el procesamiento perceptual de las experiencias psíquicas.

Podemos concluir tentativamente que una constelación de factores interrelacionados que componen el constructo de límite “fino” sirve como una predisposición psicológica para el control de las habilidades psíquicas, que distingue a psíquicos de individuos que no lo son. También proporciona potenciales líneas de trabajo que pueden contribuir al diseño de futuros experimentos, tales como los llevados a cabo por nosotros en años recientes (por ejemplo, véase Parra y Argibay, 2007, 2009, 2013a, 2013b).

## REFERENCIAS

- Anderson, R. (2006). *Psychics, Sensitives, and Somnambules: A Biographical Dictionary*. Jefferson, NC: McFarland.
- Barbuto, J., y Plummer, B. (1998). Mental Boundaries as a New Dimension of Personality: A Comparison of Hartmann's Boundaries in the Mind and Jung's Psychological Types. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13, 421-436.
- Barbuto, J., y Plummer, B. (2000). Mental Boundaries and Jung's Psychological Types: A Profile Analysis. *Journal of Psychological Type*, 54, 17-21.
- Bell, V., Halligan, P. W., y Ellis, H. D. (2006). The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): A New Validated Measure of Anomalous Perceptual Experience. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 366-377.

- Carpenter, W. T. (2014). It Is Time for a New Paradigm for the Study of Psychoses. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 1-3.
- Funkhauser, A., Würmle, O., Cornu, C., y Bahro, M. (2001). Dream Life and Intrapsychic Boundaries in the Elderly. *Dreaming*, 11, 83-88.
- Hartmann, E. (1989). Boundaries of Dreams, Boundaries of Dreamers: Thin and Thick Boundaries as a New Personality Dimension. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 14, 557-560.
- Hartmann, E. (1991). *Boundaries in the Mind*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Hartmann, E., Harrison, R., y Zborowski, M. (2001). Boundaries in the Mind: Past Research and Future Directions. *North American Journal of Psychology*, 3, 347-368.
- Healy, J. (1984). The Happy Princess: Psychological Profile of a Psychic. *Journal of the Society for Psychical Research*, 52, 289-296.
- Houran, J., y Lange, R. (2009). Searching for an Optimal Level of Transliminality in Relation to Putative Psi. *Journal of the Society for Psychical Research*, 73, 92-102.
- Houran, J., Thalbourne, M. A., y Hartmann, E. (2003). Comparison of Two Alternative Measures of the Boundary Construct. *Perceptual and Motor Skills*, 96, 311-323.
- Irwin, H. (2009). *The Psychology of Paranormal Belief: A Research's Handbook*. Hartfield: The University of Hertfordshire Press.
- Jaén-Moreno, M. J., Moreno-Díaz, M. J., Luque-Luque, R., y Bell, V. (2014). Validation of the Spanish Version of the Cardiff Anomalous Perceptions Scale in the General Population. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(1), 1-8.
- Johns, L. C., Cannon, M., Singleton, N., Murray, R. M., Farrell, M., y Brugha, T. (2004). Prevalence and Correlates of Self-Reported Psychotic Symptoms in the British Population. *British Journal of Psychiatry*, 185, 298-305.
- Krippner, S. (2010). *Debating Psychic Experience: Human Potential or Human Illusion?* Santa Bárbara, CA: ABC Clío.
- Krippner, S., Wickramasekera, I., y Tartz, R. (2002). Scoring Thick and Scoring Thin: The Boundaries of Psychic Claimants. *Journal of Subtle Energy*, 11, 43-61.
- Krippner, S., Wickramasekera, I., Wickramasekera, J., y Winstead, C. W. (1998). The Ramtha Phenomenon: Psychological, Phenomenological, and Geomagnetic Data. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 92, 1-24.
- Linscott, R. J., y Van Os, J. (2010). Systematic Reviews of Categorical versus Continuum Models in Psychosis: Evidence for Discontinuous Subpopulations Underlying a Psychometric Continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 391-419.



- López-Ibor, J. J., Ortiz, T., y López-Ibor, M. I. (2011). Perception, Experience and Body Identity. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(13), 3-118.
- Palmer, J., Simmonds-Moore, C. A., y Baumann, S. (2006). Geomagnetic Fields and the Relationship between Human Intentionality and the Hemolysis of Red Blood Cells. *Journal of Parapsychology*, 70.2, 275-301.
- Parra, A. (2011a). *¿Qué es sensibilidad psíquica?* Buenos Aires: Longseller.
- Parra, A. (2011b). Thinking Styles of Psychic Claimants. *Australian Journal of Parapsychology*, 11, 61-71.
- Parra, A. (2014). *Alucinaciones: ¿experiencia o trastorno?* Buenos Aires: Teseo, colección UAI.
- Parra, A., y Argibay, J. C. (2007). Comparing a Free-Response Psychometry Test with a Free-Response Visual Imagery Test for a Non-Psychic Sample. *Journal of the Society for Psychical Research*, 71(887), 91-99.
- Parra, A., y Argibay, J. C. (2009). "Face-to-Face" Psychic vs. "Remote" Psychic Readings: Comparing Psychics/Non-Psychic Groups Mediatized by "Token-Object" Effect. *Australian Journal of Parapsychology*, 9, 57-69.
- Parra, A., y Argibay, J. C. (2012). Dissociation, Absorption, Fantasy Proneness and Sensation-Seeking in Psychic Claimants. *Journal of the Society for Psychical Research*, 76.4(909), 193-203.
- Parra, A., y Argibay, J. C. (2013a). Psi and Death of the Person-Target: An Experiment with Highly Emotional Iconic Representations. *NeuroQuantology*, 4(1), 537-543.
- Parra, A., y Argibay, J. C. (2013b). Anomalous Remote Diagnosis: Mental and Motor Psi Impressions under Iconic Representation of the Person-Target. *Journal of Parapsychology*, 77, 123-130.
- Palmer, J. (1996). Individual Differences in Blind Psychic Readings. *Proceedings of the PA Convention*, 299-316.
- Parra, A., y Villanueva, J. C. (2011a). Mirror-Gazing Facility and Psi: Examining Personality Measures. *Journal of the Society for Psychical Research*, 75(905), 178-190.
- Parra, A., y Villanueva, J. C. (2011b). Exploring Different Personality Traits with Psychic Claimants. En M. Kitenis (Ed.), *Proceedings of the 54<sup>th</sup> Annual Convention of the Parapsychological Association* (p. 22). Curitiba, Paraná, Brasil.
- Persinger, M. A., y Makarec, K. (1987). Temporal Lobe Epileptic Signs and Correlative Behaviors Displayed by Normal Populations. *Journal of Genetic Psychology*, 114, 179-195.
- Richards, D. G. (1996). Boundaries in the Mind and Subjective Interpersonal Psi. *Journal of Parapsychology*, 60, 227-240.

- Roxburgh, E. C., y Roe, C. A. (2011). A Survey of Dissociation, Boundary Thinness and Psychological Wellbeing in Spiritualist Mental Mediumship. *Journal of Parapsychology*, 75.3, 279-299.
- Sánchez-Bruno, A., y Borges del Rosal, A. (2005). Transformación Z de Fisher para la determinación de intervalos de confianza del coeficiente de correlación de Pearson. *Psicothema*, 17(1), 148-153.
- Sanders, R. E., Thalbourne, M. A., y Delin, P. S. (2000). Transliminality and the Telepathic Transmission of Emotional States: An Exploratory Study. *Journal of the American Society for Psychological Research*, 94, 1-24.
- Schmeidler, G. R. (1967). ESP Breakthrough: Paranormal Effects in Real Life. *Journal of the American Society for Psychological Research*, 61, 306-325.
- Schouten, S. A. (1994). An Overview of Quantitatively Evaluated Studies with Mediums and Psychics. *Journal of the American Society for Psychological Research*, 88, 221-254.
- Sherwood, S. J., y Milner, M. (2004-2005). The Relationship between Transliminality and Boundary Structure Subscales. *Imagination, Cognition and Personality*, 24(4), 369-378.
- Simmonds, C. A. (2003). *Investigating Schizotypy as an Anomaly-Prone Personality* (tesis doctoral). University College Northampton, Reino Unido.
- Simmonds-Moore, C. A. (2009-2010). Sleep Patterns, Personality, and Subjective Anomalous Experiences. *Imagination, Cognition, and Personality*, 29(1), 71-86.
- Storm, L., y Thalbourne, M. A. (1998-1999). The Transliminal Connection between Paranormal Effects and Personality in an Experiment with the I Ching. *European Journal of Parapsychology*, 14, 100-124.
- Thalbourne, M. A. (1998). Transliminality: Further Correlates and a Short Measure. *Journal of the American Society for Psychological Research*, 92, 402-419.
- Thalbourne, M. A. (1999). Transliminality: A Review. *International Journal of Parapsychology*, 11, 1-34.
- Thalbourne, M. A. (2009). Transliminality, Anomalous Belief and Experience, and Hypnotisability. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 119-130.
- Thalbourne, M. A., Crawley, S. E., y Houran, J. (2003). Temporal Lobe Lability in the Highly Transliminal Mind. *Personality and Individual Differences*, 34, 1965-1974.
- Thalbourne, M. A., y Houran, J. (2000). Transliminality, the Mental Experience Inventory and Tolerance of Ambiguity. *Personality and Individual Differences*, 28, 853-863.

- Thalbourne, M. A., Keogh, E., y Witt, G. (2005). Transliminality and the Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences. *Psychological Reports*, 96, 579-585.
- Wilson, S. C., y Barber, T. X. (1983). The Fantasy-Prone Personality: Implications for Understanding Imagery, Hypnosis, and Parapsychological Phenomena. En A. A. Sheikh (Ed.), *Imagery: Current Theory, Research, and Application* (pp. 340-382). Nueva York, NY: John Wiley.



# ***Factores socioeducativos y sentido de coherencia asociados a la calidad de vida en adolescentes de Lima Metropolitana***

Mariela Dejo  
María del Carmen Espinoza  
Paola Gambini  
Macarena Scarafia  
Universidad de Lima, Perú

Recibido: 21 de enero del 2018 / Aprobado: 26 de agosto del 2018  
doi: 10.26439/persona2018.n021.3021

*La investigación tuvo como objetivo explicar el constructo de calidad de vida asociado a factores socioeducativos y sentido de coherencia en adolescentes de Lima Metropolitana. Participaron 1211 adolescentes, entre 12 y 19 años de edad, de instituciones educativas públicas y privadas de Lima Metropolitana. Se administraron el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes (CCVA), la Escala de Sentido de Coherencia y un cuestionario sobre las variables de estudio: contexto familiar, clima escolar y factores de riesgo. Los resultados muestran que las tres dimensiones del sentido de coherencia son predictoras de la calidad de vida. Los factores socioeducativos familiar y clima escolar presentaron diferencias estadísticas significativas en los niveles de calidad de vida según sectores socioeconómicos.*

---

calidad de vida / sentido de coherencia / adolescentes

---

---

Correo electrónico: mcdejo@ulima.edu.pe

Persona 21 (2), julio-diciembre del 2018, ISSN 1560-6139, pp. 61-77

**Socio-educational factors and sense of coherence associated with quality of life in adolescents of Lima Metropolitan area**

*The research aimed to explain the construct Quality of Life associated with socio-educational factors and the sense of coherence in adolescents of Lima Metropolitan area. The study population consisted of 1211 adolescents aged 12 to 19 attending public and private educational institutions of Lima Metropolitan area. Data was obtained through the Questionnaire for Assessing Adolescent Students' Quality of Life (CCVA), the Sense of Coherence Scale (SCS), and a questionnaire on the study variables Family Context, School Climate, and Risk Factors. The results show that the three dimensions of the sense of coherence are good predictors of quality of life. The socio-educational factors Family Context and School Climate presented statistically significant differences in quality of life levels depending on the socio-economic sectors.*

---

quality of life / sense of coherence / adolescents

---

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha surgido la necesidad de responder a una realidad social compleja y demandante: la educación escolar en el Perú. Para lograrlo, es imprescindible preparar a los estudiantes en logros académicos, pero también abordar competencias fundamentales para el desarrollo personal y la consolidación de un proyecto de vida. Por esta razón, el objetivo principal de las políticas públicas educativas actuales es brindar una formación integral al estudiante (Consejo Nacional de Educación, 2007). En este sentido, la psicología contribuye mediante investigaciones acerca de diversos factores asociados al éxito académico; sin embargo, la necesidad de conocer más al respecto para proponer pautas educativas que puedan ser implementadas en políticas públicas sigue vigente.

Actualmente, se conoce que los constructos de calidad de vida y sentido de coherencia se encuentran estrechamente relacionados con el bienestar y la satisfacción personal, ya que constituyen recursos adaptativos para afrontar las demandas y estresores de la vida cotidiana en todos los ámbitos de una persona: social, educativo, laboral y de la salud. No obstante, estos conceptos han sido poco explorados en la realidad peruana, principalmente en la población joven y en contextos educativos.

### *Calidad de vida*

A la fecha, la propuesta más aceptada sobre la identificación de las principales dimensiones de la calidad de vida es la que proponen Schalock y Verdugo (2002):

desarrollo personal, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico, bienestar material, autodeterminación, inclusión social y derechos. Si bien estas son similares para todas las personas, varían en intensidad y valoración; además, su evaluación depende de la cultura. Es así como, a partir de un exhaustivo análisis de estos componentes, se construyó el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes (CCVA) (Gómez-Vela y Verdugo, 2009), que evalúa aspectos relevantes de la vida y el grado de satisfacción con esta, el cual fue utilizado para realizar esta investigación.

### *Sentido de coherencia*

Para Antonovsky y Sagy (1986), el sentido de coherencia es una capacidad y una orientación global que define la capacidad con la cual un individuo, con un persistente y dinámico sentimiento de confianza, encara los estímulos provenientes de los medios internos o externos. Dentro de este constructo, se pueden identificar tres subdimensiones: la capacidad de comprensión (medida en que la persona puede percibir los estímulos como estructurados, predictivos y explicables), la capacidad de gestión (percepción acerca de los propios recursos para satisfacer las exigencias colocadas por esos estímulos) y la capacidad de significado (percepción acerca del sentido de la vida y catalizador del esfuerzo que se invierte en ella). Cada una de las dimensiones del sentido de coherencia se ve influenciada por las experiencias vitales del individuo y sus recursos generales de resistencia (GRR) (Rivera, García-Moya, Moreno y Ramos,

2013). Asimismo, Antonovsky (como se citó en Dejo, 2007) señala que el sentido de coherencia facilita el desarrollo de una estrategia de resolución de problemas y gestión de estrés, lo cual promueve la salud mental y la calidad de vida.

Del mismo modo, Antonovsky y Sagy (1986) resaltan el papel de la familia en la constitución de esta capacidad, indicando que la posición social, la situación económica y las relaciones sociales intervienen en la formación de este fenómeno. Los padres pueden resultar una pieza clave en la transformación positiva del potencial de los hijos y su apoyo se puede manifestar mediante diversas conductas, actividades y estrategias.

### **Factores socioeducativos**

Existen diversos factores que influyen en la vida del adolescente. Por ejemplo, el rendimiento académico, que suele ser definido por los docentes a través de las calificaciones escolares, y usualmente se toma como sinónimo de inteligencia o de aprendizaje. Sin embargo, otros autores como Piñero y Rodríguez (1998) añaden otras múltiples variables, como el contexto del estudiante y su nivel socioeconómico. Así también, la autoconfianza, la autoestima, el clima escolar del aula y el maltrato a los estudiantes son factores vinculantes al rendimiento académico (Espinoza, 2006).

Asimismo, la familia es una pieza clave, es decir, una de las influencias educativas más poderosas para la transformación del potencial en talentos actuantes, no solo porque constituye el primer contexto de socialización del ser humano, sino también

porque aporta “ingredientes” básicos a la educación de los niños con altas capacidades, como conocimientos, ambiente de libertad, seguridad, atención personalizada y educación permanente (De la Torre y Pérez, 2006). Esta influencia se da mediante diversas conductas, actividades y estrategias de los miembros, dentro y fuera de la escuela (Castellanos, Bazán, Ferrari y Hernández, 2015).

Otro factor que influye en el adolescente es el clima escolar, entendido como la percepción que los individuos tienen sobre los distintos aspectos del ambiente en el cual se desarrollan actividades educativas. El clima escolar puede ser de dos tipos: uno nutritivo, en el que la convivencia es positiva; y otro tóxico, donde se desarrolla el aspecto negativo de cada persona y la solución de conflictos es poco constructiva. Este factor impacta en áreas relevantes como la capacidad de retención de las escuelas, el bienestar y desarrollo socioafectivo de los alumnos, el bienestar de los docentes, el rendimiento y la efectividad escolar, entre otros (Milicic y Arón, 2000).

### **Adolescencia**

Para evaluar todas las variables anteriormente mencionadas, es necesario tomar en cuenta que, durante la adolescencia, la persona atraviesa por un proceso de adaptación y búsqueda de identidad. Durante esta etapa, se adquieren los distintos estilos de vida que guiarán al individuo por el resto de su vida, tanto saludables como problemáticos (Díaz y González, 2014). Por tanto, este período es considerado como uno de los más importantes en la vida. En él se producen



experiencias de gran impacto para el individuo, como el desarrollo de la identidad, la adquisición de distintas actitudes, la capacidad de razonamiento abstracto y el aumento de la autonomía (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016).

Sin embargo, actualmente, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012), el adolescente en el Perú vive inmerso en una gran variedad de factores de riesgo que influyen en su desarrollo personal y su autorrealización. Ejemplos de ello son las crecientes tasas de maternidad adolescente, el consumo de drogas (legales e ilegales), las infecciones de transmisión sexual, los trastornos alimenticios, el trabajo adolescente, la explotación sexual, etcétera. Tales factores, en muchos casos, traen como consecuencia la deserción escolar.

### **La educación en el Perú**

En cuanto a la educación en el Perú, el sistema nacional se caracteriza por presentar problemas de cobertura primaria y aún tiene mucho camino por recorrer, principalmente, en los niveles de inicial y secundaria. Cabe señalar que se observan amplias diferencias en cuanto a calidad educativa integral, según el nivel socioeconómico al que pertenece la familia del estudiante. En esta línea, el *Proyecto Educativo Nacional al 2021* (Ministerio de Educación, 2007) menciona que una de las causas del fracaso es el centralismo educativo en el país, donde la expansión de la educación no ha cumplido su promesa de universalidad y calidad para todos. Además, se evidencia que el porcentaje

del presupuesto público asignado a la educación es insuficiente. A esta situación la acompaña la falta de políticas que focalicen mayores recursos en las zonas con altos niveles de pobreza y necesidad.

La visión propuesta al 2021 aspira a que todos los niños desarrollen su potencial desde la primera infancia, accedan al mundo letrado, resuelvan problemas, practiquen valores, sepan seguir aprendiendo, se asuman ciudadanos con derechos y responsabilidades, entre otros. En este sentido, se han propuesto seis objetivos: (1) oportunidades y resultados de igual calidad para todos; (2) estudiantes e instituciones que logran aprendizajes pertinentes y de calidad; (3) maestros bien preparados que ejerzan la docencia con profesionalidad; (4) una gestión descentralizada, democrática, que alcanza resultados y es financiada con equidad; (5) educación superior de calidad que se convierta en un factor favorable para el desarrollo y la competitividad nacional; y (6) una sociedad que educa a sus ciudadanos y los compromete con su comunidad.

Una educación integral supone el desarrollo de la persona en todas y cada una de sus dimensiones: física, intelectual, social, moral y religiosa. Se plantea que, a lo largo de la vida, el individuo debe aprender a conocer, a hacer, a vivir y a ser; sin embargo, los sistemas educativos suelen dar prioridad y enfocarse únicamente en la adquisición de conocimientos, dejando de lado otras formas de aprendizaje. La educación debe ser vista como un todo, en el que el individuo sea capaz de desenvolverse en un amplio número de situaciones, comprender a otros y formar una personalidad

propia, con autonomía, juicio y responsabilidad (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco, 1996).

Esta visión de educación puede resultar utópica para la realidad peruana, puesto que el sistema educativo nacional está centrado en potenciar la dimensión intelectual de sus alumnos, olvidando la importancia de las demás dimensiones. Sin embargo, incorporar en la educación escolar conceptos como calidad de vida y sentido de coherencia, desde una visión sistémica de aspectos salutogénicos y de bienestar personal vinculados a variables socioeducativas (como se plantea en esta investigación), podría ser de gran utilidad para lograr las transformaciones necesarias en el sistema educativo. Esto ayudaría a atender las principales necesidades y deseos de los estudiantes, de tal manera que se contribuya a su educación integral al contemplar todas las esferas de la vida de un individuo.

## MÉTODO

### *Tipo y diseño de investigación*

La presente investigación fue planteada desde un enfoque cuantitativo debido a la naturaleza de las variables, y es de tipo explicativo, ya que se pretende dar respuesta a las causas de los eventos sociales, en este caso, la influencia de los factores socioeducativos en los constructos de calidad de vida y sentido de coherencia en adolescentes de Lima Metropolitana. Con esta finalidad, el estudio siguió un diseño no experimental, debido a que no se buscó manipular de

ninguna forma las variables antes mencionadas. Siendo así, el diseño fue transversal, pues se realizó una descripción y análisis de las relaciones causales que pudieron tener las variables en un momento determinado y en un contexto específico (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### *Participantes*

La población objetivo de la presente investigación estuvo constituida por adolescentes comprendidos entre las edades de 12 a 19 años que se encuentran cursando estudios en los centros educativos de Lima Metropolitana (Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI, 2014). En total, participaron 1211 estudiantes de instituciones educativas públicas y privadas, siendo el muestreo de tipo bietápico y habiéndose identificado a los participantes de los cinco ámbitos geográficos en que está distribuida Lima Metropolitana. La media de edad fue de 14 años y 9 meses; hubo un mayor porcentaje de mujeres (54,6 %) que de hombres (45,4 %). En lo que respecta al nivel socioeconómico, la mayoría de los adolescentes se encontraban en el nivel C (31,8 %), y en segundo orden estaba el nivel B (29,7 %).

