



2

Vol. 2, n.º 2,  
enero-junio, 2023  
Lima, Perú

# Ciencia Psique<sup>y</sup>

Revista del Instituto de Investigación  
en Salud Mental

ISSN: 2961-2004 (En línea)



UNIVERSIDAD  
RICARDO PALMA



Instituto de Investigación  
en Salud Mental





UNIVERSIDAD  
RICARDO PALMA



Instituto de Investigación  
en Salud Mental

# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú  
ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaysique.2023.v2n2

## DIRECTOR

HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI

Universidad Ricardo Palma, Perú

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3680-6271>

[hugo.sanchezc@urp.edu.pe](mailto:hugo.sanchezc@urp.edu.pe)

## EDITORA EN JEFE

GLADYS FLORES HEREDIA

Universidad Ricardo Palma, Perú

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7515-6905>

[gladys.floresh@urp.edu.pe](mailto:gladys.floresh@urp.edu.pe)

## CONSEJO EDITORIAL

JUAN ANÍBAL MEZA BORJA

Universidad Ricardo Palma, Perú

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3072-5275>

[juan.meza@urp.edu.pe](mailto:juan.meza@urp.edu.pe)

WILLIAM TORRES ACUÑA

Universidad Ricardo Palma, Perú

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8050-9709>

[wtorres@urp.edu.pe](mailto:wtorres@urp.edu.pe)

JHONY DE LA CRUZ VARGAS

Universidad Ricardo Palma, Perú

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5592-0504>

[jhony.delacruz@urp.edu.pe](mailto:jhony.delacruz@urp.edu.pe)

CARLOS REYES ROMERO

Universidad Ricardo Palma, Perú

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7446-9467>

[creyes@urp.edu.pe](mailto:creyes@urp.edu.pe)

LUIS OSWALDO PÉREZ FLORES  
Universidad Ricardo Palma, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6380-5733>  
luis.perez@urp.edu.pe

KATIA BETTY MEJÍA SÁENZ  
Universidad Ricardo Palma, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9000-1610>  
katia.mejia@urp.edu.pe

### **CONSEJO CONSULTIVO**

MANOLETE S. MOSCOSO  
University of South Florida, Estados Unidos  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-8713-5749>  
mmoscoso@health.usf.edu

ARNALDO SÁNCHEZ BUSTILLOS  
British Columbia University, Canadá  
Scopus Id: 56527385300  
arnaldo.sb@alumni.ubc.ca

JESUS PÓVEDA  
Universidad Autónoma de Madrid, España  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2991-4642>  
jesus.poveda@uam.es

ANA ESTHER DELGADO VÁSQUEZ  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5649-1262>  
adelgadov1@unmsm.edu.pe

LUIS MIGUEL ESCURRA MAYAUTE  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3015-9659>  
lescurram@unmsm.edu.pe

EDGARD PACHECO LUZA  
Universidad Andina del Cusco, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-0133-0573>  
epacheco@uac.edu.pe

JOSÉ ANICAMA GÓMEZ  
Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1046-8099>  
anicama@unfv.edu.pe

LUIS YARLEQUÉ CHOCAS  
Universidad Nacional del Centro, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-6028-578X>  
lyarleque@uncp.edu.pe

LUIS ALBERTO RODRÍGUEZ DE LOS RÍOS  
Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2274-695X>  
lrodriguez@une.edu.pe

LISLE SOBRINO CHUNGA  
Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3633-6417>  
lisle67@gmail.com

CARLOS PONCE DÍAZ  
Universidad Científica del Sur, Perú  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0101-2244>  
cponcediaz@hotmail.com

### **EQUIPO TÉCNICO**

Corrección de textos: Gloria Pajuelo Milla

Traducción: Yuri Tornero Cruzatt

Diseño: Rodolfo Loyola Mejía

Diagramación: Miguel Condori Mamani

Gestión electrónica: [www.infoedutec.com](http://www.infoedutec.com)

ISSN: 2961-2004 (En línea)

DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional  
del Perú n.º 2022-13412

© Instituto de Investigación en Salud Mental  
Universidad Ricardo Palma  
Av. Benavides 5440, Santiago de Surco, Lima 33, Perú  
Teléfono: (511) 7080000, anexo: 0140  
E-mail: [iism@urp.edu.pe](mailto:iism@urp.edu.pe)

### DIRECCIÓN POSTAL

Av. Benavides 5440, Santiago de Surco, Lima 33, Perú.