### *Técnicas de recolección de datos*

A fin de lograr los objetivos de esta investigación, se emplearon tres instrumentos:

1. Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes (CCVA), propuesto por Gómez-Vela y Verdugo (2009). El CCVA evalúa los siguientes aspectos: bienestar emocional,

integración a la comunidad, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación y bienestar material.

El cuestionario cuenta con estudios de validación en población peruana (Sotelo, Sotelo, Domínguez y Barboza, 2013); no obstante, se realizaron los análisis psicométricos respectivos para la población objeto de este estudio (evidencias de validez de contenido con el método de jueces, y evidencias de validez de la estructura interna a través del análisis factorial y confiabilidad con el alfa de Cronbach y las correlaciones ítem-test totales).

2. Escala de Sentido de Coherencia (Antonovsky, 1993). El test está constituido por 29 ítems agrupados en tres subescalas que evalúan las dimensiones del constructo: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Los índices de fiabilidad reportados por Antonovsky (1993) oscilan entre .78 y .82. Eriksson y Lindström (2006) reportaron buenas evidencias de validez externa, mientras que Rivera, García-Moya, Moreno y Ramos (2013) reportan una confiabilidad de .87 en una muestra de adolescentes españoles.
3. Evaluación de los factores socioeducativos, para lo cual se elaboró un cuestionario donde se solicitó información

sobre las variables de estudio: contexto familiar, clima escolar y riesgo de violencia. Se realizó un estudio piloto para obtener información psicométrica que permita garantizar el diseño y construcción del instrumento (evidencias de validez de contenido a través del método de jueces, y confiabilidad de las puntuaciones derivadas de la aplicación a la muestra piloto).

## RESULTADOS

Con respecto a los perfiles descriptivos de la calidad de vida de los adolescentes, y considerando el nivel socioeconómico al que pertenecen, las instituciones educativas del nivel socioeconómico C presentaron mayor respuesta promedio en las dimensiones de bienestar emocional (3,19) e integración (2,82). Asimismo, como se puede observar en la tabla 1, en el caso de la dimensión de las relaciones interpersonales, sobresalen las respuestas promedio en los colegios del nivel socioeconómico AB y B. Es interesante observar cómo en los colegios del nivel socioeconómico AB destacaron las respuestas promedio en las dimensiones de desarrollo personal (3,35), autodeterminación (3,16) y bienestar material (3,03). Por último, en la dimensión de bienestar físico, las respuestas promedio se hallan en los colegios de sectores económicos AB, B y C (3,43 en todos ellos).

Tabla 1

*Resumen descriptivo de la calidad de vida según nivel socioeconómico*

NSE	Bienestar emocional	Integración	Relaciones interpersonales	Desarrollo personal	Bienestar físico	Auto-determinación	Bienestar material
AB	3,06	2,77	3,37	3,35	3,43	3,16	3,03
B	3,11	2,78	3,37	3,24	3,43	3,12	2,97
C	3,19	2,82	3,33	3,29	3,43	3,06	2,89
D	3,13	2,74	3,26	3,25	3,39	3,01	2,84
E	3,18	2,70	3,31	3,23	3,33	3,01	2,98
K-S							
p	.09	.16	.01	.12	.71	.02	< .0001

Sobre los perfiles descriptivos de las áreas de la Escala de Sentido de Coherencia, y teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de los participantes, en la tabla 2 se encontró que en la dimensión de manejabilidad sobresale la respuesta promedio en

los colegios del nivel socioeconómico AB (4,74). En el caso de las dimensiones de significatividad y comprensibilidad, destaca la respuesta promedio en los colegios del nivel socioeconómico B (5,14 y 3,94, respectivamente).

Tabla 2

*Resumen descriptivo del sentido de coherencia*

NSE	Manejabilidad	Significatividad	Comprensibilidad
AB	4,74	5,12	3,90
B	4,70	5,14	3,94
C	4,59	5,13	3,83
D	4,55	5,04	3,76
E	4,29	4,89	3,78
K-S			
p	.002	.48	.24

En cuanto a los perfiles descriptivos por áreas de los factores socioeducativos según el nivel socioeconómico, en la tabla 3 se evidenció que en el factor familiar y escolar prevalecieron las respuestas promedio

en los colegios del NSE C (3,10 y 3,04, respectivamente). En el caso del factor riesgo, existe mayor protección en los colegios del NSE B y C (1,92 y 1,90, también respectivamente).

Tabla 3  
*Resumen descriptivo de factores socioeducativos*

NSE	Familiar	Escolar	Riesgo
AB	3,03	3,01	1,86
B	3,04	2,97	1,92
C	3,10	3,04	1,90
D	3,08	2,98	1,87
E	3,02	3,04	1,80
K-S			
p	.14	.07	< .0001

De acuerdo con el modelo explicativo que utiliza la técnica de regresión múltiple, las tres dimensiones del sentido de coherencia resultaron ser predictoras de la calidad

de vida ( $p < .05$ ). En la tabla 4, se puede observar que el modelo es estadísticamente significativo ( $F_{(2,1198)} = 25,74$ ,  $p < .0001$ ), y explica el 60 % de la varianza total.

Tabla 4  
*Dimensiones del sentido de coherencia como predictoras de la calidad de vida*

Dimensiones	Coefficiente estandarizado (beta)	t	p
(Constante)		11,46	< .0001
Manejabilidad	0,06	2,56	.011
Significatividad	0,13	5,46	< .0001
Comprensibilidad	0,10	4,48	.0001
$r = .77$			$r_2 = 60 \%$

Los factores socioeducativos familia y clima escolar también fueron predictores de esta misma variable ( $p < .05$ ). Igualmente, en la tabla 5 se observan las diferencias en la calidad de vida de acuerdo con el NSE

( $p < .05$ ). Además, se encuentra que el modelo es estadísticamente significativo ( $F_{(3,1198)} = 50,27, p < .0001$ ), y permite explicar el 60 % de la varianza total.

Tabla 5  
*Factores socioeducativos como predictores de la calidad de vida*

Factores	Coefficiente estandarizado (beta)	t	p
(Constante)		17,05	< .0001
Familiar	0,40	18,09	< .0001
Clima escolar	0,32	14,74	< .0001
Riesgo	-0,02	-1,12	.263
NSE	-0,09	-4,95	< .0001
$r = .77$		$r_2 = 60 \%$	

Por otro lado, siguiendo con el mismo modelo, en la tabla 6 se demuestra que la dimensión de bienestar emocional es predictora del sentido de coherencia ( $p < .05$ ).

Asimismo, se encuentra que el modelo es estadísticamente significativo ( $F_{(6,1198)} = 65,74, p < .0001$ ), y permite explicar el 38 % de la varianza total.

Tabla 6  
*Dimensiones de la calidad de vida como predictoras del sentido de coherencia*

	Coefficiente estandarizado (beta)	t	p
(Constante)		1,39	.146
Bienestar emocional	0,30	8,49	< .0001
Integración	-0,01	-0,23	.818
Relaciones interpersonales	0,05	1,36	.177
Desarrollo personal	-0,04	-1,09	.275
Bienestar físico	0,03	0,91	.366
Autodeterminación	0,05	1,79	.073
Bienestar material	-0,05	-1,82	.070
$r = .62$		$r_2 = 38 \%$	

Por último, los factores socioeducativos familiar, escolar y riesgo también fueron predictores de esta misma variable ( $p < .05$ ). Se hallaron diferencias de acuerdo con el NSE de los participantes ( $p < .05$ ). El modelo explicativo

alcanza el 38 %, según la tabla 7. Además, se encuentra que el modelo es estadísticamente significativo ( $F_{(3,1198)} = 47,51$ ,  $p < .0001$ ), y permite explicar el 38 % de la varianza total.

Tabla 7

*Factores socioeducativos como predictores del sentido de coherencia*

	Coeficiente estandarizado (beta)	t	p
(Constante)		1,45	.149
Familiar	0,10	3,03	.002
Escolar	0,13	3,98	< .001
Riesgo	0,05	2,10	.036
NSE	-0,07	-2,85	.004
$r = .62$			$r^2 = 38 \%$

## DISCUSIÓN

Los antecedentes de investigación en materia de calidad de vida adolescente muestran que la mayoría de estudios se han focalizado en países de elevados recursos y en personas con enfermedades crónicas de todas las especialidades médicas (Higuita-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015). Dada la realidad local, resulta imperativo continuar investigando acerca de esta temática en poblaciones menos favorecidas económicamente y en adolescentes sin enfermedad.

El presente estudio revela que los adolescentes de nivel socioeconómico medio ofrecen mayor respuesta promedio en la dimensión de bienestar emocional, mientras que en niveles socioeconómicos más altos (AB) se evidencia mayor respuesta promedio en las dimensiones de relaciones

interpersonales, autodeterminación y bienestar material. Por un lado, autores como Prieto *et al.* (2008) encontraron que el bienestar emocional es un factor determinante al valorar la calidad de vida. Por otro lado, hogares que satisfacen necesidades tanto en lo material como en lo social favorecen los sentimientos de satisfacción, bienestar general, seguridad, metas, creencias y espiritualidad de los jóvenes (Gómez-Vela y Verdugo, 2009). En ese sentido, el mayor acceso a recursos económicos puede brindar la oportunidad para que los jóvenes desarrollen capacitación en autorregulación, toma de decisiones y solución de problemas. Indicadores como elección personal, autonomía y satisfacción con el ámbito académico suelen presentarse en las personas que participan de entornos familiares, educativos y sociales más desarrollados. Además, las

condiciones materiales con las que cuentan contribuyen a un mejor enfoque en sus proyectos personales y de autorrealización, e igualmente facilitan la interacción social, lo que genera en los adolescentes mayor integración a su comunidad, ajuste psicossocial, menor violencia y aislamiento, mayor autoestima académica y social, y más satisfacción con la vida (Martínez, Amador, Moreno y Musitu, 2011).

Con relación al sentido de coherencia, se encontró que mientras mayor es el nivel socioeconómico al que pertenecen los adolescentes, se presenta una percepción más segura de su entorno, sintiéndose en la capacidad de responder con éxito a situaciones demandantes de la vida (Salazar, Ruvalcaba, Figueroa y Pando, 2015). Esto se debe a que el poder adquisitivo hace posible el desarrollo de actividades familiares recreativas y que los padres puedan involucrarse en ellas, lo que promueve el sano desarrollo de relaciones parentales y de recursos de afrontamiento adecuados (Moreno, Muñoz-Tinoco y Pérez Moreno, citados por García-Moya, 2014). A contraparte, la disminución de la fuerza de este constructo se ve amenazada frecuentemente por dificultades económicas experimentadas durante la infancia (Lundberg, citado por García-Moya, 2014) y la posesión de pocos recursos materiales en la actualidad. García-Moya (2014) menciona que la falta de recursos genera consecuencias negativas para las relaciones entre padres e hijos. De acuerdo con los resultados obtenidos en la muestra estudiada de adolescentes en este trabajo, el sentido de coherencia es predictor de la calidad de vida, como también refieren Eriksson y Lindström

(2006), ya que cuanto mayor sea su sentido de coherencia, mejor será su calidad de vida. De forma inversa, los factores socio-educativos: familiar, escolar y riesgo, son predictores del sentido de coherencia de los participantes.

De las variables estudiadas, la que resulta de mayor poder explicativo sobre la calidad de vida de los participantes es el factor familiar. Diversos autores (De la Torre y Pérez, 2006; Freeman, 2010; Castellanos *et al.*, 2015) han subrayado cómo la familia brinda apoyo a los niños desde sus primeras etapas en los planos afectivo, material e instrumental, dotándolos de estrategias y oportunidades para que potencien sus recursos con fines de adaptación. Del mismo modo, los factores sociofamiliares protectores de la calidad de vida son la funcionalidad familiar, la demostración de afecto entre los padres y el juego entre padres e hijos (Vilela-Estrada *et al.*, 2016; Higuera-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2014). Si es en la familia donde se forman los primeros vínculos de apego y se construyen conjuntamente las ideologías de la realidad, la presencia de conflicto entre los padres influye negativamente en la formación del sentido de coherencia en los hijos (Bowlby *et al.*; Schneider, Atkinson y Tardif, citados por García-Moya, 2014). Al absorber los problemas familiares, aumenta la irritabilidad y el agotamiento emocional, por lo que los individuos se vuelven más proclives al conflicto y se evidencia mayor presencia de prácticas punitivas (Buehler y Gerard, 2002). Por el contrario, factores protectores como las relaciones personales sólidas, así como un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento



positivas, fortalecen la prevención del suicidio (World Health Organization, WHO, 2014), mientras que un bajo sentido de coherencia se asocia a la ideación suicida alta, y viceversa (Ristkari, Sourander, Ronning, Nikolakaros y Helenius, 2008).

El clima escolar es el segundo predictor de la calidad de vida de los participantes. De ahí la necesidad de generar ambientes escolares nutritivos (Milicic y Arón, 2000), caracterizados por la no violencia, la convivencia e interacción social positivas, la buena disposición para los aprendizajes y la sensación de estar en agrado con las actividades desarrolladas. También es necesario que exista un compromiso y motivación de parte de las escuelas a través del desarrollo de relaciones positivas entre estudiantes, profesores y padres, lo que redundará en el incremento de la calidad de vida de los adolescentes (Arancibia, 1991; Bellei, Muñoz, Pérez y Raczynski, 2003).

Es de suma importancia señalar la deficiencia en el sistema educativo en instituciones del sector público, a diferencia de las del sector privado, en la realidad peruana. Así, se observa cómo en niveles socioeconómicos más bajos la educación impartida es rutinaria, pasiva y mecánica (Unicef, 2005). La motivación que los docentes puedan tener se obstaculiza por la presencia de condiciones laborales poco favorables para el profesorado, lo que repercute en los procesos de enseñanza-aprendizaje, el clima escolar, la satisfacción emocional y, por ende, en la calidad de vida de los adolescentes.

Para concluir, asociando las anteriores variables predictoras, se observa cómo el bienestar físico y psicológico,

la funcionalidad familiar y el ambiente escolar influyen positivamente sobre la percepción de la calidad de vida. Si bien en el presente estudio no se ha encontrado relación significativa entre el factor riesgo y la calidad de vida, autores como Hidalgo-Rasmussen e Hidalgo-San Martín (2015), y Margarita, Vinaccia, Zilena, y González (2014), evidenciaron que la disminución del ánimo, la desesperanza, el estrés y la depresión aumentan la posibilidad de un nivel de calidad de vida bajo, constituyendo comportamientos asociados a riesgo suicida, en contraposición a lo que factores protectores de la calidad de vida psicosocial y emocional podrían aportar.

## CONCLUSIONES

Como resultado del estudio, se plantean las siguientes conclusiones:

1. Los estudiantes del nivel socioeconómico C presentaron mayores respuestas promedio en las dimensiones de bienestar emocional e integración de la calidad de vida, mientras que en los niveles socioeconómicos AB sobresalen respuestas promedio en desarrollo personal, autodeterminación y bienestar material. En estas dos últimas dimensiones, se encuentran, además, diferencias estadísticamente significativas entre niveles socioeconómicos.
2. La dimensión de manejabilidad del sentido de coherencia tiene mayores respuestas promedio en el nivel socioeconómico AB. Además, es en esta dimensión donde se encuentran diferencias es-

tadísticamente significativas en función de los niveles socioeconómicos.

3. En el nivel C, sobresalen las respuestas promedio en los factores socioeducativos familiar y clima escolar. En el factor riesgo, hay mayor protección en los colegios de los sectores B y C. Este factor tiene diferencias significativas en función del nivel socioeconómico.
4. Las tres dimensiones del sentido de coherencia son predictoras de la calidad de vida. El modelo es explicado en un 60 %.
5. Los factores socioeducativos familiar y clima escolar son predictores de la calidad de vida en adolescentes, hallándose diferencias significativas en los niveles de calidad de vida según sectores socioeconómicos.
6. La dimensión de bienestar emocional de la calidad de vida es predictora del sentido de coherencia.
7. Los factores socioeducativos familiar, escolar y riesgo son predictores del sentido de coherencia. El modelo es explicado en

un 38 %. También hay diferencias en el sentido de coherencia en función del nivel socioeducativo perteneciente.

8. Las instituciones educativas deben prestar atención a la mejora de las relaciones sociales (amigos, docentes, familiares), y no solo a aspectos de enseñanza y aprendizaje, para lograr un buen ajuste personal.
9. Se destaca la importancia trascendental de la familia en los procesos de desarrollo personal, sobre todo en aspectos de bienestar, calidad de vida y satisfacción personal.
10. Se debe priorizar la educación de la niñez y adolescencia, y, específicamente en el currículo escolar, los aspectos de desarrollo personal que involucren autogestión de recursos adaptativos en el ámbito psicosocial, toma de decisiones, autopercepción y significado de la propia vida, autonomía, autoeficacia, entre otros componentes de la salud emocional, que permitan darle una visión integral al desarrollo del niño y del adolescente.

## REFERENCIAS

- Antonovsky, A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-736.
- Antonovsky, H., y Sagy, S. (1986). The Development of a Sense of Coherence and Its Impact on Responses to Stress Situations. *Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-225.
- Arancibia, V. (1991). Efectividad escolar: un análisis comparado. Recuperado de [www.cepchile.cl/dms/archivo\\_1819\\_1298/rev47\\_arancibia.pdf](http://www.cepchile.cl/dms/archivo_1819_1298/rev47_arancibia.pdf)

- Bellei, C., Muñoz, G., Pérez, L. M., y Raczynski, D. (2003). *¿Quién dijo que no se puede? Escuelas efectivas en sectores de pobreza*. Santiago de Chile: Ministerio de Educación; Unicef.
- Buehler, Ch., y Gerard, J. M. (2004). Marital Conflict, Ineffective Parenting, and Children's and Adolescent' Maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64, 78-92
- Castellanos, D., Bazán, A., Ferrari, A., y Hernández, C. (2015). Apoyo familiar en escolares de alta capacidad intelectual de diferentes contextos socioeducativos. *Revista de Psicología*, 33(2), 299-332.
- Consejo Nacional de Educación. (2007). *Proyecto Educativo Nacional*. Recuperado de <http://www.cne.gob.pe/>
- De la Torre, F., y Pérez, L. (2006). La familia y el desarrollo del potencial creativo de los niños con altas capacidades. En L. Pérez (Coord.), *Alumnos con capacidad superior: experiencias de intervención educativa* (pp. 353-392). Madrid: Síntesis.
- Dejo, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances en Psicología*, 25(1), 64-71. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a7.pdf>
- Díaz, C., y González, M. (2014). Conductas problema en adolescentes en la ciudad de Monterrey, México. *Enfermería Global*, 13(33), 1-16. doi: 10.6018/eglobal.13.1.184861
- Eriksson, M., y Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the Relation with Quality of Life: A Systematic Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 938-944. doi: 10.1136/jech.2006.056028
- Espinoza, E. (2006). Impacto del maltrato escolar en el rendimiento académico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(9), 221-238.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2005). *La niñez en las políticas de educación: situación y propuestas*. Recuperado de [http://www.unicef.org/peru/spanish/peru\\_politicas\\_educacion.pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/peru_politicas_educacion.pdf)
- Freeman, J. (2010). Families, the Essential Context for Gifts and Talents. En K. A. Heller, F. J. Monks, R. Sternberg y R. Subotnik (Eds.), *International Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent* (pp. 573-585). Oxford: Pergamon Press.
- García-Moya, I. (2014). *El sentido de coherencia en la adolescencia. La contribución de la familia y otros contextos a su desarrollo y repercusión sobre la salud* (tesis doctoral). Universidad de Sevilla, España. Recuperado de <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/2288/el-sentido-de-coherencia-en-la-adolescencia-la-contribucion-de-la-familia-y-otros-contextos-su-desarrollo-y-su-repercusion-sobre-la-salud/>
- Gómez-Vela, M., y Verdugo, M. A. (2009). *Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida en Alumnos Adolescentes (CCVA)*. Madrid: CEPE.

- Hernández, R., Fernández-Collado, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D. F.: McGraw-Hill Interamérica.
- Hidalgo-Rasmussen, C., e Hidalgo-San Martín, A. (2015). Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3437-3445.
- Higuita-Gutiérrez, L., y Cardona-Arias, J. (2014). Calidad de vida de adolescentes escolarizados de Medellín-Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 145-155.
- Higuita-Gutiérrez, L., y Cardona-Arias, J. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes: revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el período 1970-2013. *Revista Médicas UIS*, 28(1), 23-30.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2014). *Una mirada a Lima Metropolitana*. Recuperado de [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1168/libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1168/libro.pdf)
- Margarita, J., Vinaccia, S., Zilena, L., y González, D. (2014). Influencia de los factores salutogénicos y patogénicos sobre la calidad de vida de adolescentes colombianos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(1), 81-93.
- Martínez, B., Amador, L., Moreno, D., y Musitu, G. (2011). Implicación y participación comunitarias y ajuste psicosocial en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21, 205-214.
- Milicic, N., y Arón, A. (2000). Climas sociales tóxicos y climas sociales nutritivos para el desarrollo personal en el contexto escolar. *Psykhé*, 9(2), 117-123.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2012). *Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021*. Recuperado de <http://www.unicef.org/peru/spanish/PNAIA-2012-2021.pdf>
- Ministerio de Educación. (2007). *Proyecto Educativo Nacional al 2021*. La educación que queremos para el Perú. Recuperado de <http://www.minedu.gov.pe/DeInteres/xtras/PEN-2021.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (1996). *La educación encierra un tesoro*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590so.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Piñero, L. J., y Rodríguez A. (1998). *Los insumos escolares en la educación secundaria y su efecto sobre el rendimiento académico de los estudiantes: un estudio en Colombia* (Spanish) [LCSHD Paper Series n.º 36]. Washington D. C.: World Bank Group.
- Prieto, M., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed, K., y Rojo, J. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de

- calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid, 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 301-313. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300006)
- Ristkari, T., Sourander, A., Ronning, J. A., Nikolakaros, G., y Helenius, H. (2008). Life Events, Self-Reported Psychopathology and Sense of Coherence Among Young Men. A Population-Based Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 464-467. doi: 10.1080/08039480801984313
- Rivera, F., García-Moya, I., Moreno, C., y Ramos, P. (2013). Developmental Contexts and Sense of Coherence in Adolescence: A Systematic Review. *Journal of Health Psychology*, 18, 800-812. doi: 10.1177/1359105312455077
- Salazar, J., Ruvalcaba, N., Figueroa, N., y Pando, M. (2015). Sentido de coherencia y calidad de vida en trabajadores que participan en un programa de bienestar. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(2), 91-98. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/435825>
- Schalock, R., y Verdugo, M. (2002). *Handbook of Quality of Life for Human Services Practitioners*. Washington, D. C.: AAMR.
- Sotelo, N., Sotelo, L., Domínguez, S., y Barboza, M. (2013). Estudio corporativo de la calidad de vida de niños y adolescentes escolarizados de Lima y Áncash. *Avances en Psicología*, 21(1), 65-71.
- Vilela-Estrada, M., Solano, F., Meza-Liviapoma, J., Araujo-Chumacero, M., Vilela-Estrada, A., y Mejía, C. (2016). Factores sociofamiliares asociados a la calidad de vida en niños de colegios de la ciudad de Piura, Perú. *Revista Chilena de Pediatría*. Recuperado de <http://ebscohost.com>
- World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf)



# ***Mindfulness, qigong y su impacto en la salud***

Luis A. Oblitas  
José Anicama  
Universidad Autónoma del Perú,  
Lima, Perú

Raymundo Calderón  
Universidad del Valle de México,  
México

Robert Ferrel  
Universidad Metropolitana,  
Barranquilla, Colombia

Alexandra León  
Universidad de la Costa,  
Barranquilla, Colombia

Andrea Liliana Ortiz  
Universidad Sergio Arboleda,  
Santa Marta, Colombia

Recibido: 21 de noviembre del 2017 / Aprobado: 26 de enero del 2018  
doi: 10.26439/persona2018.n021.3022

*El mindfulness o atención plena tiene su origen en el budismo tibetano, y es una forma de meditación centrada en la respiración y en el escaneo corporal, que tiene un impacto significativo en el fortalecimiento de la salud y en la disminución de los síntomas de la enfermedad. El qigong es un antiguo sistema chino de origen taoísta para el mantenimiento de la salud, la curación y el aumento de la vitalidad, basado en la respiración, la postura y el movimiento. En Occidente se ha prestado más atención al mindfulness y poco interés al qigong. El propósito de este trabajo es destacar que la combinación de ambas técnicas milenarias puede brindar un mayor impacto y beneficio en la salud, ya que se correlacionan, se fundamentan en la meditación y se pueden complementar para una mayor reducción del estrés y provecho de la salud.*

---

mindfulness / qigong / salud / estrés / enfermedad

---

---

Correo electrónico: [luis.oblitas@autonoma.pe](mailto:luis.oblitas@autonoma.pe)

Persona 21 (2), julio-diciembre del 2018, ISSN 1560-6139, pp. 79-98

## **Mindfulness, qigong and their impact on health**

*Mindfulness or full attention traces its origins to Tibetan Buddhism, and constitutes a form of meditation focused on breathing and a form of body scan which significantly impacts on the strengthening of health and the decreasing of disease symptoms. Qigong is an ancient Chinese system of Taoist origin that promotes health maintenance, healing and increase in vitality, based on respiration, posture and movement. In the West, more attention has been paid to the mindfulness tradition than to the qigong. Therefore, the purpose of this article is to demonstrate that the combination of both millenary techniques may have a greater impact on and benefit to health. They both correlate, base their techniques on meditation, and their combination may prove beneficial to reduce stress and promote well-being.*

---

mindfulness / qigong / health / stress / disease

---



La vida actual está llena de situaciones estresantes que afectan el bienestar, la salud y el funcionamiento de los individuos, las cuales provienen de los contextos familiares, escolares y laborales, derivadas de las demandas y exigencias de la vida moderna. Las presiones familiares, conflictos conyugales, y presiones económicas y sociales; el exceso de tareas escolares, presión social de los pares y convivencia estresante; las presiones laborales, salario insuficiente, *burnout*, ambiente competitivo, etcétera, definitivamente interactúan socavando la salud y el funcionamiento óptimo de los padres, hijos, alumnos, profesores y trabajadores (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2014; Good *et al.*, 2016).

El estrés laboral es una de las variables psicosociales más investigadas. Esto se debe al impacto negativo que tiene en la salud de los trabajadores, ya que no solo afecta el rendimiento laboral, sino también a la salud integral y la calidad de vida. Más aún, cuando se convierte en estrés laboral crónico, es una fuente de síntomas y enfermedades digestivas, respiratorias, cardíacas, metabólicas e inmunes, entre otras afecciones corporales. Paralelamente, la salud psicológica del trabajador también se ve perturbada, pues se torna ansioso, depresivo, distraído, hiperactivo, irritable, voluble, falto de energía e insatisfecho con su vida laboral (Choi y Koh, 2015; Norman, Fu, Ekman, Björck y Falk, 2017).

El *mindfulness* (atención plena), cuyo origen se encuentra en el budismo tibetano, consiste en tener plena conciencia de sensaciones, pensamientos, sentimientos y acciones en cada momento presente. Estar

en un estado consciente también puede definirse como hallarse en un estado de conciencia de sí mismo, sin juicios ni interpretaciones. Mediante esta técnica uno se acaba aceptando, mientras experimenta el momento actual, algo que se acaba consiguiendo mediante la práctica diaria de la observación pasiva de uno mismo y de sus reacciones (Wongtongkam, Krivokapic, Duncan y Bellio, 2017; Sanada *et al.*, 2017; Schellekens *et al.*, 2017).

El *qigong* es otra técnica milenaria que proviene del taoísmo. Busca fortalecer la salud, la curación y activar la energía, y se usa para el mantenimiento de la salud, la curación y el aumento de la vitalidad. Es el arte y la ciencia de la salud que utiliza técnicas de respiración, movimientos suaves y meditación para fortalecer y hacer circular el *qi* (energía vital). La práctica regular conduce a una mejor salud, vitalidad y una mente tranquila, sosegada y en paz (Wang, Wang, Fan, Sedas y Wang, 2017; Chan *et al.*, 2017; Larkey *et al.*, 2015).

El *mindfulness* y el *qigong* tienen varios puntos en común, y se correlacionan y complementan en términos de atención plena, conciencia y meditación, ya que cuando se realizan las actividades o ejercicios el individuo toma conciencia de las mismas en el aquí y en el ahora. Ya sea prestando atención a la respiración, el mapeo corporal, la postura y el movimiento, uno se vuelve consciente de todo lo interno y externo, y logra un mayor control y autorregulación cognitiva, emocional y conductual (Jahnke, Larkey, Rogers, Etnier y Lin, 2010; Johansson, Hassmén y Jouper, 2011; Klein, 2017).

El objetivo de esta revisión es presentar algunas aplicaciones recientes de la meditación en la atención plena (*mindfulness*) y la meditación en movimiento (*qigong*) en poblaciones clínicas y normales, en forma específica y combinada, para el mejoramiento de la salud y el afrontamiento de la enfermedad, en las áreas clínicas, educativas y laborales. Para ello, nos apoyamos en estudios de metaanálisis y en investigaciones empíricas que aparecen en las principales publicaciones periódicas del área.

## MINDFULNESS Y SALUD

El término inglés *mindfulness* proviene de la palabra *sati*, que a su vez procede de la lengua pali, utilizada por los budistas desde hace más de veinticinco siglos. La traducción que se le ha dado a *sati* es *mindfulness*, “atención y conciencia plena”, que en las enseñanzas del Buda Gautama era uno de los factores para alcanzar el estado de iluminación (Good *et al.*, 2016). El concepto de *mindfulness* está fundamentado en valores budistas, con el énfasis en cambiar los modos de pensar de *mindless* (sin sentido, sin conciencia) a *mindful* (con sentido, con conciencia) (Lomas, Medina, Ivztan, Rupprecht y Eiroa, 2016). En psicología, el *mindfulness* (atención plena) consiste en observar y atender plenamente, sin distracciones ni interpretaciones, la respiración, los músculos y zonas del cuerpo (*body-scan*), los pensamientos, emociones y conductas (Huang, Li, Huang y Tang, 2015).

La palabra *mindfulness* puede usarse para describir una conducta, una práctica de cultivar la atención plena (por ejemplo,

la meditación consciente), un modo o estado de conciencia, o un proceso psicológico de tipo cognitivo (Keng, Smoski y Robins, 2011). La atención plena se ha asociado con la reducción del estrés, el bienestar psicológico y la salud. Los elementos de la atención plena, es decir, la conciencia y la aceptación sin juzgar la experiencia presente del momento a momento, se consideran antídotos potencialmente eficaces contra las formas comunes del estrés (rumiación, ansiedad, preocupación, miedo, enojo, etcétera) (Bishop *et al.*, 2004).

*Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) fue creado inicialmente como un programa de intervención de ocho semanas, sustentado en la enseñanza de la meditación *mindfulness*, respiración, escaneo corporal, yoga básico y otros métodos de relajación. El MBSR fue desarrollado por Jon Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts en 1979, para enseñar a los pacientes con cáncer a reducir el estrés y el dolor. La atención plena puede definirse como “la conciencia que emerge al prestar atención, a propósito y sin prejuicios, al desarrollo de la experiencia momento por momento” (Kabat-Zinn, 2003, p. 145). Los ejercicios específicos de la atención plena pueden incluir comer consciente, caminar consciente, meditación sentada, atención en la respiración, escaneo corporal y *hatha* yoga (Kabat-Zinn, 1982).

Desde las primeras aplicaciones del *mindfulness* en la clínica, se obtuvo una reducción significativa de ansiedad y depresión (Goldin y Gross, 2010; Asmaee, Seghatoleslam, Homan, Akhvast y Habil, 2012), ansiedad y estrés (Hofmann, Sawyer,

Witt y Oh, 2010; Sharma y Rush, 2014; Muñoz *et al.*, 2016), dolor crónico (Hilton *et al.*, 2017), control de estrés en diabetes (Whitebird, Kreitzer y O'Connor, 2009) y de estrés en cáncer (Sanada *et al.*, 2017). Asimismo, contribuyó al incremento del soporte social en cáncer (Schellekens *et al.*, 2017), la disminución de conductas de riesgo en enfermedades coronarias (Ray *et al.*, 2014; Norman *et al.*, 2017), disminución de la presión sanguínea (Shi *et al.*, 2017), así como de la hiperactividad/impulsividad (Cairncross y Miller, 2016), entre otras sintomatologías.

La práctica de la atención plena ha demostrado ser útil para la mejora de la salud mental en general, ya que reduce significativamente el estrés de los empleados (Chu, 2010; Foureur, Besley, Burton, Yu y Crisp, 2013; Galantino, Baime, Maguire, Szapary y Farrar, 2005). También produce disminución de la ansiedad en el trabajo (Orzech, Shapiro, Brown y McKay, 2009; Roeser *et al.*, 2013), reduce la depresión (Farb *et al.*, 2010; McCraty, 2003), y provoca un mayor nivel de humor, bienestar y felicidad en empleados con un trabajo estresante (Wolever *et al.*, 2012)

Hallazgos similares se han obtenido en profesionales de la salud (Orzech *et al.*, 2009; McCraty, 2003). Entre ellos están la reducción del agotamiento emocional en el trabajo (Roeser *et al.*, 2013; Hülshager, Alberts, Feinholdt Lang, 2013), mejoramiento de las relaciones interpersonales y el rendimiento laboral (Glomb, Duffy, Bono y Yang, 2012), mayor empatía (Krasner *et al.*, 2009), aumento de la compasión (Roeser *et al.*, 2013), más autoeficacia (Allen, Bromley,

Kuyken y Sonnenberg, 2009), incremento del compromiso de los trabajadores (Leroy, Anseel, Dimitrova y Sels, 2013), mayor talante emocional positivo (Miner y Glomb, 2010) y disminución del estrés organizacional (Hunter y Thatcher, 2007).

La atención plena se ha asociado con el mejor desempeño laboral en los negocios de servicios (Dane y Brummel, 2013) y de los supervisores (Reb, Narayanan y Chaturvedi, 2014), en una adecuada comunicación con jefes intermedios (Shonin, Gordon, Dunn, Singh y Griffiths, 2014), incremento del rendimiento académico (Shao y Skarlicki, 2009), con conductas más éticas y prosociales (Reb, Narayanan y Ho, 2015), y la disminución de conductas antisociales (Krishnakumar y Robinson, 2015). Igualmente, se relaciona con el incremento de los comportamientos de seguridad laboral en centrales nucleares (Zhang *et al.*, 2013), así como con trabajadores más inteligentes y experimentados (Zhang y Wu, 2014). También repercute en una atención más plena, estable y con menos errores (Smallwood y Schooler, 2015), además del control de la monotonía (Long y Christian, 2015) y de las interrupciones en el trabajo (Kuo y Yeh, 2015).

Otros estudios han señalado que la atención plena se vincula con actitudes más positivas de los líderes hacia los subordinados (Reb *et al.*, 2014), reducción de la rumiación, autorregulación y emoción negativa (Long y Christian, 2015), mejor comunicación, reducción de conflictos, disminución de la reactividad emocional y mayor compasión y empatía (Quaglia, Goodman y Brown, 2015), así como una

optimización en la comunicación social y emocional (Wachs y Córdova, 2007), mayor cohesión y trabajo equipo (Cleirigh y Greaney, 2014), y gestión positiva de los conflictos (Galinsky, Maddux, Gilin y White, 2008). También ayuda a la disminución del *burnout* laboral (Flook, Goldberg, Pinger, Bonus y Davidson, 2013), del estrés percibido (Roeser *et al.*, 2013), de los estados de ánimo negativos (Roche, Haar y Luthans, 2014), y genera una mejora en los patrones de sueño (Hülshager *et al.*, 2014), mayor satisfacción y menos agotamiento en el trabajo (Hülshager *et al.*, 2013). Además, se ha registrado un incremento del compromiso laboral (West *et al.*, 2014), más emociones positivas, esperanza y optimismo (Malinowski y Lim, 2015), y un desarrollo positivo en la forma de trabajar (King y Haar, 2017).

Según Good *et al.* (2016), la actividad de investigación de *mindfulness* está creciendo en forma significativa dentro de las organizaciones. Los hallazgos disponibles sugieren que la práctica de la atención plena está relacionada con varios aspectos del comportamiento organizacional en el lugar del trabajo, como la cognición, la emoción, el comportamiento y la fisiología, todo lo cual influye sobre el desempeño, las relaciones y el bienestar laboral.

Otras aplicaciones de la atención plena se han reportado en la reducción de los síntomas físicos y mejora en el bienestar psicológico de los trabajadores de un astillero (Cheong y Lee, 2014), disminución del agotamiento laboral en enfermeras (Cohen *et al.*, 2005; Moody *et al.*, 2013), descenso del *burnout* en médicos (Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska y Rakel, 2013; Krasner *et al.*, 2009) y del agotamiento

laboral en personal médico (Goodman y Schorling, 2012). También trae beneficios en la salud física y psicológica en médicos y enfermeras (Irving, Dobkin y Park, 2009); mejoras en el estrés percibido, calidad del sueño y la frecuencia cardiaca (Wolever *et al.*, 2012); y mejoramiento de la atención plena y el bienestar (Niles, Vujanovic, Silberbogen, Seligowski y Potter, 2012).

En varios estudios de metaanálisis, se han comprobado mejorías en ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento y calidad de vida (Grossman *et al.*, 2014), disminución de la sintomatología depresiva (McCartney, Schuls y Grey, 2012), reducción del estrés, incremento de emociones positivas y mejorías en la calidad de vida (Chiesa y Serretti, 2009). También se han reportado incidencias en condiciones médicas (Greeson, 2009) y potenciación del sistema inmune (Davidson *et al.*, 2003; Hölzel *et al.*, 2011). En médicos y enfermeras, el *mindfulness* ha contribuido a la reducción del estrés, ansiedad y agotamiento (Irving *et al.*, 2009); mejoras en el estado de ánimo y descenso del estrés laboral (Cohen *et al.*, 2005; Mackenzie, Poulin y Seidamn, 2006). Asimismo, se advierte la otmización de la comunicación, el manejo efectivo del estrés y el mayor control de sus vidas en las enfermeras (Frisvold, Lindquist y McAlpine, 2012); reducción del estrés y la fatiga laboral en trabajadores de la salud (Luken y Sammons, 2016); mejoras en el comportamiento organizacional (Lomas *et al.*, 2016), y aumento del bienestar subjetivo y disminución de la reactividad emocional (Keng *et al.*, 2011).

Otros comportamientos laborales que se han visto favorecidos con la práctica del *mindfulness* han sido el bienestar, rendimiento

y compromiso laboral (Zivnuska, Kacmar, Ferguson, Dawn y Carlson, 2016). Se han encontrado mejoras en la salud ocupacional y reducción del estrés laboral (Manocha, Black, Sarris y Stough, 2011), mayor satisfacción y rendimiento laboral (Shonin *et al.*, 2014), así como satisfacción vital, concentración en el trabajo y relaciones laborales satisfactorias (Mellor, Ingram, Van Huizen, Arnold y Harding, 2016). Igualmente, menos agotamiento y mejoría en la salud integral en enfermeras (Bazarko, Cate, Azocar y Kreitzer, 2013), disminución del *burnout* en médicos (Shapiro, Astin, Scott, Bishop y Córdova, 2005), atención plena y satisfacción laboral en enfermeras (Choi y Koh, 2015), disminución de la fatiga crónica y trastornos psicológicos (Huang *et al.*, 2015), reducción del agotamiento emocional y mayor sentido de logro personal en enfermeras (Cohen *et al.*, 2005), descenso del *burnout* por estrés (Mackenzie *et al.*, 2006), y menos estrés y ansiedad en personal de oncología pediátrica (Moody *et al.*, 2013).

En el ámbito educativo, los programas de atención plena también han resultado beneficiosos. Así, se ha logrado la reducción del estrés, el incremento de la relajación y la disminución de los trastornos del sueño en trabajadores universitarios (Wongtongkam *et al.*, 2017); menos estrés, ansiedad y depresión en profesores de primaria (Gold *et al.*, 2010); descenso del estrés en profesores de secundaria (Anderson, Levinson, Barker y Kiewra, 1999); menos agotamiento emocional y un mayor sentido de logro personal en maestros (Roeser *et al.*, 2013). Asimismo, se advierte un incremento de la atención y de la resiliencia (Jennings *et al.*, 2013), mayor atención y

autocompasión en estudiantes universitarios (Newsome, Waldo y Gruszka, 2011), y mejoramiento del estado general de salud y la satisfacción vital en trabajadores administrativos de una universidad (Oblitas *et al.*, 2017).

## QIGONG Y SALUD

El *qigong* (*chi-kung*) es un método chino que combina posturas y movimientos de cuerpo, atención, concentración y respiración para aumentar la energía vital. El *qigong* (*qi* ‘energía’, *gong* ‘trabajo’) forma parte de la medicina tradicional china, según la cual la enfermedad surge de un desequilibrio en el flujo de la energía vital en el ser humano. Se trata de técnicas milenarias para obtener paz, salud y vitalidad, y es un método idóneo para mantenerse en forma y protegernos de la tensión y el estrés cotidiano.

Los ejercicios de *qigong* consiguen aumentar y mejorar la cantidad y calidad de esta energía vital y su flujo por el cuerpo; por consiguiente, establece o restablece la salud del enfermo. El *qigong* regula a la persona fortaleciendo su salud y previniendo enfermedades (Jahnke *et al.*, 2010). Los ejercicios de *qigong* consisten en una serie de prácticas que incluyen determinadas posturas, movimiento corporal, atención plena en la respiración y la meditación, todas diseñadas para activar procesos fisiológicos y psicológicos que logren el funcionamiento vital, equilibrio, bienestar y mantenimiento o recuperación de la salud. La práctica del *qigong* se basa en una observación minuciosa y detallada de la naturaleza, y se fundamenta en la filosofía taoísta, el pensamiento budista y en

la medicina china tradicional. Se la puede concebir como un arte terapéutico para mantener la salud, potenciar la vitalidad y prevenir o curar enfermedades. Se basa en los siguientes principios: (a) actitud física y psicológica relajada; (b) movimientos suaves y lentos; (c) respiración abdominal, profunda y suave; (d) atención plena en la postura, movimiento y respiración (Klein, 2017).

Yang *et al.* (2015) revisaron más de quinientos estudios sobre *qigong* y cáncer, y encontraron que el 95 % de ellos informaba de un impacto favorable en esa enfermedad. Zeng, Luo, Xie, Huang y Cheng (2014) concluyeron que el *qigong* tuvo efectos positivos en la fatiga, el sistema inmune y los niveles de cortisol en los pacientes con cáncer.

Otras evidencias señalan que la práctica del *qigong* contribuye a la prevención del cáncer, ya que el ejercicio físico es un factor clave en el estilo de vida, además de potenciar el sistema inmune y mediar sobre la respuesta inflamatoria (Cheung *et al.*, 2005; Oh *et al.*, 2012). Disminuye la depresión y mejora la calidad del sueño (Larkey *et al.*, 2015; Chan *et al.*, 2017), y reduce la hipertensión arterial (Ospina *et al.*, 2017; Lee, Lim y Lee, 2004). Mejora la calidad de vida en pacientes con cáncer (Stenlund, Lindstrom, Granlund y Burell, 2005; Pippa *et al.*, 2007) y en pacientes con trastornos cardiovasculares (Hui, Wan, Chan y Yung, 2006; Johansson *et al.*, 2011). Asimismo, favorece la reducción del estrés (Li y Yeh, 2005; Wang *et al.*, 2010).

Se ha comprobado también que la práctica de *qigong* provoca el descenso de la ansiedad y la depresión, e incrementa el

bienestar psicológico en pacientes crónicos (Rogers, Larkey y Keller, 2009; Wang *et al.*, 2013), mejora la autoestima en los enfermos (Wang *et al.*, 2010) y eleva el funcionamiento cognitivo (Oh *et al.*, 2012). Asimismo, aminora el estrés en el *staff* de enfermeras (Griffith *et al.*, 2008) y disminuye el dolor crónico (Holmberg, Farahaniand y Witt, 2016). Ayuda a la reducción del peso corporal en la circunferencia de la cintura, y reduce los niveles de glucosa en adultos con diabetes tipo 2 (Sun *et al.*, 2010). Disminuye el dolor, mejora el sueño e impacta en el funcionamiento físico y psicológico en casos de fibromialgia (Sawynok y Lynch, 2014). Optimiza la función pulmonar y contribuye a la remisión de la disnea en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Ding, Zhang, Li y Chen, 2014), combate la depresión y ansiedad en pacientes con el síndrome del intestino irritable, además de mejorar la calidad de vida (Wang *et al.*, 2017).

## MINDFULNESS, QIGONG Y SALUD

El *qigong* tiene muchos aspectos que se correlacionan con el *mindfulness*, ya que ambos en esencia son formas de meditación, aunque hasta el momento no se los percibe así. De esta manera, los ejercicios del *qigong* hacen que la persona se vuelva atenta y consciente de la interacción de los movimientos, la respiración, las posturas y los pensamientos. También se aprende a liberar y dejar fluir los pensamientos, sin juicios. En la práctica, se incorpora la mente, la respiración y el movimiento corporal, y de este modo se lleva la conciencia hacia el interior de uno mismo. Y aunque no se lo vea como una forma de meditación plena

o consciente, la práctica de *qigong* tiene muchos aspectos de atención plena en sí misma (Oblitas *et al.*, 2017).

La combinación de *mindfulness* y *qigong* da como resultado el incremento de energía, bienestar y alegría, la disminución del estrés y las preocupaciones, y la reducción del *burnout* (Jouper y Johansson, 2013). Aminora la ansiedad y la depresión, así como la presión arterial (Abbott y Lavretsky, 2013). Contribuye al mejor funcionamiento cognitivo, emocional y conductual (Lloyd, Tsang y Deane, 2009), al fortalecimiento del sistema inmune y la prevención de enfermedades (Burke, 2012), así como al control del dolor moderado (Zhang y Wu, 2014). Ayuda a reducir el estrés, potencia el sistema inmunológico y mejora el funcionamiento cardiovascular, respiratorio, circulatorio, linfático y digestivo (Yang *et al.*, 2015). Mejora la salud al propiciar el ejercicio físico, la relajación y el aumento del nivel de oxígeno en sangre, además de favorecer la flexibilidad, la movilidad y la elasticidad de las articulaciones (Wang *et al.*, 2017).

La práctica conjunta de ambas estrategias orientales tiene un efecto beneficioso sobre la mortalidad por todas las causas, la mortalidad por accidente cerebrovascular y la incidencia de accidente cerebrovascular (Wang *et al.*, 2013). Se han probado los efectos beneficiosos del *qigong* sobre la presión arterial y los niveles de lípidos sanguíneos (Wang *et al.*, 2010), así como efectos positivos en la salud, la vitalidad y una mente tranquila (Asmae *et al.*, 2012). Reduce el estrés en los empleados de un hospital (Bazarko *et al.*, 2013), ralentiza el envejecimiento (Cheong y Lee, 2014), otorga mayor

percepción de bienestar psicológico (Cheung *et al.*, 2015), aumento de la densidad ósea y menos caídas en los adultos (Chan *et al.*, 2017). Mejora la función cognitiva (Choi y Koh, 2015), aumenta el bienestar en escolares (Jennings *et al.*, 2013), y favorece la función pulmonar en niños asmáticos (Chu, 2010).

Otras evidencias señalan que mejora la capacidad funcional cardiaca en pacientes con fibrilación auricular crónica (Abbott y Lavretsky, 2013), regula el sistema nervioso en pacientes con enfermedad coronaria (Burke, 2012), disminuye los síntomas de personas con EPOP (Ding *et al.*, 2014), optimiza la función respiratoria (Davidson *et al.*, 2003), reduce significativamente el nivel de glucosa en la sangre y mejora la calidad de vida de diabéticos (Cleirigh y Greaney, 2014). También disminuye la fatiga y promueve el estado de bienestar emocional de los sobrevivientes del cáncer de próstata (Crane, 2015). Reduce los efectos secundarios de la operación de cáncer de mama (Li y Yeh, 2005); disminuye los síntomas de depresión en las mujeres con cáncer de pecho durante el tratamiento de radiografía, además de tener menos fatiga y mejor calidad de vida (Hui *et al.*, 2006); incrementa el funcionamiento del sistema inmune en los sobrevivientes del cáncer del pulmón y previene la recurrencia de los tumores (Zivnuska *et al.*, 2016).

También se han encontrado incidencias en la reducción significativa del dolor (West *et al.*, 2014), como el de la artrosis de rodilla (Holmberg *et al.*, 2016) y el dolor crónico lumbar (Zeng *et al.*, 2014); igualmente, se benefician las personas con artritis reumatoide (Chiesa y Serretti, 2009). Disminuye

los marcadores del estrés en personas sanas (ritmo cardíaco reducido y nivel de cortisol en la saliva más bajo) (Huang *et al.*, 2015). La práctica de *qigong* está relacionada con una mejora en muchos aspectos de la salud psicológica: aumenta la sensación de bienestar psicológico; reduce el estrés, ansiedad y depresión; mejora el estado de ánimo y la autoestima en los pacientes (Jouper y Johansson, 2013), y en pacientes con esclerosis múltiple se encontró mejoras significativas y consistentes respecto al equilibrio, la coordinación y los síntomas de depresión (Hilton *et al.*, 2017).

## CONCLUSIONES

El *mindfulness* o atención plena es un proceso psicológico inspirado en el budismo tibetano, que consiste en prestar atención total, sin juzgar, a la respiración, segmentos corporales, sensaciones, pensamientos, emociones y conductas. Se trata de alimentarse, caminar o prestar atención a cualquier estímulo estético, cultural, ecológico o ciudadano por el placer de observarlo y contemplarlo sin ningún tipo de elaboración cognitiva, con la finalidad de calmar y aquietar el funcionamiento cognitivo, y lograr ecuanimidad, equilibrio y tranquilidad.

Dentro de un programa de intervención terapéutica de 6 a 8 sesiones de 30 a 45 minutos diarios, que combina algunas formas de atención plena en la respiración, escaneo corporal, yoga, meditación, música y descanso, se han obtenido evidencias de reducción del estrés, dolor, ansiedad, depresión; incremento del bienestar y del estado general de salud en poblaciones normales;

alivio de la sintomatología de enfermedades agudas y crónicas en poblaciones clínicas; optimización en el rendimiento escolar y laboral de estudiantes y trabajadores; y mejoras en la vida social, satisfacción y calidad de vida.

El *qigong* o meditación en movimiento es un proceso cognitivo-conductual que involucra la atención plena en la postura corporal, respiración y movimiento de cuello, tronco y extremidades, manteniendo la concentración plena a lo largo de las rutinas para movilizar el *qi* o la energía vital, sin distracciones de ningún tipo. Lo común de estas técnicas orientales es la atención o meditación plena, y lo único que varía es el estímulo donde se enfoca la atención: en la respiración, en el caso del *mindfulness*; y en el movimiento, cuando se trata del *qigong*.

El *qigong* terapéutico, basado en la medicina china tradicional de inspiración taoísta, se ha utilizado con eficacia mayormente en estudios para reducir el dolor y el estrés en grupos de poblaciones clínicas, además de la ansiedad y la depresión en condiciones médicas, como el cáncer, trastornos cardiovasculares, diabetes y fibromialgia. En estos casos, se ha reportado una significativa disminución de la sintomatología física. En poblaciones no clínicas, se ha comprobado una importante disminución del estrés, así como mejoras en la salud y calidad de vida. Comparativamente, hay menos evidencias reportadas en trabajos científicos en Occidente; en cambio, abundan en los países asiáticos, lo que se debe al mayor interés en el *mindfulness* en esta parte del continente.

Consideramos que esta tendencia se igualará, ya que se han reportado varios



estudios que ya combinan el *mindfulness* y el *qigong* para reducir sintomatología clínica en poblaciones médicas con resultados alentadores, especialmente para el control del estrés, ansiedad y depresión. Esto resulta comprensible porque es de esperar que se maximice el efecto terapéutico por

la aplicación de dos técnicas basadas en la atención plena. Se podría suponer un efecto similar de esta combinación en personas sanas para potenciar y fortalecer el estado general de salud, y, por ende, el bienestar psicológico y la calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Abbott, R., y Lavretsky, H. (2013). Tai Chi and Qigong for the Treatment and Prevention of Mental Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36(1), 109-119. doi: 10.1016/j.psc.2013.01.011
- Allen, M., Bromley, A., Kuyken, W., y Sonnenberg, S. J. (2009). Participants' Experiences of Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 413-430. doi: 10.1017/S135246580999004X
- Anderson, V. L., Levinson, E. M., Barker, W., y Kiewra, K. R. (1999). The Effects of Meditation on Teacher Perceived Occupational Stress, State and Trait Anxiety, and Burnout. *School Psychology Quarterly*, 14(1), 3-25. doi: 10.1037/h0088995
- Asmaee, S., Seghatoleslam, T., Homan, H., Akhvast, A., y Habil, H. (2012). Effect of Mindfulness Based Stress Management on Reduction of Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Public Health*, 41(10), 24-28. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494227/>
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., y Kreitzer, M. J. (2013). The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107-133. doi: 10.1080/15555240.2013.779518
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology*, 11(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Burke, A. (2012). Comparing Individual Preferences for Four Meditation Techniques: Zen, Vipassana (Mindfulness), Qigong, and Mantra. *The Journal of Science & Healing*, 8(4), 237-242. doi: 10.1016/j.explore.2012.04.003
- Cheong, Y. M., y Lee, W. K. (2014). The Effects of Short-Form Mindfulness Meditation Program for Shipyard Workers on the Job Stress and Psychological Well-Being. *Korean Journal Stress Research*, 22(4), 181-190. doi: 10.17547/kjsr.2014.22.4.181

- Cheung, B. M., Lo, J. L., Fong, D. Y., Chan, M. Y., Wong, S. H., Wong, V. C., y Karlberg, J. P. (2005). Randomised Controlled Trial of Qigong in the Treatment of Mild Essential Hypertension. *Journal of Human Hypertension*, *19*, 697-704. doi: 10.1038/sj.jhh.1001884
- Cairncross, M., y Miller, C. J. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD. *Journal of Attention Disorders*. doi: 10.1177/1087054715625301
- Chan, J., Li, A., Chan, C., So, K., Chen, J., Ji, X., y Chung, L. K. (2017). Qigong Exercise Improved Quality of Sleep and Reduced Interleukin-1 Beta and Interleukin-6 among Persons with Depressive Symptoms and Sleep Disturbances. *Sleep*, *4*(1), a405. doi: 10.1093/sleepj/zsx050.1086
- Chiesa, A., y Serretti, A. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress Management in Healthy People. *Journal of Alternative Complement Medicine*, *15*(5), 593-600. doi: 10.1089/acm.2008.0495.
- Choi, J. I., y Koh, M. S. (2015). Relations of Job Stress, Burnout, Mindfulness and Job Satisfaction of Clinical Nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, *7*(3), 121-128. doi: 10.14257/ijbsbt.2015.7.3.12
- Chu, L. C. (2010). The Benefits of Meditation vis-à-vis Emotional Intelligence, Perceived Stress and Negative Mental Health. *Stress and Health*, *26*(2), 169-180. doi: 10.1002/smi.1289
- Cleirigh, D. O., y Greaney, J. (2014). Mindfulness and Group Performance. *Mindfulness*, *6*, 601- 609. doi: 10.1007/s12671-014-0295-1
- Cohen, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S., y Shapiro, S. (2005). The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout. *Holistic Nursing Practice*, *19*(1), 26-35. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15736727>
- Crane, R. S. (2015). Some Reflections On Being Good, On Not Being Good and On Just Being. *Mindfulness*, *6*(5), 1226-1231. doi: 10.1007/s12671-014-0350-y
- Dane, E., Bradley, J., y Brummel, B. J. (2013). Examining Workplace Mindfulness and Its Relations to Job Performance and Turnover Intention. *Human Relations*, *67*(1), 105-128. doi: 10.1177/0018726713487753
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., y Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 564-570. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12883106>
- Ding, M., Zhang, W., Li, K., y Chen, X. (2014). Effectiveness of T'ai Chi and Qigong on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *20*(2), 79-86. doi: 10.1089/acm.2013.0087

- Duchemin, A., Steinberg, B., Marks, D. R., Vanover, K., y Klatt, M. (2015). A Small Randomized Pilot Study of a Workplace Mindfulness-Based Intervention for Surgical Intensive Care Unit Personnel. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 57(4), 393-399. doi: 10.1097/JOM.0000000000000371
- Farb, N. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., y Segal, Z. V. (2010). Minding One's Emotions. *Emotion*, 10(1), 25-33. doi: 10.1037/a0017151
- Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., Bonus, K., y Davidson, R. J. (2013). Mindfulness for Teachers. *Mind, Brain and Education*, 7(3). doi: 10.1111/mbe.12026
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., y Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians. *Annual Family Medicine*, 11(5), 412-420. doi: 10.1370/afm.1511
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., y Crisp, J. (2013). Enhancing the Resilience of Nurses and Midwives. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.114.
- Frisvold, M. H., Lindquist, R., y McAlpine, C. P. (2012). Living Life in the Balance at Midlife. *West Journal Nurse Research*, 34(2), 265-78. doi: 10.1177/0193945911424171
- Galantino, M., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O., y Farrar, J. T. (2005). Association of Psychological and Physiological Measures of Stress in Health-Care Professionals during an 8-Week Mindfulness Meditation Program. *Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21, 255-261. doi: 0.1002/smi.1062
- Galinsky, A. D., Maddux, W. W., Gilin, D., y White, J. B. (2008). Why It Pays to Get Inside the Head of Your Opponent. *Psychological Science*, 19(4), 378-384. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02096.x
- Glomb, T. M., Duffy, M. K., Bono, J. E., y Yang, T. (2012). Mindfulness at Work. *Research in Personnel and Human Resource Management*, 30, 115-157. doi: 10.1108/S0742-7301/0000030005
- Gold, E., Smith, A., Hopper, I., Herne, D., Tansey, G., y Hulland, C. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for Primary School Teachers. *Journal of Child & Family Studies*, 19(2), 184-189. doi: 10.1007/s10826-009-9344-0
- Goldin, P. R., y Gross, J. J. (2010). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91. doi: 10.1037/a0018441
- Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., Baer, R. A., Brewer, J. A., y Lazar, S. W. (2016). Contemplating Mindfulness at Work. *Journal of Management*, 42(1), 114-142. doi: 10.1177/0149206315617003

- Goodman, M. J., y Schorling, J. B. (2012). A Mindfulness Course Decreases Burnout and Improves Well-Being among Healthcare Providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43, 119-128. doi: 10.2190/PM.43.2.b
- Greeson, J. M. (2009). Mindfulness Research Update. *Complementary Health Practice Review*, 14(1), 10-18. doi: 10.1177/1533210108329862
- Griffith, J. M., Hasley, J. P., Liu, H., Severn, D. G., Conner, L. H., y Adler, L. E. (2008). Qigong Stress Reduction in Hospital Staff. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(8), 939-945. doi: 10.1089/acm.2007.0814
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., y Walach, H. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Grover, S. L., Stephen, T. T., Teo, S. T., Pick, D., y Roche, M. (2016). Mindfulness as a Personal Resource to Reduce Work Stress in the Job Demands-Resources Model. *Stress and Health*, 15(5), 1-11. doi: 10.1002/smi.2726
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., y Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213. doi: 10.1007/s12160-016-9844-2
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., y Lazar, S. W. (2011). Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43. doi: 10.1016/j.psychresns.2010.08.006
- Hui, P. N., Wan, M., Chan, W. K., y Yung, P. M. (2006). An Evaluation of Two Behavioral Rehabilitation Programs, Qigong versus Progressive Relaxation, in Improving the Quality of Life in Cardiac Patients. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(4), 373-378. doi: 10.1089/acm.2006.12.373
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupperecht, S., y Eiroa, F. J. (2017). The Impact of Mindfulness on the Well-Being and Performance of Educators. *Teaching and Teacher Education*, 61, 132-141. doi: 10.1016/j.tate.2016.10.008
- Holmberg, C., Farahaniand, Z., y Witt, C. M. (2016). How Do Patients with Chronic Neck Pain Experience the Effects of Qigong and Exercise Therapy? *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. doi: 10.1155/2016/8010891
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J., Feinholdt, A., y Lang, J. W. (2013). Benefits of Mindfulness at Work. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310-325. doi: 10.1037/a0031313

- Hülshager, U. R., Lang, J. W., Depenbrock, F., Fehrmann, C., Zijlstra, F. R., y Alberts, H. J. (2014). The Power of Presence. *Journal of Applied Psychology*, *99*(6), 1113-1128. doi: 10.1037/a0037702
- Huang, S. L., Li, R. H., Huang, F. Y., y Tang, F. C. (2015). The Potential for Mindfulness-Based Intervention in Workplace Mental Health Promotion. *PLoS ONE*, *10*(9). doi: 10.1371/journal.pone.0138089
- Hunter, L. W., y Thatcher, S. M. (2007). Feeling the Heat. *Academy of Management Journal*, *50*, 953-968. doi: 10.5465/AMJ.2007.26279227
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., y Park, J. (2009). Cultivating Mindfulness in Health Care Professionals. *Complementary Therapy Clinic Practice*, *15*(2), 61-66. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.01.002
- Jahnke, R., Larkey, L., Rogers, C., Etnier, J., y Lin, F. (2010). A Comprehensive Review of Health Benefits of Qigong and Tai Chi. *American Journal of Health Promotion*, *24*(6), 1-37. doi: 10.4278/ajhp.081013-LIT-248
- Jennings, P. A., Frank, J. L., Snowberg, K. E., Coccia, M. A., Mark T., y Greenberg, M. T. (2013). Improving Classroom Learning Environments by Cultivating Awareness and Resilience in Education. *School Psychology Quarterly*, *28*(4), 374-390. doi: 10.1037/spq0000035
- Johansson, M., Hassmén, P., y Jouper, J. (2011). Acute Effects of Qigong Exercise on Mood and Anxiety. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, *1*(S), 60-65. doi: 10.1037/2157-3905.1.S.60
- Jouper, J., y Johansson, M. (2013). Qigong and Mindfulness-Based Mood Recovery. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *17*(1), 69-76. doi: 10.1016/j.jbmt.2012.06.004
- Kabat-Zinn, J. (1982). An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation. *General Hospital Psychiatry*, *4*, 33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context. *Clinical Psychology*, *10*(2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Keng, S. L., Smoski, M. J., y Robins, C. J. (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 1041-1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006
- King, E., y Haar, J. M. (2017). Mindfulness and Job Performance: A Study of Australian Leaders. *Asia Pacific Journal Human Resource*, *55*, 298-319. doi: 10.1111/1744-7941.12143
- Klein, P. (2017). Qigong in Cancer Care. *Medicines*, *4*(1), 2. doi: 10.3390/medicines4010002.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., et al. (2009) Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes among Primary Care Physicians. *JAMA*, *302*, 1284-1293. doi: 10.1001/jama.2009.1384

- Krishnakumar, S., y Robinson, M. D. (2015). Maintaining an Even Keel. *Emotion*, 15(5), 579-589. doi: 10.1037/emo0000060
- Kuo, C. Y., y Yeh, Y. Y. (2015). Reset a Task Set After Five Minutes of Mindfulness Practice. *Consciousness & Cognition*, 35, 98-109. doi: 10.1016/j.concog.2015.04.023
- Lee, M. S., Lim, H. J., y Lee, M. S. (2004). Impact of Qigong Exercise on Self-Efficacy and Other Cognitive Perceptual Variables in Patients with Essential Hypertension. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(4), 675-680. doi: 10.1089/acm.2004.10.675
- Leroy, H., Anseel, F., Dimitrova, N. G., y Sels, L. (2013). Mindfulness, Authentic Functioning, and Work Engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 82(3), 238-247. doi: 10.1016/j.jvb.2013.01.012
- Larkey, L. K., Roe, D. J., Weihs, K. L., Jahnke, R., López, A. M., Rogers, C. E., Oh, B., y Guillén, J. (2015). Randomized Controlled Trial of Qigong/Tai Chi Easy on Cancer-Related Fatigue in Breast Cancer Survivors. *Annual Behavior Medicine*, 49(2), 165-76. doi: 10.1007/s12160-014-9645-4
- Li, T. Y., y Yeh, M. L. (2005). The Application of Qigong Therapy to Health Care. *Hu Li Za Zhi*, 52(3), 65-70. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15986304>
- Long, E. C., y Christian, M. S. (2015). Mindfulness Buffers Retaliatory Responses to Injustice. *Journal of Applied Psychology*, 100, 1409-1422. doi: 10.1037/apl0000019
- Luken, M., y Sammons, A. (2016). Systematic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(2). doi: 10.5014/ajot.2016.016956
- Lloyd, C., Tsang, H., y Deane, F. P. (2009). Qigong as a Mindful Exercise Intervention for People Living with Mental Ill Health. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(7), 393-399. Recuperado de <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1242&context=hbspapers>
- McCraty, R. M. (2003). Impact of a Workplace Stress Reduction Program on Blood Pressure and Emotional Health in Hypertensive Employees. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(3), 355-369. doi: 10.1089/107555303765551589
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., y Seidamn, R. (2006). A Brief Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention for Nurses and Nurse Aides. *Applied Nurses Research*, 19(2), 105-109. doi: 10.1016/j.apnr.2005.08.002
- McCartney, R. W., Schuls, J., y Grey, A. R. (2012). Effectiveness of Mindfulness-Base Therapies in Reducing Symptoms of Depressions. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279-299. doi: 10.1080/13642537.2012.713186

- Malinowski, P., y Lim, H. J. (2015). Mindfulness at Work: Positive Affect, Hope, and Optimism Mediate the Relationship Between Dispositional Mindfulness, Work Engagement, and Well-Being. *Mindfulness*, 6(6), 1-13. doi: 10.1007/s12671-015-0388-5
- Manocha, R., Black, D., Sarris, J., y Stough, C. (2011). A Randomized, Controlled Trial of Meditation for Work Stress, Anxiety and Depressed Mood in Full-Time Workers. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 20(11), 1-8. doi: 10.1155/2011/960583
- Mellor, J. N., Ingram, L., Van Huizen, M., Arnold, J., y Harding, A. H. (2016). Mindfulness Training and Employee Well-Being. *International Journal of Workplace Health Management*, 9(2), 126-145. doi: 10.1108/IJWHM-11-2014-0049
- Miner, A. G., y Glomb, T. M. (2010). State Mood, Task Performance, and Behavior at Work. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 112, 43-57. doi: 10.1016/j.obhdp.2009.11.009
- Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., Castillo, C., Lieberman, R., y Stein, J. (2013). Helping the Helpers: Mindfulness Training for Burnout in Pediatric Oncology, A Pilot Program. *Journal Pediatric Oncology Nurse*, 30(5), 275-84. doi: 10.1177/1043454213504497
- Muñoz, R. T., Hoppes, S., Hellman, C. M., Brunk, K. L., Bragg, J. E., y Cummins, C. (2016). The Effects of Mindfulness Meditation on Hope and Stress. *Research on Social Work Practice*. doi: 10.1177/1049731516674319
- Newsome, S., Waldo, M., y Gruszka, C. (2011). Mindfulness Group Work. *The Journal for Specialists in Group Work*, 37(4), 297-311. doi: 10.1080/01933922.2012.690832
- Niles, B. L., Vujanovic, A. A., Silberbogen, K., Seligowski, A. V., y Potter, C. M. (2013). Changes in Mindfulness Following a Mindfulness Telehealth Intervention. *Mindfulness*, 4(4), 301-310. doi: 10.1177/1043454213504497
- Norman, J., Fu, M., Ekman, I., Björck, L., y Falk, K. (2017). Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Symptoms and Signs in Chronic Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 54-65. doi: 10.1177/1474515117715843
- Oblitas, L., et al. (2017). Incidencia de *mindfulness* y *qigong* sobre el estado de salud, bienestar psicológico, satisfacción vital y estrés laboral. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 99-113. doi: 10.15446/rcp.v26n1.54371
- Oh, B., Butow, P., Mullan, B., Hale, A., Lee, M. S., Guo, X., y Clarke, S. (2012). A Critical Review of the Effects of Medical Qigong on Quality of Life, Immune Function, and Survival in Cancer Patients. *Integrative Cancer Therapies*, 11(2), 101-110. doi: 10.1177/1534735411413268

- Orzech, K. M., Shapiro, S. L., Brown, K., y McKay, M. (2009). Intensive Mindfulness Training-Related Changes in Cognitive and Emotional Experience. *Journal of Positive Psychology, 4*(3), 212-222. doi: 10.1080/17439760902819394
- Ospina M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., et al. (2007). Meditation Practices for Health. *Evidence Reports/Technology Assessments, 155*, 1-263. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38360/>
- Pippa, L., Manzoli, L., Corti, I., Congedo, G., Romanazzi, L., y Parruti, G. (2007). Functional Capacity After Traditional Chinese Medicine (Qigong) Training in Patients with Chronic Atrial Fibrillation. *Prevention Cardiology, 10*(1), 22-25. doi: 10.1111/j.1520-037X.2007.05721.x
- Quaglia, J. T., Goodman, R. J., y Brown, K. W. (2015). From Mindful Attention to Social Connection. *Cognition and Emotion, 29*(8), 1466-1474. doi: 10.1080/02699931.2014.988124
- Ray, I. B., Menezes, A. R., Malur, P., Hiltbold, A. E., Reilly, J. P., y Lavie, C. J. (2014). Meditation and Coronary Heart Disease. *The Ochsner Journal, 14*(4), 696-703. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295748/>
- Reb, J. M., Narayanan, J., y Chaturvedi, S. (2014). Leading Mindfully. *Mindfulness, 5*(1), 36-45. doi: 10.1007/s12671-012-0144-z.
- Reb, J., Narayanan, J., y Ho, Z. W. (2015). Mindfulness at Work: Antecedents and Consequences of Employee Awareness and Absent-Mindedness. *Mindfulness, 6*, 111-122. doi: 10.1007/s12671-013-0236-4
- Reid, D. (2009). Capturing Presence Moments. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 76*(3), 180-188. doi: 10.1177/000841740907600307
- Roche, M., Haar, J. M., y Luthans, F. (2014). The Role of Mindfulness and Psychological Capital on the Well-Being of Leaders. *Journal of Occupational Health Psychology, 19*(4), 476-489. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02096.x
- Roeser, R.W., Schonert, K. A., Jha, A., Cullen, M., Wallace, L., Wilensky, R., Oberle, E., Thomson, K., Taylor, C., y Harrison, J. (2013). Mindfulness Training and Reductions in Teacher Stress and Burnout. *Journal of Educational Psychology, 105*(3), 787-804. doi: 10.1037/a0032093
- Rogers, C. E., Larkey, L. K., y Keller, C. (2009). A Review of Clinical Trials of Tai Chi and Qigong in Older Adults. *West Journal Nurses Research, 31*(2), 245-279. doi: 10.1177/0193945908327529
- Sanada, K., Alda-Díez, M., Salas Valero, M., Pérez-Yus, M. C., Demarzo, M. M. P., Montero-Marín, J., García-Toro, M., y García-Campayo, J. (2017). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Biomarkers in Healthy and Cancer Populations.



- BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17, 125. doi: doi.org/10.1186/s12906-017-1638-y
- Sawynok, J., y Lynch, M. (2014). Qigong and Fibromyalgia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, eCAM*, 379715. doi: 10.1155/2014/379715
- Schellekens, M., Tamagawa, R., Labelle, L. E., Specca, M., Stephen, J., Drysdale, E., Sample, S., Pickering, B., Dirkse, D., Savage L., y Carlson, L. E. (2017). Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) versus Supportive Expressive Group Therapy (SET) for Distressed Breast Cancer Survivors. *Journal Behavior Medicine*, 40, 414-422. doi: 10.1007/s10865-016-9799-6
- Shao, R., y Skarlicki, D. P. (2009). The Role of Mindfulness in Predicting Individual Performance. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41, 195-201. doi: 10.1037/a0015166
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Scott, R., Bishop, S. R., y Córdova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176. doi: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Sharma, M., y Rush, M. A. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction as a Stress Management Intervention for Healthy Individuals. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 19(4), 271-286. doi: 10.1177/2156587214543143
- Shi, L., Zhang, D., Wang, L., Zhuang, J., Cook, R., y Chen, L. (2017). Meditation and blood pressure. *Journal of Hypertension*, 35(4), 696-706. doi: 10.1097/HJH.0000000000001217
- Shonin, E., Gordon, W., Dunn, T. J., Singh, N. N., y Griffiths, M. D. (2014). Meditation Awareness Training (MAT) for Work-related Well-Being and Job Performance. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 12(6), 806-823. doi: 10.1007/s11469-014-9513-2
- Smallwood, J., y Schooler, J. W. (2015). The Science of Mind Wandering. *Annual Review of Psychology*, 66, 487-518. doi: 10.1146/annurev-psych-010814-015331
- Stenlund, T., Lindstrom, B., Granlund, M., y Burell, G. (2005). Cardiac Rehabilitation for the Elderly. *European Journal Cardiovascular Prevention Rehabilitation*, 12(1), 5-11. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15703500>
- Sun, G., Lovejoy, J. C., Gillham, S., Putiri, A., Sasagawa, M., y Bradley, B. (2010). Effects of Qigong on Glucose Control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 33(1), e8 e8. doi: 10.2337/dc09-1543
- Wachs, K., y Córdova, J. V. (2007). Mindful Relating. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 464-481. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00032.x
- Wall, R. B. (2005). Tai Chi and Mindfulness-Based Stress Reduction in a Boston Public Middle School. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 230-237. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.02.006

- Wang, C., Bannuru, R., Ramel, J., Kupelnick, B., Scott, T., y Schmid, C. H. (2010). Tai Chi on Psychological Well-Being. *Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 10, 23. doi: 10.1186/1472-6882-10-23
- Wang, F., Man, J., Lee, E., Wu, T., Benson, H., Fricchione, G. L., y Wang, W. (2013). The Effects of Qigong on Anxiety, Depression, and Psychological Well-Being. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*. doi: 10.1155/2013/152738
- Wang, W., Wang, F., Fan, F., Sedas, A. C., y Wang, J. (2017). Mind-Body Interventions for Irritable Bowel Syndrome Patients in the Chinese Population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 191-204. doi: 10.1007/s12529-016-9589-0
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., Romanski, S. A., Hellyer, J. M., Sloan, J. A., y Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to Promote Physician Well-Being, Job Satisfaction, and Professionalism. *Internal Medicine*, 174(4), 527-533. doi: 10.1001/jamainternmed
- Whitebird, R. R., Kreitzer, M. J., y O'Connor, P. J. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 22(4), 226-230. doi: 10.2337/diaspect.22.4.226
- Wolever, R. Q., Bobinet, K. J., McCabe, K., Mackenzie, E. R., Fekete, E., Kusnick, C. A., y Baime, M. (2012). Effective and Viable Mind-Body Stress Reduction in the Workplace. *Journal Occupational Health Psychology*, 17(2), 246-58. doi: 10.1037/a0027278
- Wongtongkam, N., Krivokapic, B., Duncan, R., y Bellio, M. (2017). The Influence of a Mindfulness-Based Intervention on Job Satisfaction and Work-Related Stress and Anxiety. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(3), 134-143. doi: 10.1080/14623730.2017.1316760
- Yang, G. Y., Wang, L. Q., Ren, J., Zhang, Y., Li, M. L., Zhu, Y. T., Luo, J., Cheng, Y. J., Li, W. Y., Wayne, P. M., y Liu, J. P. (2015). Evidence Base of Clinical Studies on Tai Chi. *PLoS ONE*, 10(3), e0120655. doi: 10.1371/journal.pone.0120655
- Zeng, Y., Luo, T., Xie, H., Huang, M., y Cheng, A. S. (2014). Health Benefits of Qigong or Tai Chi for Cancer Patients. *Complementary Therapy Medicine*, 22(1), 173-186. doi: 10.1016/j.ctim.2013.11.010
- Zhang, J., Ding, W., y Wu, C. (2013). Task Complexity Natters. *Personality and Individual Differences*, 55(4), 433-439.
- Zhang, J., y Wu, C. (2014). The Influence of Dispositional Mindfulness on Safety Behaviors. *Accident Analysis & Prevention*, 70, 24-32. doi: 10.1016/j.aap.2014.03.006
- Zivnuska, S., Kacmar, K. M., Ferguson, M., Dawn, S., y Carlson, D. S. (2016). Mindfulness at Work: Resource Accumulation, Well-Being, and Attitudes. *Career Development International*, 21(2), 106-124. doi: 10.1108/CDI-06-2015-0086

# ***Trastornos de personalidad y juego patológico en adolescentes y jóvenes con dependencia de las máquinas tragamonedas***

Luis S. Espinoza  
Instituto de Psicología Integral del Perú (IPIP)

Recibido: 21 de noviembre del 2017 / Aprobado: 15 de agosto del 2018  
doi: 10.26439/persona2018.n021.3023

*El objetivo de este estudio fue explorar la relación entre los patrones de personalidad desadaptativa y el juego patológico en un grupo de jugadores con dependencia de las máquinas tragamonedas. La muestra fue de 120 participantes de ambos sexos, divididos en dos grupos: 60 jugadores patológicos (edades entre 18 a 24 años) que asistieron al Programa de Cesación de Juego Patológico del Instituto de Psicología Integral del Perú (IPIP), y un grupo de 60 no jugadores de 18 a 24 años, estudiantes universitarios de Psicología de una universidad privada de Lima. Los datos fueron obtenidos mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), el Cuestionario Breve de Diagnóstico del Juego Patológico (CBDJP) y la Entrevista Estructurada de la Historia de Juego. Los resultados mostraron que el 81,7 % de los jugadores patológicos con adicción a máquinas tragamonedas presentaban al menos un trastorno de personalidad, a diferencia del 40 % de la muestra no clínica. El trastorno de mayor prevalencia es el autoderrotista, seguido del trastorno pasivo-agresivo, trastorno narcisista y límite. Los resultados sugieren que existen diferencias marcadas entre los patrones de personalidad desadaptativa de la teoría de Millon de jugadores y no jugadores.*

---

trastornos de personalidad / juego patológico / máquinas tragamonedas

---

---

Correo electrónico: [lespinoza@ipiperu.com](mailto:lespinoza@ipiperu.com)

Persona 21 (2), julio-diciembre del 2018, ISSN 1560-6139, pp. 99-124

## **Personality disorders and pathological gambling in adolescents and young people with addiction to slot machines**

*The object of this study was to explore the relationship between patterns of maladaptive personality and pathological gambling in a group of gamblers addicted to slot machines. The sample consisted of 120 male and female subjects divided into two groups: a group of 60 pathological gamblers aged 18 to 24 who attended the Pathological Gambling Recovery Program at the Instituto de Psicología Integral del Perú (IPIP), and a group of 60 non-gamblers aged 18 to 24 who were psychology students of a private university in Lima. Data was obtained using the Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II), the Pathological Gambling Brief Questionnaire (PGBQ), and the Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCI-PG). The results showed that 81,7 % of the pathological gamblers addicted to slot machines had at least one personality disorder, in comparison with the other group which yielded 40%. The most prevalent personality disorder was the self-defeating disorder, followed by the passive-aggressive, narcissistic and borderline disorders. Moreover, there are significant differences in maladaptive personality patterns between gamblers and non-gamblers according to Millon's theory.*

---

personality disorders / pathological gambling / slot machines

---

## INTRODUCCIÓN

El juego por placer, ocio o beneficios económicos tiene miles de años de antigüedad y está presente en casi todas las culturas alrededor del mundo. La búsqueda incesante de excitación y de maneras de enfrentar el aburrimiento son algunos de los factores que han predispuesto al inicio del juego a lo largo de la historia de la humanidad.

Existe una variedad de juegos que consiguen generar adicción, como las máquinas tragamonedas, los bingos, las carreras de caballos, los casinos y el póquer, entre otros. A este tipo de adicción a los juegos de azar por dinero se le conoce usualmente como *juego patológico* o *ludopatía*. Este es un problema de salud —reconocido por la American Psychiatric Association (APA) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS)— que trae consecuencias negativas al jugador y a las personas de su entorno, pues se trata de un trastorno altamente incapacitante que afecta de forma progresiva y crónica diversas áreas de la vida de la persona que lo padece (American Psychiatric Association, APA, 2013). Estudios realizados en diversos países demuestran que el juego patológico es un problema global, e indican que entre un 70 % y 90 % de la población adolescente y adulta han jugado alguna vez en su vida (Abbott, Williams y Volberg, 2004; Gupta y Derevensky, 1998).

En el Perú, el juego patológico apareció como un problema social con mayor fuerza desde el año 1999, cuando se promulgó la ley que permitía la apertura de este tipo de negocios de entretenimiento, que impulsó la propagación y legalización de casinos y salas de juego, con su respectiva

difusión en medios publicitarios (Ley 27153). Sin embargo, todavía es un campo poco explorado por los profesionales de la salud mental, situación que se agudiza por la desinformación hacia este tema de la población en general, que aún lo entiende como un vicio y no como una adicción. Durante mucho tiempo, la noción de adicción ha sido considerada semejante a la adicción a las drogas. Pero, si se sabe que una de las características principales de las adicciones es la falta de control y la dependencia, estas no se deben únicamente al uso de sustancias químicas, como tabaco, alcohol, marihuana, clorhidrato de cocaína, etcétera. Indistintamente, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinada coyuntura, interfieren gravemente en la vida de las personas que los sufren (Echeburúa y Corral, 1994).

Aun cuando en nuestro país no se han realizado estudios epidemiológicos específicos que observen el impacto de los juegos de azar en la población en general, la prevalencia de este trastorno ha sido indagada en estudios epidemiológicos de consumo de drogas en la población general (Cedro, 2010, 2012; Devida, 2006, 2010). La *IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú* (Devida, 2010) encontró que tres de cada diez personas (38 %) han jugado alguna vez en su vida algún juego de azar, y el 9,4 % de los jugadores es un posible jugador patológico o ludópata. Asimismo, se evidenció que existen nueve veces más usuarios recientes y actuales de juegos de azar que consumidores de sustancias ilegales, siendo el uso de drogas ilegales 2,5 veces más alto entre las personas que han jugado. Resultados similares presenta el

*Estudio epidemiológico de consumo de drogas en población urbana peruana* (Cedro, 2010), en el cual se observó que el 23,6 % alguna vez en su vida ha ido a los juegos de azar; la mayoría de ellos son mujeres (28 %) y, en gran parte, se ubican en un rango de edad de 19 a 24 años (30,4 %); los juegos de azar más utilizados son las máquinas tragamonedas (12,3 %), las máquinas chinas/bolita (3,5 %) y los bingos (3,1 %).

En lo que se refiere a la casuística de juego patológico, las instituciones especializadas en el campo de las adicciones señalan que corresponde a problemas de adicción a los juegos de azar: máquinas tragamonedas, casinos, carreras de caballos, bingo, ruleta, etcétera. En los centros de tratamiento de las adicciones se ha demostrado un crecimiento de la demanda de ayuda por este problema. Así, el Servicio Lugar de Escucha del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro) ha detectado en los últimos cinco años un aumento en las peticiones de ayuda por problemas de adicciones comportamentales, como la adicción a los juegos de azar. De los 1500 casos atendidos en el año 2009, alrededor del 15 % son consultantes por problemas asociados al juego patológico (Rojas, 2013). Otro informe de Cedro (2012) reportó que de 245 estudiantes universitarios atendidos en el Servicio Lugar de Escucha el 11,7 % se debía a problemas de juego patológico. Estos datos refuerzan la evidencia de que el juego patológico es una adicción que tiene que ser tomada en cuenta al momento de desarrollar programas de prevención y tratamiento en el campo de las adicciones para evitar que se convierta en un problema de salud pública (González, 1989).

Desde hace mucho tiempo, se ha desarrollado el interés por el estudio de la comorbilidad en las adicciones (Crockford y el-Guebaly, 1998; Tenorio y Marcos, 2000). El juego patológico no ha sido la excepción. En él destaca la importancia de evaluar la coexistencia con trastornos de la personalidad. Si se sabe que la tasa de trastornos de personalidad en jugadores patológicos es muy elevada, es ineludible que se ejecute un esfuerzo de investigación para el desarrollo de programas específicos de evaluación e intervención para este tipo de población. Así, un jugador patológico puro no puede ser tratado de la misma manera que un jugador con comorbilidad asociada a un trastorno de personalidad (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006). Además, los jugadores patológicos tienden a presentar una serie de problemas en distintas áreas de su vida: psicopatológicos, familiares, de pareja, laborales/académicos, sociales, consumo de sustancias, legales, económicos, entre otros. Para la mayor parte de las personas, el juego es una actividad normal, pero para los jugadores patológicos se convierte en una conducta que no son capaces de controlar (OMS, 1992).

Al igual que ocurre con cualquier adicción, la causalidad del juego patológico es multifactorial. Los patrones de personalidad son algunos de los factores causales y mantenedores de la adicción al juego (Black y Moyer, 1998; Blaszczynski y Steel, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson y Marcotte, 1996). Por otra parte, el intentar establecer la relación entre la personalidad y la adicción a las

máquinas tragamonedas se fundamenta en que estas máquinas recreativas son las que tienen mayor prevalencia de vida y generan mayor número de personas con problemas de juego patológico en nuestro país y a nivel mundial (Cedro, 2010; Devida, 2006, 2010).

La falta de opciones de tratamiento especializadas en esta área y la casi inexistente investigación en el ámbito local sobre este tema hacen más difícil el abordaje terapéutico, debido a que no hay una base teórica que aporte un perfil del juego patológico en el Perú. A lo antes mencionado se suma la comorbilidad existente (demostrada en otros contextos) entre el juego patológico, el uso de drogas, los trastornos psiquiátricos, los desórdenes de personalidad, la búsqueda de nuevas sensaciones y las distorsiones cognitivas relacionadas con los juegos de azar, con énfasis en máquinas tragamonedas (Bland, Newman, Orn y Stebelsky, 1993; Feigelman, Wallisch y Lesieur, 1998).

Asimismo, diversos estudios han encontrado los efectos negativos que tiene el juego patológico en distintas esferas de la vida del jugador. En el ámbito psicológico, provoca tristeza, ansiedad, depresión e irritabilidad. En lo familiar, desatención y falta de comunicación. En la esfera laboral/académica, causa bajo rendimiento, desmotivación, faltas injustificadas, abandono del trabajo o estudios, y despidos. En lo social, genera desatención de las amistades, disminución de las actividades de ocio, pérdida de relaciones significativas y consumo de sustancias. Esto conduce al uso y abuso de drogas legales e ilegales: tabaco, alcohol, cocaína, anfetaminas, etcétera. También puede traer problemas con la justicia, estas, robos y otras actividades delictivas, así

como problemas económicos por las deudas relacionadas con el juego (Echeburúa y Corral, 1994).

La presente investigación busca aportar al desarrollo de un modelo explicativo de la conducta de juego patológico con base en los rasgos de personalidad como factores predisponentes y de mantenimiento del juego patológico (Bland *et al.*, 1993; Ramírez, McCormick, Russo y Taber, 1983; Roy *et al.*, 1988; Linden, Pope y Jonas, 1986). Los resultados obtenidos en este estudio —aunque aún preliminares y provisionales— podrán constituirse en un marco de referencia para la elaboración y diseño de estrategias terapéuticas y preventivas del tratamiento del juego patológico. En cuanto a la justificación social, las personas que se encuentren en riesgo de desarrollar un problema de juego patológico y las personas con problemas de juego patológico se verán beneficiadas, ya que los resultados contribuirán a la elaboración de una propuesta de tratamiento para la cesación del juego patológico, fundada en la terapia cognitiva conductual, con énfasis en los rasgos de personalidad, la búsqueda de nuevas sensaciones y las distorsiones cognitivas.

## DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL JUEGO PATOLÓGICO

No fue hasta 1975 que se empezó a investigar la ludopatía como enfermedad y, en 1979, Moran la definió como juego patológico. Su reconocimiento oficial se produjo en 1980, cuando la American Psychiatric Association (APA) la incluye en una de las categorías del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) de ese año.

Cuando se menciona la palabra *adicción*, es común pensar en la “adicción a las drogas”. No obstante, se ha reconocido que el factor principal de todos los trastornos adictivos es la falta de control; en otras palabras, es la falta de autocontrol de la persona afectada sobre determinada conducta. Esta, en un inicio, es placentera, pero con el tiempo necesita ejercer dicha conducta para minimizar los síntomas displacenteros que generan el no realizarla; esto se conoce como *síndrome de abstinencia* (Cía, 2013).

La determinación de que se padece un problema de juego patológico se basa en una serie de criterios psiquiátricos diagnósticos. Este problema está descrito en los trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados, junto con problemas como la cleptomanía, el trastorno explosivo intermitente, la piromanía y la tricotilomanía (APA, 1980). En el DSM-IV-TR (APA, 2000), estuvo categorizado como un trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados, junto con la cleptomanía, la piromanía, etcétera. Sin embargo, con la aparición del DSM-V (APA, 2013), se realizan cambios en las nomenclaturas y se incluye una nueva: *trastornos no relacionados a sustancias*, con la cual se designa a las citadas adicciones conductuales. En este tipo de trastornos se encuentra como única patología aprobada el juego patológico o ludopatía, con un nuevo rótulo: trastorno por juego de apuestas (Cía, 2013). Como señalan Echeburúa y Báez (1990), según este manual diagnóstico, los criterios para el abuso de sustancias y para el juego patológico son básicamente los mismos, si se sustituye el juego por la sustancia adictiva,

con un énfasis especial en la pérdida de control. En el DSM-IV (APA, 1994), se añade un aspecto en los criterios diagnósticos para este problema, que a nuestro entender es de gran importancia: se comienza a dar relevancia tanto a las consecuencias del juego como a los factores desencadenantes del mismo, sugiriéndose la necesidad de tratamientos tanto sintomáticos como no sintomáticos de este problema.

A pesar de existen criterios específicos para diversos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etcétera, todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que en las adicciones, sean con o sin sustancia, se producen los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, entre otros. Concretamente, el DSM-IV, el DSM-IV-TR y el DSM-V (APA, 1994, 2000, 2013) utilizan los siguientes criterios para diagnosticar el juego patológico.

### ***Patrones y síndromes clínicos de la personalidad según el MCMI-II***

El diagnóstico de un trastorno de personalidad se basa en los criterios diagnósticos, es decir, un conjunto de síntomas que deben encontrarse en una persona durante un largo tiempo. Cada trastorno de personalidad tiene un conjunto de criterios que describen rasgos característicos o conductas representativas de cada persona que lo padece.

Millon y Everly (1994) definen la personalidad como la representación de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que persisten y se manifiestan por largos períodos de tiempo, los cuales surgen de



disposiciones biológicas y del aprendizaje de la persona. Este concepto ha ido variando de tal manera que ahora la personalidad se determina como un patrón complicado de particularidades psicológicas profundamente arraigadas, que se expresan de manera automática en la actividad psicológica de la persona.

### ***Juego patológico en jóvenes y adolescentes***

El juego patológico en poblaciones de jóvenes y adolescentes ha demostrado ser un problema de relevancia clínica. En distintos países, se han realizado estudios epidemiológicos que indican que la prevalencia en jóvenes y adolescentes se encuentra entre el 1,7 %, según Ladouceur e Ivfireault (1988), y el 8 % hallado por Lesieur *et al.* (1991); también se obtuvieron prevalencias de juego patológico en estudiantes de instrucción secundaria o universitaria que van entre el 4 % y el 8 %. Es evidente que los resultados son dos o tres veces mayores que la prevalencia obtenida en la población de adultos (Zitlow, 1992), donde se encontró un 9,6 % de jugadores adolescentes. Algunos estudios en otros países, como en Estados Unidos, estiman que entre el 3 % y el 10 % de los jugadores patológicos son jóvenes y adolescentes (Westphal, Rush, Stevens y Johnson, 2000). En Canadá, se encontró un 4,7 % en esta población (Gupta y Deverensky, 1998), y en Inglaterra algunos investigadores calculan entre el 5,6 % (Fisher, 1999) y el 6 % (Wood y Griffiths, 1998).

Ciertos estudios metaanalíticos, como el realizado por Stucki y Rihs-Middel (2007), se limitan a analizar la prevalencia

de juego patológico en poblaciones adultas, prescindiendo de poblaciones de jóvenes y adolescentes por las altas tasas de juego patológico que estas presentan (Stinchfield, Hanson y Olson, 2006), las cuales pueden ser incluso más elevadas que entre los adultos (Shaffer, Hall y Bilt, 1999). Este hecho exige hacer un análisis más minucioso en esta población desde el enfoque de la salud pública, porque los juegos de azar han dejado de ser considerados como únicos de la población adulta. Algunos estudiosos del juego patológico, como Sarabia, Estévez y Herrero (2014), han manifestado que los juegos de azar pasan por cambios vertiginosos por la variedad de oferta y accesibilidad; las nuevas tecnologías, como las computadoras y los teléfonos móviles, han abierto el acceso desde cualquier lugar geográfico a distintos artilugios relacionados con los juegos de azar, siendo los preferidos las máquinas tragamonedas.

### **ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Los estudios realizados demuestran una alta tasa de trastornos de personalidad (TP) en jugadores patológicos. Lesieur y Blume (1990), en una investigación con 141 jugadores patológicos, encontraron que el 71 % de ellos presentaba al menos un trastorno de personalidad. También Blaszczynski y Steel (1998), en una muestra de 82 participantes, determinaron que el 93 % sufría un trastorno. Por su parte, el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006) en jugadores patológicos halló que el 32 % estuvo afectado por al menos un trastorno. Black y Moyer (1998) observaron que el 87 % de una muestra de 30 sujetos tenía,

como mínimo, un trastorno de personalidad relacionado con la dependencia de los juegos de azar. Similares resultados obtuvieron Odlaug, Schreiber y Grant (2013): entre el 23 % y el 92 % de los jugadores patológicos padecen por lo menos un trastorno de personalidad, y el 18 % de ellos manifiesta tener entre dos o más trastornos de personalidad.

Algunos autores han demostrado que el trastorno de personalidad antisocial tiene una prevalencia del 16,5 % (Blaszczynski y Steel, 1998; Ibáñez y Saiz, 2001; Pietrzak y Petry, 2005). Otros estudios han hallado cifras mayores al 35 % de personas con un diagnóstico antisocial (Cunningham-Williams, Cottler, Compton y Spitznagel, 1998). Los mismos investigadores, en un estudio posterior, refieren que el 22 % de jugadores patológicos con trastorno antisocial tienen problemas con el consumo de drogas (Cunningham-Williams *et al.*, 2000). Muchos estudios han comprobado lo antes mencionado, destacando que la existencia de un trastorno de personalidad y de juego patológico genera mayores probabilidades de desarrollar adicción al alcohol o el uso de drogas (French, Maclean y Ettner, 2008; Melville, Casey y Kavanagh, 2007).

En general, no existe un acuerdo acerca de los trastornos de personalidad comórbidos con el juego patológico. Así, algunas investigaciones resaltan el trastorno esquizotípico de la personalidad (Lesieur y Blume, 1990), mientras que otros estudios señalan el trastorno de evitación (Specker *et al.*, 1996), el límite (Blaszczynski y Steel, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Odlaug *et al.*, 2013), el obsesivo-compulsivo

(Black y Moyer, 1998; Odlaug *et al.*, 2013) y el narcisista (Odlaug *et al.*, 2013).

Para el análisis de la personalidad de los jugadores patológicos, el instrumento más utilizado es el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Henderson, 2004; Pedrero, 2009). El MCMI-II es un instrumento multiaxial derivado de un modelo integrado de la psicopatología y la personalidad, y, a su vez, está relacionado con el modelo multiaxial del DSM (Cardenal, Sánchez-López y Ortiz-Tallo, 2007).

Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006) llevaron a cabo un estudio de los trastornos de personalidad asociados al juego patológico en una muestra conformada por 50 jugadores, que completaron el MCMI-II antes del tratamiento, y por 50 sujetos de la población normal con las mismas características demográficas. El 40 % de la muestra clínica (frente al 14 % de la muestra normativa) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. El trastorno de mayor prevalencia era el trastorno narcisista (32 %), seguido del trastorno antisocial y del trastorno pasivo-agresivo (16 % cada uno de ellos).

Ortiz-Tallo, Cancino y Cobos (2011) exploraron la presencia de patrones de personalidad y su relación con los síndromes clínicos en una muestra de 212 hombres jugadores patológicos pertenecientes a un centro de rehabilitación. Emplearon el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Los resultados muestran que los patrones de personalidad clínicos más comunes fueron dependientes (29,7 %), obsesivo-compulsivo (29,3 %), narcisista (23,6 %) y antisocial (23,6 %). Los síndromes clínicos

más usuales son el abuso de alcohol (24,5 %) y el abuso de drogas (16 %).

Otro estudio, realizado por Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo (2011), encontró relaciones significativas entre el juego patológico y el consumo de alcohol y drogas. El 25,5 % de la muestra de jugadores patológicos tenía problemas con el alcohol y un 16 % con el abuso de drogas. Otros investigadores también hallaron relaciones significativas entre la dependencia de las bebidas alcohólicas, el consumo de drogas y el juego patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Odlaug *et al.*, 2013). Asimismo, los trastornos por abuso y dependencia de drogas legales e ilegales se encuentran fuertemente asociados al juego patológico (Grant y Kim, 2003; Welte, Barnes, Tidwell, Hoffman y Wieczorek, 2004, 2015) con tasas que fluctúan entre el 21 % y el 65 %, tanto en población clínica como general. También se ha descubierto comorbilidad del juego patológico con otros trastornos. Los trastornos de estado de ánimo alcanzan elevadas tasas, como la depresión mayor, la distimia, la manía y la hipotimia, que oscilan entre el 33 % y el 76 %, mientras que los trastornos de ansiedad varían entre el 9 % y el 40 % (Adamson, Todd y Sellman, 2006; Grant y Kim, 2003; Ibáñez y Saiz, 2001).

En el Perú, Paredes y Sandoval (2011) exploraron y describieron el perfil clínico de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) en una población de jugadores patológicos con respecto a los juegos de azar, conformada por internos en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo

Noguchi”. El 79 % de los participantes padecía al menos un trastorno de personalidad. Además, las escalas que se presentaron con mayor frecuencia y que obtuvieron puntajes elevados significativos fueron las siguientes: agresivo-sádico (52,6 %), narcisista (42,1 %), pasivo-agresivo (42,1 %), evitativo (36,8 %) y antisocial (36,8 %). Asimismo, determinaron un promedio de 3,4 trastornos de personalidad por cada participante. Concluyeron que un gran porcentaje de pacientes con diagnóstico de juego patológico tenían comorbilidad con los trastornos de personalidad.

Los estudios mencionados anteriormente destacan el interés de valorar la posibilidad de la patología dual en grupos de jugadores patológicos dependientes de diversos juegos de azar asociados a los trastornos de personalidad, pese a que se han realizado pocos estudios que examinan la correspondencia con otros síndromes clínicos. Del mismo modo, resalta el interés por indagar la posible relación entre los perfiles de personalidad comunes a los jugadores patológicos, en los que pueden coexistir diversos trastornos de personalidad y síndromes clínicos.

## OBJETIVO

Esta investigación tiene como objetivo explorar y comparar los rasgos desadaptativos de personalidad más relevantes en una muestra de jugadores patológicos que han buscado ayuda terapéutica, comparada con un grupo de control no clínico (estudiantes universitarios). La finalidad es reconocer los rasgos de personalidad presentes en los jugadores dependientes de las máquinas

tragamonedas. Se espera que los resultados sean un aporte para el diseño e implementación de estrategias preventivas selectivas y procedimientos terapéuticos eficaces en función de las variables estudiadas.

## MÉTODO

### *Participantes*

El muestreo aplicado fue no probabilístico e intencional. La muestra total de este estudio estuvo conformada por 120 participantes (60 jugadores patológicos y 60 no jugadores). El grupo de jugadores patológicos estaba compuesto por 60 participantes de ambos sexos (hombres: 48,3 % y mujeres: 51,7 %), con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años (edad promedio: 21,6; desviación estándar: 2,1). La mayoría es soltera o soltero (80,5 %), tiene secundaria completa (56,10 %), su juego problema son las máquinas tragamonedas (100 %), llevan más de cuatro años de tiempo de juego (75,1 %) y con una frecuencia interdiaria (89,4 %). Los participantes acudieron en busca de tratamiento al Programa de Cesación de Juego Patológico (PCJP) del Instituto de Psicología Integral del Perú (IPIP) entre enero del 2013 a febrero del 2017.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (a) ser mayores de 18 años; (b) llevar más de un año como tiempo de juego; (b) cumplir con los criterios diagnósticos de juego patológico según el DSM-V, determinados mediante la Entrevista Estructurada de la Historia de Juego; (c) alcanzar una puntuación igual o superior a 10 en el Cuestionario Breve de Diagnóstico de Juego Patológico (CBDJP); y (d) tener como juego

problema las máquinas tragamonedas. La inclusión de los tres últimos criterios se deben al objetivo de contar con jugadores que cumplan con los criterios diagnósticos de juego patológico y homogeneizar la muestra en cuanto al tipo de juego problema.

El grupo de control estaba conformado por 60 personas no jugadoras de juegos de azar, y fue denominado *población no clínica*. Estaba constituido por estudiantes universitarios de la carrera de Psicología de una universidad particular de Lima Metropolitana y se encontraban cursando entre el primer y el quinto año (hombres: 75, % y mujeres: 25, %). La mayoría son solteros o solteras (53,7 %), con nivel educativo universitario (100 %) y edades comprendidas entre los 18 a 24 años (edad promedio: 21,3; desviación estándar: 1,9). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (a) mayores de 18 años; (b) no cumplir con los criterios diagnósticos de juego patológico según el DSM-V; (c) alcanzar una puntuación igual o inferior a 4 en el CBDJP; (d) no haber jugado (ni siquiera con la compra de un boleto de lotería) en el último año. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para formar parte de este estudio.

### *Instrumentos*

#### *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*

Construido por Millon (1987), es un inventario autoadministrable que consta de 175 afirmaciones breves y autodescriptivas, con alternativas de respuesta de tipo dicotómico (falso y verdadero). Fue elaborado desde el modelo estructural politético. Asimismo,

explora dimensionalmente 13 escalas de patrones desadaptativos de personalidad. El MCMI-II está conformado por 26 escalas diagnósticas comprendidas en los patrones clínicos de personalidad (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo y autoderrotista), patología severa de la personalidad (esquizotípico, *borderline* y paranoide), síndromes clínicos (ansiedad, somatoformo, bipolar, distimia, dependencia de alcohol y dependencia de drogas), síndromes severos (desorden del pensamiento, depresión mayor y desorden delusional) y escalas de fiabilidad y validez (validez, sinceridad, deseabilidad social y autodescalificación). El contenido de este inventario procede de la teoría biopsicosocial de Theodore Millon, según la cual los síndromes clínicos son extensiones de los estilos de personalidad.

En el Perú, Garibay (2002) realizó un análisis exploratorio en un grupo de 260 estudiantes de Psicología de una universidad nacional para determinar la confiabilidad y la validez de este instrumento. En cuanto a la confiabilidad, por el método de consistencia interna, los valores se situaron entre 0,42 y 0,91; el menor valor fue el de la escala compulsiva. Respecto a la confiabilidad, por mitades, los valores obtenidos se hallaron entre .42 y .89, siendo el menor el de la escala dependiente. Además, se brindaron baremos asignados en puntajes T para la población estudiantil, a diferencia de las puntuaciones TB que asigna el autor del inventario.

Con la finalidad de establecer y analizar la confiabilidad del MCMI-II en el presente estudio, se procedió a analizar los resultados

obtenidos con los datos de los participantes utilizando el alfa de Cronbach. Este alcanzó un valor de .93, lo que permite concluir que el instrumento es confiable y, por lo tanto, se puede aplicar en la investigación, ya que evidencia una alta consistencia interna.

#### *Cuestionario Breve de Diagnóstico del Juego Patológico (CBDJP)*

La primera versión de este cuestionario estaba compuesta por 50 preguntas y fue desarrollada por Salinas y Roa (2001). Debido a las características del problema que evaluaba, era aconsejable elaborar un cuestionario de *screening*, con un número menor de ítems que el Cuestionario de Diagnóstico del Juego Patológico FAJER en el que está basado. Para cada uno de los diez criterios del DSM-IV, se seleccionaron los dos ítems con correlación ítem-total corregido más elevada y cuyo contenido fuese suficientemente diferente. Así, quedaron 20 ítems con la misma estructura de respuesta y sistema de puntuación —“Nunca”, “A veces” y “Muchas veces”— que el del anterior cuestionario, por lo que la puntuación total varía entre 0 y 40. La puntuación final permite establecer “No jugador” (0 a 4), “Jugador con riesgo” (5 a 9) y “Jugador dependiente” (10 a más).

La consistencia interna, valorada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, alcanza el valor .93 para la muestra conjunta de ambos grupos. En la muestra de jugadores, su valor es .83 y, en la población general, es .76. La validez concurrente con el cuestionario original es elevada ( $r = .986$ ). La puntuación discrimina claramente ambos grupos; la puntuación media de la muestra de población general es 1,19

(s. d. = 2,76), mientras que en la muestra de jugadores patológicos es 15,95 (s. d. = 6,65). El punto de corte óptimo es cinco; con él se consigue una sensibilidad del 98,4 % y una especificidad del 93,5 % (Fernández-Montalvo *et al.*, 1995; Salinas, 2004).

#### *Entrevista Estructurada de la Historia de Juego*

La Entrevista Estructurada de la Historia de Juego (Echeburúa y Báez, 1994) consta de 10 ítems que recolectan datos sobre los comportamientos de juego de los padres, el inicio y el agravamiento de la conducta de juego en el paciente y otros aspectos de la vida cotidiana que son útiles en la evaluación y control del problema específico de cada persona.

#### **Procedimiento de recolección de datos**

La recolección de datos para la muestra de jugadores patológicos fue realizada como parte del proceso de ingreso al Programa de Cesación de Juego Patológico (PCJP) del Instituto de Psicología Integral del Perú (IPIP). En la primera sesión, se recolectó la información personal y la relacionada con el juego, que fue brindada por el consultante y corroborada por la persona acompañante. En esta etapa se aplicó la Entrevista Estructurada de la Historia de Juego, el Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), instrumentos que forman parte del proceso de evaluación psicológica. En cambio, la evaluación del grupo no clínico o de control se llevó a cabo en las aulas de clase seleccionadas, durante una sola sesión,

en días y horarios previamente pactados con los docentes, evitando los momentos antes de algún examen o la última hora de clase. Se entregó la Entrevista Estructurada de la Historia de Juego, el Cuestionario Breve de Diagnóstico de Juego Patológico (CBDJP) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) dentro de un sobre A4 a cada estudiante. Antes de iniciar la recolección de los datos, se brindó información breve acerca del objeto de estudio y se invitó a participar de manera voluntaria y anónima a los estudiantes. En promedio, las evaluaciones en ambos grupos duraron entre 40 a 60 minutos.

#### **Estrategia de análisis**

Los datos recolectados y codificados fueron sometidos a tratamiento estadístico en el programa SPSS 24,0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows. Previamente a los análisis de la base de datos, se ejecutó un proceso de consolidación, que comprende la integración de archivos, la consistencia de la información, la reestructuración de los datos, la tabulación básica, la presentación y difusión de los resultados, y la consistencia de rango de la información global y estructural. Los procedimientos estadísticos para el análisis de los datos fueron los siguientes: análisis de frecuencias para describir las características de la muestra y análisis bivariados (t de Student).

Solo se tomaron en cuenta los protocolos de respuesta con puntajes significativos en la escala de validez, según los criterios del MCMI-II. Y, con arreglo a los criterios más conservadores, solo se ha considerado la presencia de trastornos de personalidad

cuando la puntuación en la tasa base (TB) del MCMI-II era superior a 84. Para el análisis total de la muestra, únicamente se han contemplado los datos de los protocolos de respuesta con puntajes significativos en la escala de validez ( $> 1$ ) y sinceridad (menos de 145 o más de 590), según los criterios del MCMI-II. Los instrumentos de evaluación completos son procesados y corregidos por personal independiente al estudio, lo cual garantiza mayor transparencia y objetividad en la entrada de datos.

## RESULTADOS

Las siguientes tablas contienen estadísticas descriptivas y comparativas de las escalas del MCMI-II. Solo se tomaron en cuenta los protocolos de respuesta con puntajes significativos en la escala de validez, según los criterios del MCMI-II, y con arreglo a los criterios más conservadores de Wetzler

(1990), únicamente se ha considerado la presencia de trastornos de personalidad cuando la puntuación en la tasa base (TB) del MCMI-II era superior a 84. Para el análisis total de la muestra, se contemplan exclusivamente los datos de los protocolos de respuesta con puntajes significativos en la escala de validez ( $> 1$ ) y sinceridad (menos de 145 o más de 590), según los criterios del MCMI-II.

En la tabla 1, se puede observar la frecuencia y los porcentajes de patrones clínicos y patología severa de personalidad en los dos grupos estudiados, según fueron diagnosticados con el MCMI-II. Se considera la existencia de un trastorno de personalidad solo cuando la tasa base del MCMI-II es mayor a 84. El 81,7 % de los jugadores patológicos tienen por lo menos un rasgo desadaptativo de la personalidad, comparado con el grupo no clínico (40 %).

Tabla 1

*Frecuencia y porcentajes de patrones clínicos y patología severa de la personalidad en el grupo de jugadores patológicos, comparados con los grupos de control, según el MCMI-II*

Muestras	Patrones clínicos y patología severa de la personalidad	
	N	%
Jugadores patológicos (N = 60)	49	81,7
Población no clínica (N = 60)	24	40,0

En la tabla 2, se evidencia el porcentaje de patrones clínicos y patología severa de personalidad en jugadores y no jugadores. Se puede apreciar que el 18,3 % de los jugadores no tiene trastornos de personalidad, al igual que el 40 % de la población no

clínica. En la muestra de jugadores patológicos, el 81,7 % padece entre uno a más de un trastorno por persona, a diferencia del 60 % de los no jugadores, que tienen entre uno y dos trastornos de personalidad.

Tabla 2

*Porcentajes de patrones clínicos y patología severa de personalidad en el grupo de jugadores patológicos y población no clínica, según el MCMI-II*

Trastornos	Jugadores patológicos	Población no clínica
	%	%
0	18,3	40,0
1	6,7	45,0
2	16,7	15,0
3	18,3	0,0
4	13,3	0,0
5	3,3	0,0
6	10,0	0,0
7	5,0	0,0
8	1,7	0,0
9	17	0,0
Más de 10	5,0	00

*Nota:* Solo se ha considerado la puntuación en la tasa base (TB) del MCMI-II superior a 84.

En la tabla 3, se evidencia que el trastorno de mayor prevalencia es el trastorno autoderrotista (40 %), seguido del trastorno pasivo-agresivo (38,3 %), el trastorno narcisista (36,7 %), límite (36,7 %), evitativo (31,7 %), antisocial (30 %) y dependiente

(25 %). En el grupo de no jugadores, las tasas más altas se dan en el trastorno compulsivo (51,7 %), dependiente (15 %), histriónico y agresivo-sádico (cada uno con 3,3 %), y narcisista (1,7 %), no evidenciándose ninguno de los demás trastornos.



Tabla 3  
*Frecuencia y porcentajes de patrones clínicos y patología severa de personalidad en jugadores patológicos y no jugadores (N = 120)*

Escalas	Jugadores patológicos		No jugadores	
	N	%	N	%
Patrones clínicos				
Esquizoide	11	18,3	0	0,0
Evitativo	19	31,7	0	0,0
Dependiente	15	25,0	9	15,0
Histriónico	10	16,7	2	3,3
Narcisista	22	36,7	1	1,7
Antisocial	18	30,0	0	0,0
Agresivo-sádico	17	28,3	2	3,3
Compulsivo	10	16,7	31	51,7
Pasivo-agresivo	23	38,3	0	0,0
Autoderrotista	24	40,0	0	0,0
Patología severa	N	%	N	%
Esquizotípico	7	11,7	0	0,0
Límite	22	36,7	0	0,0
Paranoide	9	15,0	0	0,0

*Nota:* Solo se ha considerado la puntuación en la tasa base (TB) del MCMI-II superior a 84.

En la tabla 4, se presentan los síndromes clínicos y severos de mayor prevalencia en el grupo de jugadores patológicos: en primer lugar está la ansiedad (43,3 %), seguida

de la distimia (41,7 %), la dependencia del alcohol (15 %) y la dependencia de drogas (13,3 %). En el grupo de no jugadores no se encontró ningún trastorno.

Tabla 4

*Frecuencia y porcentajes de síndromes clínicos y síndromes severos de personalidad en jugadores patológicos y no jugadores (N = 120)*

Escala	Jugadores patológicos		No jugadores	
	N	%	N	%
<b>Síndromes clínicos</b>				
Ansiedad	26	43,3	0	0,0
Somatoforme	5	8,3	0	0,0
Bipolar	5	8,3	0	0,0
Distimia	25	41,7	0	0,0
Dependencia del alcohol	9	15,0	0	0,0
Dependencia de drogas	8	13,3	0	0,0
<b>Síndromes severos</b>				
Desorden de pensamiento	5	8,3	0	0,0
Depresión mayor	6	10,0	0	0,0
Desorden delusional	4	6,7	0	0,0

*Nota:* Solo se ha considerado la puntuación en la tasa base (TB) del MCMI-II superiores a 84.

En la tabla 5, se exponen las diferencias entre los patrones clínicos y patología severa de personalidad en jugadores patológicos y no jugadores. Se pueden observar diferencias significativas en las puntuaciones promedio de las siguientes escalas: esquizoide ( $t = 6,19$ ,  $p$  [bilateral] = .000), evitativo ( $t = 14,21$ ,  $p$  [bilateral] = .000), histriónico ( $t = 3,68$ ,  $p$  [bilateral] = .000), narcisista ( $t = 6,41$ ,  $p$  [bilateral] = .000), antisocial ( $t = 10,68$ ,  $p$  [bilateral] = .000), agresivo-sádico ( $t = 6,13$ ,  $p$  [bilateral] = .000), compulsivo ( $t = -6,41$ ,  $p$  [bilateral] = .000), pasivo-agresivo ( $t = 14,81$ ,  $p$  [bilateral] = .000), autoderrotista ( $t = 11,74$ ,  $p$  [bilateral] = .000), esquizotípico ( $t = 7,93$ ,  $p$  [bilateral] = .000), límite ( $t = 15,12$ ,  $p$  [bilateral] = .000) y paranoide ( $t = 4,41$ ,  $p$  [bilateral] = .000). No se encontraron diferencias significativas en

las puntuaciones promedio entre ambos grupos en la escala de dependencia ( $t = -1,58$ ,  $p$  [bilateral] = .117).

Del mismo modo, en los patrones clínicos y patología severa de personalidad en el grupo de jugadores patológicos, se obtuvieron indicadores moderados en las escalas: evitativo (75,9), narcisista (79,8), antisocial (77,2), agresivo-sádico (80,7), pasivo-agresivo (76,2), autoderrotista (77,9) y *borderline* (78,0). Asimismo, se evidencian en este grupo indicadores sugestivos en las escalas esquizoide (70,6), dependiente (71,3), histriónico (71,0), compulsivo (69,9), esquizotípico (68,0) y paranoide (70,5). En el grupo de no jugadores, se hallaron indicadores moderados en la escala de compulsivo (84,7) y agresivo-sádico (62,1).

En la tabla 6, se observan las diferencias entre ambos grupos (jugadores patológicos

Tabla 5  
*Puntuaciones de los patrones clínicos y patología severa de personalidad en jugadores patológicos y no jugadores: t de Student, media aritmética y desviación estándar (N = 120)*

Escala	Jugadores patológicos			No jugadores			t	d
	N	Media	DS	N	Media	DS		
<b>Patrones clínicos de personalidad</b>								
Esquizoide	60	70,6	17,9	60	48,8	20,6	6,19**	1,13
Evitativo	60	75,9	22,1	60	21,9	19,5	14,21**	2,59
Dependiente	60	71,3	20,6	60	65,5	19,0	1,58	0,29
Histriónico	60	71,0	20,2	60	57,6	19,9	3,68**	0,67
Narcisista	60	79,8	16,2	60	59,9	17,8	6,41**	1,17
Antisocial	60	77,2	18,5	60	44,1	15,3	10,68**	1,95
Agresivo-sádico	60	80,7	19,5	60	62,1	13,2	6,13**	1,12
Compulsivo	60	69,9	14,2	60	84,7	10,8	-6,41**	1,17
Pasivo-agresivo	60	76,2	28,2	60	15,1	14,9	14,81**	2,71
Autoderrotista	60	77,9	26,8	60	29,7	17,0	11,74**	2,15
<b>Patología severa de personalidad</b>								
Esquizotípico	60	68,0	17,2	60	42,2	18,5	7,93**	1,36
Límite	60	78,0	23,3	60	22,5	16,3	15,12**	2,58
Paranoide	60	70,5	15,4	60	59,1	12,8	4,41**	0,66

Nota: \*\* p < .001

y no jugadores) con relación a los síndromes clínicos y severos de personalidad del MCMI-II. Se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones promedio de todas las escalas: ansiedad (t = 13,38, p [bilateral] = .000), somatoforme (t = 3,76, p [bilateral] = .000), bipolar (t = 4,75, p [bilateral] = .000), distimia (t = 13,09, p [bilateral] = .000), dependencia del alcohol (t = 13,50, p [bilateral] = .000), dependencia de drogas (t = 9,73, p [bilateral] = .000), desorden

del pensamiento (t = 7,11, p [bilateral] = .000), depresión mayor (t = 12,20, p [bilateral] = .000) y desorden delusional (t = 4,10, p [bilateral] = .003).

Igualmente, se advierten indicadores sugestivos en los puntajes en las escalas de los síndromes clínicos y severos de personalidad en el grupo de jugadores patológicos: ansiedad (73,2), somatoforme (62,3), bipolar (62,2), distimia (70,4), dependencia del alcohol (67,4), dependencia de drogas

(68,2), desorden de pensamiento (64,1), depresión mayor (62,8) y desorden delusional (62,2). No se encontraron indicadores

significativos de ningún síntoma clínico y síndrome severo de personalidad en el grupo de no jugadores.

Tabla 6

*Puntuaciones de los síntomas clínicos y síndromes severos de personalidad en jugadores patológicos y no jugadores: t de Student, media aritmética y desviación estándar (N = 120)*

Escala	Jugadores patológicos			No jugadores			t	d
	N	Media	DS	N	Media	DS		
<b>Síntomas clínicos</b>								
Ansiedad	60	73,2	27,7	60	23,8	7,1	13,38**	2,44
Somatoforme	60	62,3	17,6	60	49,9	18,3	3,76**	0,69
Bipolar	60	62,2	18,2	60	47,18	14,4	4,75**	0,92
Distimia	60	70,4	26,7	60	24,2	5,8	13,09**	2,39
Dependencia del alcohol	60	67,4	17,2	60	28,7	14,1	13,50**	2,46
Dependencia de drogas	60	68,2	17,6	60	39,0	15,2	9,73**	1,78
<b>Síndromes severos</b>								
Desorden de pensamiento	60	64,1	16,9	60	37,4	23,6	7,11**	1,30
Depresión mayor	60	62,8	21,7	60	15,7	20,4	12,20**	2,24
Desorden delusional	60	62,2	12,9	60	51,9	14,5	4,10**	0,75

Nota: \*\* p < .001

## CONCLUSIONES

En el presente estudio, se encontró una alta tasa (82 %) de trastornos de personalidad en los jugadores patológicos con adicción a las máquinas tragamonedas, quienes presentaban al menos un trastorno de personalidad, un poco más que el doble (40 %)

de la muestra de no jugadores. Estos resultados son muy similares al 71 % obtenido por Lesieur y Blume (1990), y el 79 % del estudio realizado por Paredes y Sandoval (2011); también está cerca del 87 % evidenciado en la investigación de Black y Moyer (1998). Sin embargo, la tasa de trastornos de personalidad de este estudio es

más elevada que la determinada por otros estudios, como el 25 % de Specker *et al.* (1996), y el 40 % que arrojó el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006). No obstante, encaja en los parámetros establecidos por Odlaug *et al.* (2013), que indican que entre el 23 % y el 92 % de los jugadores patológicos manifiestan por lo menos un trastorno de personalidad.

La falta de consistencia de estos resultados puede estar relacionada con los instrumentos utilizados para la recolección de datos y la diversidad de las muestras de jugadores patológicos (tipo de juego, frecuencia de juego, intensidad de juego, etcétera). Asimismo, puede reflejar la tendencia de sobrediagnosticar trastornos de personalidad cuando se emplean instrumentos de autoinforme (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006).

Por otra parte, en este estudio, el promedio de trastornos de personalidad diagnosticados para cada participante de la muestra de jugadores patológicos es de 3, a diferencia de un trastorno en la población no jugadora. Estos datos son similares a los obtenidos por otros estudios, como el 3,4 de Paredes y Sandoval (2011), y el 2,2 de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006) en muestras de jugadores patológicos.

De hecho, el trastorno de mayor prevalencia es el trastorno autoderrotista de la personalidad, que afecta al 40 % de los jugadores de la muestra, seguido del trastorno pasivo-agresivo (38,3 %). Estos resultados son similares al 35,4 % de Blaszczynski y Steel (1998), y al 42,1 % de Paredes y Sandoval (2011). En cuanto al trastorno narcisista, el 36,7 % encontrado en este

estudio se asemeja a la tasa porcentual (32 %) hallada por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006), y al 42,1 % del estudio de Paredes y Sandoval (2011). El patrón clínico de personalidad límite (36,7 %) de esta investigación difiere del 15,8 % determinado por Paredes y Sandoval (2011) y del 16 % de los resultados obtenidos por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006).

El trastorno de personalidad evitativo presenta una tasa de 31,7 %, similar al 35 % encontrado por Cunningham-Williams *et al.* (1998); asimismo, se asemeja a la tasa de 36,8 % de Paredes y Sandoval (2011), y al 36,6 % de Blaszczynski y Steel (1998). Igualmente, se encontró que el patrón clínico de personalidad antisocial (30 %) tiene una prevalencia parecida (36,8 %) en los estudios de Paredes y Sandoval (2011), y un 29,3 % en el estudio de Blaszczynski y Steel (1998). El trastorno de personalidad dependiente en el presente estudio ha obtenido un porcentaje del 25 %, muy parecido al 21,1 % de Paredes y Sandoval (2011), también en una muestra de jugadores. En cuanto al patrón de personalidad compulsiva, el porcentaje es del 16,7 %, resultado coherente con el 15,8 % obtenido por Paredes y Sandoval (2011), y el 14 % de Lesieur y Blume (1990).

Cabe señalar que la presencia en la muestra no clínica de los trastornos dependiente y compulsivo se asemeja a lo expuesto en otro estudio que comparó dos muestras: una de jugadores y otra de no jugadores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006). El análisis de los datos indica diferencias significativas en la mayoría de las escalas de los patrones

clínicos y patología severa de personalidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) al comparar las muestras de jugadores patológicos y no jugadores. Los resultados mantienen relación con otras investigaciones que señalaron diferencias en los perfiles de personalidad de jugadores patológicos y no jugadores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Henderson, 2004). Así, se comprueba la correlación existente entre los patrones clínicos y patología severa de personalidad en el grupo de jugadores y no jugadores: autoderrotista ( $t = 11,74$ ,  $p$  [bilateral] = .000); esquizotípico ( $t = 7,93$ ,  $p$  [bilateral] = .000), *borderline* ( $t = 15,12$ ,  $p$  [bilateral] = .000) y paranoide ( $t = 4,41$ ,  $p$  [bilateral] = .000). No se encontraron diferencias significativas en el grupo de jugadores patológicos dependientes de las de máquinas tragamonedas, pero sí se pueden observar diferencias significativas en las puntuaciones promedio de las siguientes escalas: esquizoide ( $t = 6,19$ ,  $p$  [bilateral] = .000); evitativo ( $t = 14,21$ ,  $p$  [bilateral] = .000), histriónico ( $t = 3,68$ ,  $p$  [bilateral] = .000), narcisista ( $t = 6,41$ ,  $p$  [bilateral] = .000), antisocial ( $t = 10,68$ ,  $p$  [bilateral] = .000), agresivo-sádico ( $t = 6,13$ ,  $p$  [bilateral] = .000), compulsivo ( $t = -6,41$ ,  $p$  [bilateral] = .000), pasivo-agresivo ( $t = 14,81$ ,  $p$  [bilateral] = .000), y puntuaciones medias entre ambos grupos en la escala de dependencia ( $t = 1,58$ ,  $p$  [bilateral] = .117).

Del mismo modo, en los patrones clínicos y patología severa de personalidad en el grupo de jugadores patológicos se observan indicadores moderados en las escalas agresivo-sádico (80,7), narcisista (79,8), *borderline* (78,0), autoderrotista (77,9), antisocial (77,2), pasivo-agresivo (76,2) y

evitativo (75,9). En este mismo grupo, también se advierten indicadores sugestivos: dependiente (71,3), histriónico (71), esquizoide (70,6), paranoide (70,5), compulsivo (69,9) y esquizotípico (68). En el grupo de no jugadores, se encontraron indicadores sugestivos en las escalas dependiente (65,5) y agresivo-sádico (62,1), y solo indicadores moderados en compulsión (84,7). Los resultados coinciden con los de diversos estudios que indagaban en la correlación de los trastornos de personalidad y el juego patológico (Blaszczynski y Steel, 1998; Black y Moyer, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Henderson, 2004; Lesieur y Blume, 1990; Specker *et al.*, 1996).

Existe evidencia clara que relaciona el juego patológico con los comportamientos psicopáticos como las conductas desviadas e ilegales (Cunningham-Williams *et al.*, 1998; Ibáñez y Saiz, 2001; Pietrzak y Petry, 2005). Este estudio no es la excepción; al correlacionar las puntuaciones promedio del grupo de jugadores patológicos en la escala antisocial (77,2) y del grupo de no jugadores (44,1), se hallaron diferencias significativas entre ambas ( $t = 10,68$ ,  $p$  [bilateral] = .000).

Un dato interesante es el de la escala de dependencia del alcohol, en donde se observan indicadores sugestivos en el grupo de jugadores (67,4), a diferencia de los no jugadores (28,7), y se advierte una diferencia significativa en el análisis de ambos grupos ( $t = 13,5$ ,  $p$  [bilateral] = .000). Algo similar ocurre en la escala dependencia de drogas, en donde se encontraron indicadores significativos (68,2) para el grupo de jugadores, a diferencia del grupo de no jugadores (39,9); asimismo, se nota

una diferencia estadísticamente significativa en la dependencia de drogas en ambos grupos ( $t = 9,7$ ,  $p$  [bilateral] = .000). Estos resultados podrían indicar una correlación entre el consumo de alcohol y drogas asociado al uso de juegos de azar, en este caso, máquinas tragamonedas con premio, lo que coincide con lo planteado en estudios anteriores en una población similar (French *et al.*, 2008; Melville *et al.*, 2007).

Estudios realizados en el extranjero y en población de jugadores patológicos (Adamson *et al.*, 2006; Grant y Kim, 2003; Ibáñez y Saiz, 2001) encontraron que los trastornos de ansiedad oscilan entre el 9 % y el 40 %. Este resultado es similar al de este estudio, que halló un 27,7 % en los síntomas clínicos de ansiedad en la población de jugadores; sin embargo, también se notan indicadores sugestivos de trastornos de ansiedad (73,2). Aun cuando en este estudio se obtuvo un 21,7 % en la depresión mayor para el grupo de jugadores, lo que difiere del 33 % al 76 % establecido en otros estudios, los resultados mostraron indicadores sugestivos en depresión mayor (62,8). Al comparar los grupos de jugadores patológicos y de no jugadores en cuanto a los síntomas clínicos y síndromes severos de personalidad, no se observaron diferencias significativas en ninguna de las escalas de personalidad.

No obstante, los resultados refieren que existen diferencias manifiestas entre los patrones de personalidad desadaptativa de la teoría de Millon entre los jugadores patológicos y los no jugadores. Estos resultados son confirmados por otros investigadores que reconocen la presencia de trastornos, sean estos previos o comórbidos con otros trastornos, los cuales significan un riesgo

claro de agravamiento psicopatológico, que se evidencia en un peor pronóstico, evolución más deficiente e inconvenientes a la hora de efectuar programas terapéuticos (Gándara y Medina, 1998; Kosten, Kosten y Rounsaville, 1989; Seivewright y Daly, 1997).

## RECOMENDACIONES

En definitiva, la presente investigación presenta algunas limitaciones, debido a que se utilizó una muestra pequeña y no probabilística. Futuras investigaciones deberían contrastar los perfiles de personalidad entre grupos de jugadores de otros tipos de juegos de azar (bingo, póquer, ruleta, etcétera), así como también grupo de jóvenes y adolescentes con otros grupos etarios (adultos, adultos mayores). También sería conveniente comparar patrones de juego como el tiempo y la frecuencia de juego. Asimismo, el uso de una prueba de autoinforme para la evaluación de trastornos de personalidad (MCMI-II) puede reflejar la tendencia de sobrediagnosticar trastornos de personalidad.

Este estudio busca aportar mayor evidencia en una muestra de jugadores patológicos con la finalidad de comparar los cuadros clínicos de los jugadores de otros países con una muestra peruana. Esto se realiza considerando los pocos estudios en nuestro país que exploran los perfiles de personalidad en la población de jugadores patológicos, especialmente en jóvenes y adolescentes.

Los resultados, aun cuando son exploratorios, sugieren que existen diferencias marcadas entre los patrones de personalidad desadaptativa, sean estos previos o

comórbidos con otros trastornos, lo que implica un riesgo claro de agravamiento psicopatológico, un pronóstico reservado y complicaciones a la hora de implementar programas terapéuticos. Por lo antes

mencionado, es importante tener en cuenta estas diferencias en el proceso de consejería, orientación y tratamiento del juego patológico en poblaciones especiales, como son los jóvenes y adolescentes.

## REFERENCIAS

- Abbott, M., Williams, M., y Volberg, R. (2004). A Prospective Study of Problem and Regular Nonproblem Gamblers Living in the Community. *Substance Use & Misuse*, 39, 855-84.
- Adamson, S., Todd, F., y Sellman, J. (2006). Co-Existing Psychiatric Disorders in a New Zealand Outpatient's Alcohol and Other Drug Clinical Population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 164-170.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.<sup>a</sup> ed.). Washington, D. C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual* (3.<sup>a</sup> ed. revisada). Washington, D. C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.<sup>a</sup> ed.). Washington, D. C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Black D., y Moyer T. (1998). Clinical Features and Psychiatric Comorbidity of Subjects with Pathological Gambling Behavior. *Psychiatric Service*, 49, 1434-1439.
- Bland, R., Newman, S., Orn, H., y Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of Pathological Gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 108-112.
- Blaszczynski, A., y Steel, Z. (1998). Personality Disorders among Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.
- Blaszczynski, A., Wilson, A., y McConaghy, N. (1986). Sensation Seeking and Pathological Gambling. *British Journal of Addiction*, 81, 113-120.
- Cardenal, V., Sánchez-López, M., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18, 305-324.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro). (2010). *Estudio epidemiológico de consumo de drogas en población urbana peruana 2010*. Lima: Autor.



- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro). (2012). *Estudio de universitarios consumidores de drogas y abuso de juego atendidos en Cedro 2011*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/lescucha/cedropresentaunprimerestudiosobreconsumodedrogasyjuegosenlneaen-universitarios>
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 76, 210-217.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (Devida). (2006). *III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú, 2006*. Lima: Autor.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (Devida). (2010). *IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú, 2010*. Lima: Autor.
- Crockford, D., y el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric Comorbidity in Pathological Gambling: A Critical Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43-50.
- Cunningham-Williams, R., Cottler, L., Compton, W., y Spitznagel, E. (1998). Taking Chances: Problem Gamblers and Mental Health Disorders. Results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093-1096.
- Cunningham-Williams, R., Cottler, L., Compton, W., Spitznagel, E., y Ben-Abdallah, A. (2000). Problem Gambling, Comorbid Psychiatric, and Substance Use Disorders among Drug Users Recruited from Drug Treatment and Community Settings. *Journal of Gambling Studies*, 16, 347-376.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- Echeburúa, E., y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 521-556). Madrid: Debate.
- Feigelman, W., Wallisch, L., y Lesieur, H. (1998). Problem Gamblers, Problem Substance Users, and Dual Problem Individuals: An Epidemiological Study. *American Journal of Public Health*, 88, 467-470.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 3, 453-457.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico: un nuevo instrumento de *screening*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 211-223.
- Fisher, S. (1999). Prevalence Study of Gambling and Problem Gambling in British Adolescents. *Addiction Research*, 7, 509-538.

- French, M., Maclean, J., y Ettner, S. (2008). Drinkers and Bettors: Investigating the Complementarity of Alcohol Consumption and Problem Gambling. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 155-164.
- Gándara, J., y Medina, M. (1998). Comorbilidad. En M. Bernardo y M. Roca (Eds.), *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento* (pp. 97-122). Barcelona: Masson.
- Garibay, C. (2002). *Análisis exploratorio psicométrico del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II en estudiantes de psicología* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal.
- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Tibidabo.
- Grant, J., y Kim, S. (2003). Comorbidity of Impulse-Control Disorders among Pathological Gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 207-213.
- Gupta R., y Derevensky J. (1998). Adolescent Gambling Behavior: A Prevalence Study and Examination of the Correlates Associated with Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14, 319-345.
- Kosten, T. A., Kosten, T. R., y Rounsaville, B. (1989). Personality Disorders in Opiate Addicts Show Prognostic Specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- Henderson, M. (2004). Psychological Correlates of Comorbid Gambling in Psychiatric Outpatients: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 39, 1341-1352.
- Ibáñez, A., y Saiz, J. (2001). *La ludopatía: una "nueva" enfermedad*. Barcelona: Masson.
- Ladouceur, R., e Ivfireault, C. (1988). Crumbling Behaviors among High School Students in the Quebec Area. *The Journal of Gambling Behavior*, 4, 3-12.
- Lesieur, H., y Blume, S. (1990). Characteristics of Pathological Gamblers Identified among Patients on a Psychiatric Admission Service. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1009-1012.
- Lesieur, H., Cross, J., Frank, M., Welch, M., White, C., Rubenstein, G., y Mark. M. (1991). Gambling and Pathological Gambling among University Students. *Addictive Behaviors*, 16, 517-527.
- Linden, M., Pope, H., y Jonas, J. (1986). Pathological Gambling and Major Affective Disorder: Preliminary Findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 201-203.
- Ley 27153. Ley que regula la explotación de los juegos de casino y máquinas tragamonedas (9 de julio de 1999). Recuperado del sitio web del Ministerio de Comercio Exterior y Turismo: <http://www.mincetur.gob.pe/turismo/DGJCMT/index.htm>
- Melville, K., Casey, L., y Kavanagh, D. (2007). Psychological Treatment Dropout among Pathological Gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27, 944-958.

- Millon, T. (1987). *MCMI-II. Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. Mineápolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escobar, L., y Meagher, S. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor.
- Odlaug, B., Schreiber, L., y Grant, J. (2013). Personality Dimensions and Disorders in Pathological Gambling. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 107-112.
- Ortiz-Tallo, M., Cancino, C., y Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*, 23, 189-197.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., y Cerezo, M. (2011). Personalidad y síndromes clínicos. Un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 49-59.
- Paredes, S., y Sandoval, Y. (2011). Perfil clínico de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en población ludópata del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 4, 5-13.
- Pedrero, E. (2009). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento. *Adicciones*, 21, 29-37.
- Pietrzak, R., y Petry, N. (2005). Antisocial Personality Disorder is Associated with Increased Severity of Gambling, Medical, Drug, and Psychiatric Problems among Treatment-Seeking Pathological Gamblers. *Addiction*, 100, 1183-1193.
- Ramírez, L., McCormick, R., Russo, A., y Taber, J. (1983). Patterns of Substance Abuse in Pathological Gamblers Undergoing Treatment. *Addictive Behavior*, 8, 425-428.
- Rojas, M. (2013). *Epidemiología nacional del juego, uso de internet y redes sociales virtuales en el Perú y fundamentos clínicos*. Lima: Cedro; CONCYTEC.
- Roy, A., Ardinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D., Custer, R., y Lorenz, V. (1988). Pathological Gambling. A Psychobiological Study. *Archives of General Psychiatry*, 45, 369-373.
- Salinas, J. (2004). Instrumentos de diagnóstico y *screening* del juego patológico. *Salud y Drogas*, 4, 35-59.
- Salinas, J., y Roa, J. (2001). Cuestionario de Diagnóstico del Juego Patológico FAJER. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 353-370.

- Sarabia, I., Estévez, A., y Herrero, D. (2014). Perfiles de jugadores patológicos en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 46-58.
- Seivewright, N., y Daly, C. (1997). Personality Disorder and Drug Use: A Review. *Drug and Alcohol Review*, 76, 235-250.
- Specker, S., Carlson, G., Edmonson, K., Johnson, P., y Marcotte, M. (1996). Psychopathology in Pathological Gamblers Seeking Treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-82.
- Shaffer, H., Hall, M., y Bilt, J. (1999). Estimating the Prevalence of Disordered Gambling Behavior in the United States and Canada. A Research Synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369-1376.
- Stinchfield, R., Hanson, W., y Olson, D. (2006). Problem and Pathological Gambling among College Students. *New Directions for Student Services*, 113, 63-72.
- Stucki, S., y Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of Adult Problem and Pathological Gambling between 2000 and 2005: An Update. *Journal of Gambling Studies*, 23, 245-257.
- Tenorio, J., y Marcos, J. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, 77, 58-63.
- Welte, J., Barnes, G., Tidwell, M., Hoffman, J., y Wieczorek, W. (2004). The Relationship of Ecological and Geographic Factors to Gambling Behavior and Pathology. *Journal of Gambling Studies*, 20, 405-423.
- Welte, J., Barnes, G., Tidwell, M., Hoffman, J., y Wieczorek, W. (2015). Gambling and Problem Gambling in the United States: Changes between 1999 and 2013. *Journal of Gambling Studies*, 3, 695-715.
- Wetzler, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). A Review. *Journal of Personality assessment*, 55, 445-464.
- Westphal, J., Rush, J., Stevens, L., y Johnson, L. (2000). Gambling Behavior of Louisiana Students in Grades 6 through 12. *Psychiatric Services*, 51, 96-99.
- Wood, R., y Griffiths, M. (1998). The Acquisition, Development, and Maintenance of Lottery and Scratchcard Gambling in Adolescence. *Journal of Adolescence*, 21, 265-273.
- Zitlow, D. (1992). *Incidence and Comparative Study of Compulsive Gambling Behaviors between Indian and Non-Indians Within and Near a Northern Plains Reservation*. Bemidji, MN: Indian Health Service, Bemidji Area Office.

# Reseñas

Persona 21 (2), julio-diciembre del 2018

Revista de Psicología

Universidad de Lima



Burgo, J. (2017)

**Narcisistas. Defiéndete y sobrevive en la era del egocentrismo**

Barcelona: Paidós, 256 pp.

El narcisismo ha sido la denominación usual del lenguaje común para etiquetar prácticamente a cualquier persona que presente una conducta con rasgo de “vanidad”. Burgo esclarece que el significado de esta palabra va más allá de su propagación. El primer punto, entonces, es distinguir entre el uso común y patológico del término *narcisista*. El autor señala que se quiere centrar en los *narcisistas extremos*, quienes no cumplen todas las características para ser diagnosticados con el trastorno narcisista de la personalidad, pero se diferencian de los ordinarios o “vanidosos”. Asimismo, realiza una taxonomía de este grupo, describiéndolos, ilustrándolos y dando a conocer sus propuestas para lidiar con ellos. Los tipos de clasificaciones se sumergen en pequeños ejemplos de diseño literario, lo que hace posible una lectura más inteligible al público.

En primer lugar, el narcisismo, en su uso común, está relacionado con el término *vanidad*, entendido como conductas manifiestas de “*selfies* excesivos” —propios de nuestra cultura y de nuestro siglo—, personas ancladas en las redes sociales y tendencias de la población, en general, a sentir un alto orgullo de uno mismo, y exteriorizarlo a su círculo social. En el ámbito patológico, se refiere a una sintomatología específica dentro del DSM, según la cual la persona con trastorno narcisista de la personalidad presenta un patrón excesivo de grandeza, necesidad de admiración y falta de empatía. El manual indica cinco hechos, entre los que destaco el creerse “especial” y único, y que solo él puede comprender y relacionarse con otras personas especiales o de altos estatus.

Una vez sentada la distinción entre el narcisismo en el uso común y el patológico, analicemos el meollo de este libro: los narcisistas extremos. Este concepto se refiere a las personas que tienden a poner en práctica conductas narcisistas, sin llegar al mínimo de rasgos para poder ser diagnosticados con este trastorno. Sin embargo, del total de rasgos, Burgos extrae dos que caracterizan a este tipo de narcisistas: un exagerado sentimiento de suficiencia y una falta de empatía hacia los demás. Esto genera un concepto de autosuficiencia de la persona, a la que, además, su apatía hace muchas veces aborrecible. Esto puede provocar cierta incomodidad en diferentes esferas sociales. Un narcisista extremo es quien va cultivando una imagen sobrevalorada y, por más que afecte su vida social, laboral o familiar, con frecuencia puede pasar desapercibido.

Cabe resaltar que la mayoría de narcisismos extremos tienen una alta incidencia en patrones disfuncionales de su infancia. Es decir, las personas que tienen algún tipo de narcisismo extremo han pasado dificultades en los primeros años de vida respecto a su familia nuclear. Por eso, este puede ser un factor desencadenante importante para tomar en cuenta, además de otros factores tanto genéticos como sociales.

Burgo no solo tiene un propósito informativo hacia el lector, quien podrá identificar patrones de narcisistas extremos en su círculo social, sino que también propone formas de lidiar con ellos para ayudarlos y mejorar las relaciones interpersonales. Asimismo, al inicio del libro, el autor relata una pequeña experiencia embarazosa donde demuestra que, por momentos, todos somos narcisistas. Por lo tanto, es necesario hacer una reflexión acerca de nuestro propio orgullo que se manifiesta en diferentes expresiones narcisistas.

En cuanto a los patrones disfuncionales, conviene explicar el concepto de herida narcisista, que se desprende de esas posibles dificultades en la infancia. Las personas con patrones de narcisismo extremo aparentan gozar de una autoestima elevada; no obstante, esta última es el reflejo de un autoengaño, ya que estas personas tratan de no dar importancia a la opinión que los demás tienen acerca de ellos. Así, cuando son objeto de crítica, externamente se mofarán; pero interiormente provoca una herida narcisista que debilita el amor propio de estas personas.

Burgo describe y ejemplifica ocho tipos de narcisismo extremo, de los cuales solo voy a describir cuatro. El primero es el narcisista acosador, que es el “ganador” social de su “orbe”. Esto significa que busca demostrarse a sí mismo que es superior. En ese sentido, muchos narcisistas acosadores compiten en cuanto a las relaciones humanas humillando a sus víctimas y dejándolas en ridículo, mientras se vanaglorian de su injuria. Este comportamiento se germina con frecuencia en la etapa escolar.

En segundo lugar, tenemos al padre o madre narcisista, que se divide en dos polos. El primero comprende a los padres que presumen en demasía de sus hijos, volviendo oneroso el hecho de escuchar sus alabanzas. Probablemente, este tipo de narcisismo se relacione con que los padres no hayan destacado en su infancia o niñez, y en su intento por proyectar sus habilidades e ideales, entre otras características, se reflejan en sus hijos, buscando satisfacer su propia autoimagen a través de ellos. Sin embargo, hay que tener cuidado, ya que es usual que los padres admiren a sus hijos; el escollo reside en que esto se vuelva abrumador y comience a ser tedioso tanto para sus hijos como para las demás personas. En el segundo polo, los padres narcisistas son todo lo contrario. Todo lo que hagan sus hijos está mal. Los desaprueban, los invalidan y pueden llegar a sentir envidia del éxito de sus hijos. Esta ausencia de amor influye de forma fundamental en los hijos, vulnerando su sensibilidad y afecto. Ante este tipo de narcisismo, el autor recomienda dejar los límites bien claros, pues el hecho de que, por un lado, sean obsesivos con sus hijos o, por el contrario, sean competitivos con ellos puede generar mucho desgaste emocional, por lo que se exhorta a la retira.

En tercer lugar, está el narcisista vengativo, que es un ser que ha sido dañado en su “preciado orgullo” y, como vive infeliz consigo mismo, esparce su odio contra los demás. Estas personas tienen una susceptibilidad tan delicada como el pétalo de un rosa. Cuando experimentan vergüenza en su vanidad, buscan contraatacar contra cualquier persona de manera desproporcional al daño, insulto o molestia que le hicieron. Su dinámica es la del



perdedor-ganador, auxiliándose en la superioridad, el desprecio y la displicencia por los demás. Siempre está buscando tener la razón. Es probable que quien llegue a dudar o cuestionar la autoridad del narcisista vengativo no solo esté “equivocado”, sino que, además, se habrá ganado un enemigo.

Finalmente, se encuentra el narcisista sabelotodo, una persona que tiene un gran flujo de ideas acerca de un abanico de temas. Es el centro de la atención de los grupos de conversaciones. Tal vez todos conozcamos a alguien así o sea parte de algunos de nuestros círculos sociales. Se esmeran en demostrar su entendimiento excepcional de las cosas y en dar consejos de manera hipócrita. Esta última característica es de envergadura para identificar al narcisista sabelotodo, ya que sus consejos no pretenden ayudar, sino que son excusas para exponer su “sapiencia diversa”.

Quizá el lector ya haya logrado identificar algún rasgo o narcisismo extremo en alguna persona cercana o en los círculos donde se desempeña. El tema del antagonismo entre ganadores y perdedores se desarrolla a lo largo de este excepcional libro, donde el narcisista extremo incrementa su autoestima y se demuestra a sí mismo que es un ganador en detrimento de otra persona. Por lo tanto, el lector se puede hallar en una situación embarazosa cuando tenga que tratar con el narcisista que conoce. Será difícil mantener una postura objetiva, porque probablemente afecta la forma en que uno se valora a sí mismo, e incluso se puede llegar a dudar de las propias capacidades de percepción. Esto significa que se debe afrontar la vergüenza de uno mismo para asumir una actitud que ponga límites al narcisista, pero también tenga consideración y misericordia.

*Ramiro Infantas*



# Declaración de principios e instrucciones para las colaboraciones

Persona 21 (2), julio-diciembre del 2018

Revista de Psicología

Universidad de Lima



## DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

*Persona* es la revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima, de frecuencia semestral. Su objetivo es dar a conocer contribuciones, tanto del país como del extranjero, que constituyan un aporte significativo al conocimiento y a la comprensión de los problemas teóricos de la ciencia psicológica, así como también al de los fenómenos psicosociales.

*Persona* no se adhiere ni representa a ninguna teoría psicológica en particular, sino que acepta, para su revisión, aquellos manuscritos que se caractericen por la indagación teórica rigurosa, el cuestionamiento sistemático de supuestos y planteamientos de la psicología y, en el caso de estudios empíricos, por la relevancia del tema tratado, la rigurosidad metodológica y la discusión crítica de los resultados.

Todos los manuscritos remitidos a *Persona* deben ser inéditos y enviados a través del portal. Una vez recibidos, serán sometidos a un proceso de arbitraje, usual en las publicaciones académicas.

## INSTRUCCIONES PARA LAS COLABORACIONES

*Persona* recibe manuscritos para su evaluación y publicación en forma de artículos, según las normas de la American Psychological Association (APA), en su sexta edición. Se admiten cinco tipos de artículos:

1. Artículos teóricos: ensayos que tienen como objetivo revisar la literatura existente en la ciencia y promover su avance. Los autores pueden revisar una teoría o proponer nuevas, mostrando la superioridad de unas con respecto a otras. Igualmente, los temas pueden ser diversos y los estilos variados; sin embargo, el formato será el de ensayo formal, según la norma de APA. Este formato debe incluir:
  - Título.
  - Autor, afiliación académica o institucional, ciudad, país, correo electrónico de contacto (en el caso de varios, consignar los mismos datos; salvo el de correo electrónico, que será uno solo).

- Resumen (entre 150-200 palabras).
  - Palabras clave (entre 3 y 5).
  - Ensayo dividido en secciones.
  - Referencias en formato APA (solo de citas expresamente indicadas en el texto).
2. Artículos metodológicos: trabajos de revisión de enfoques de métodos empleados, que pueden ser adaptados, modificados o eliminados porque se les considera inadecuados. Aun cuando no es propiamente un trabajo práctico, se sugiere incluir datos empíricos para ilustrar la propuesta metodológica. Debe contener lo siguiente:
- Título.
  - Autor, afiliación académica o institucional, ciudad, país, correo electrónico de contacto (en el caso de varios, consignar los mismos datos, salvo correo electrónico que será uno solo).
  - Resumen (entre 150-200 palabras).
  - Palabras clave (entre 3 y 5).
  - Ensayo dividido en secciones.
  - Referencias en formato APA (solo de citas expresamente indicadas en el texto).
3. Artículos de reporte de estudios empíricos: informes de trabajos de investigación de corte experimental. El formato estándar incluye las siguientes partes:
- Título.
  - Autor, afiliación académica o institucional, ciudad, país, correo electrónico de contacto (en el caso de varios, consignar los mismos datos; salvo correo electrónico, que será uno solo).
  - Resumen (entre 150-200 palabras).
  - Palabras clave (entre 3 y 5).
  - Introducción.
  - Participantes.
  - Instrumentos.
  - Procedimiento.
  - Resultados.
  - Discusión y conclusiones.
  - Referencias en formato APA (solo de citas expresamente indicadas en el texto).

- Las tablas y figuras deberán estar claramente numeradas, y se entregarán en archivo separado. Deben tener título y ser fáciles de interpretar, independientemente del texto. En el caso de las figuras, se sugiere evitar fondos oscuros o líneas y sombras que impidan leer con claridad. Asimismo, las imágenes digitales deben tener una resolución mínima de 300 dpi.
4. Artículos de revisión de literatura: evaluación crítica de trabajos realizados y propuestas de cambios pertinentes, producto del análisis. Llamado también metaanálisis, permite revisar el análisis sobre un fenómeno conductual particular. El estilo de redacción también será el de ensayo académico y tendrá secciones similares a las de los teóricos.
  5. Artículos de estudio de casos: reportes de materiales de casos, individuales o grupales, como resultado de la práctica profesional. Constituyen testimonios de problemas o propuestas de solución en la ciencia y la profesión. La sistematización puede realizarse en diversos estilos. La presentación de la parte formal seguirá el estilo de los artículos teóricos.

### **Referencias**

Se deben elaborar teniendo como guía la sexta edición del Manual de APA. Se tienen que proporcionar los nombres completos de las revistas científicas y, si es posible, su origen, pues varias tienen el mismo nombre, y su número doi. Como señala el referido manual, se evitará incluir notas a pie de página y referencias de obras no indicadas explícitamente en el texto.

### *Extensión de las contribuciones*

La extensión usual es de veinte páginas. No se aceptarán manuscritos de más de treintaicinco páginas, excluyendo el resumen, las figuras, tablas y referencias.

### *Formato de los archivos*

Las colaboraciones inéditas deben presentarse en formato digital (MS Word) a doble espacio, en letra Times New Roman de 12 puntos. Los párrafos se justifican con espacios, no con sangría. Evitar tabulaciones, sombreados o cursivas, salvo indicación expresa.

### *Envío de colaboraciones*

El envío de los artículos para su publicación en *Persona* debe realizarse mediante el portal de revistas de la Universidad de Lima:

<https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/about/submissions#authorGuidelines>

### *Evaluación de colaboraciones*

Los colaboradores recibirán una notificación de la recepción de su artículo siete días después del envío. En el plazo de treinta días, se emitirá un informe de aceptación, de aceptación con observaciones, o de rechazo. En los tres casos se indicará explícitamente las razones que justifican el resultado. Todo trabajo será remitido a una evaluación por pares; quienes, a partir de un protocolo y guía, emitirán el respectivo informe. El plazo máximo para el envío del informe a los colaboradores es de treinta días desde la recepción del manuscrito. En caso de aceptación con observaciones, los colaboradores tendrán un plazo de quince días, desde el envío de la respuesta, para mandar el manuscrito corregido.





---

Esta revista se terminó de imprimir en diciembre del 2018  
en el Departamento de Impresiones de la Universidad de Lima  
Av. Javier Prado Este 4600, Urb. Fundo Monterrico Chico, Lima 33  
Teléfono: 437-6767.





persona

La recepción del pensamiento  
de Ortega y Gasset en la obra  
de Olivér Brachfeld  
*Virgili Ibarz Serrat*

Validación de la Escala de Satisfacción  
con la Vida y su relación con las  
dimensiones del autoconcepto  
en universitarios peruanos  
*Amparo Oliver,  
Laura Galiana,  
Varinia Bustos*

El constructo de "límite" y experiencias  
anómalas en psíquicos  
*Alejandro Parra,  
Juan Carlos Argibay*

Factores socioeducativos y sentido  
de coherencia asociados a la calidad  
de vida en adolescentes de Lima  
Metropolitana  
*Mariela Dejo,  
María del Carmen Espinoza,  
Paola Gambini,  
Macarena Scarafía*

*Mindfulness, qigong  
y su impacto en la salud  
Luis A. Oblitas,  
José Anicama,  
Raymundo Calderón,  
Robert Ferrel,  
Alexandra León,  
Andrea L. Ortiz*

Trastornos de personalidad y juego  
patológico en adolescentes  
y jóvenes con dependencia  
de las máquinas tragamonedas  
*Luis S. Espinoza*

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ISSN 1560-6139