E-mail: [cienciaypsique@urp.edu.pe](mailto:cienciaypsique@urp.edu.pe)

La revista no se responsabiliza de las opiniones vertidas  
por los autores de los artículos.

### LICENCIA



*Ciencia y Psique. Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental*  
se encuentra disponible en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons  
Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

# Ciencia y Psique

*Ciencia y Psique. Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental* de la Universidad Ricardo Palma es una publicación de periodicidad semestral, cuyo objetivo principal es la difusión de artículos inéditos que son el resultado de investigaciones sobre psicología de la salud, principalmente, así como de estudios en ciencias biomédicas y ciencias sociales, entre otras ramas afines, con la finalidad de propiciar investigaciones interdisciplinarias en el campo de la salud mental.

Los artículos de la revista se arbitran de manera anónima por pares ciegos ajenos a la universidad, quienes toman en cuenta los siguientes criterios de evaluación: originalidad, aporte, actualidad y contribución al conocimiento sobre psicología de la salud y disciplinas afines. La revista se reserva el derecho de publicación y podrá realizar las correcciones de estilo y demás adecuaciones necesarias a los artículos aceptados para cumplir con las exigencias de la publicación.

*Ciencia y Psique* recibe las colaboraciones de todos los docentes de nuestra casa de estudios, así como de docentes de otras universidades nacionales e internacionales, y de investigadores en temas de psicología y disciplinas afines.

La revista está dirigida a investigadores de la psicología, docentes universitarios, estudiantes y al público interesado en las cuestiones propias de la investigación psicológica.

# Ciencia y Psique

*Science and Psyche. The Journal of Mental Health Research Institute* at Ricardo Palma University is a biannual publication, its main objective is the dissemination of unpublished articles which are the result of research on health psychology, mainly, as well as studies in biomedical sciences and social sciences, among other related branches to promote interdisciplinary research in the field of mental health.

The journal articles are evaluated anonymously by blind peers from outside the university, who consider the following evaluation criteria: originality, timeliness, and contribution to knowledge about health psychology and related disciplines. The journal reserves the right of publication and may make style corrections and other necessary adjustments to accepted articles to meet the requirements of the publication.

The magazine receives the contributions of professors from our university, as well as professors from other national and international universities, and researchers in psychology and related disciplines.

The magazine is aimed at psychology researchers, university professors, students and the public interested in topics of psychological research.



# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú  
ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaysique.2023.v2n2

## TABLA DE CONTENIDO

### **Presentación**

- 11 HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI

### **Artículos de investigación**

- 13 Comportamientos psicosociales desajustados y su incidencia en la propensión a la conducta violenta en escolares adolescentes de Lima y Callao  
HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI, PATRICIA MATOS RAMÍREZ Y CARLOS REYES ROMERO
- 39 Un estudio preliminar de propiedades psicométricas y diferencias de género de la Escala de Ambiente Invalidante Infantil (ICES) en adultos peruanos  
ALVARO OKUMURA CLARK, LEONARDO PERCY HUERTAS MANTILLA Y CLAUDIA PÉREZ MOSCOSO
- 67 La tríada ansiedad, depresión y somatización y su relación con los temores de la población de Lima en condición de confinamiento por la pandemia de la COVID-19  
HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI, CARLOS REYES ROMERO Y PATRICIA MATOS RAMÍREZ

- 95 La capacidad empática en estudiantes universitarios durante la  
pandemia: un estudio exploratorio  
ANA MARÍA COSSÍO ALE DE PRECIADO, CARLOS LEONARDO  
GARCÍA SOLÍS Y NIKOS ENCARNACIÓN CHÁVEZ
- 115 La importancia de la creatividad para la salud mental  
MÁXIMO LUI LAM CAMPOS
- 125 La escala de mentiras o de deseabilidad social como criterio de  
exclusión en el empleo de los Inventarios de Comportamiento  
Psicosocial Desajustado  
HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI Y CARLOS REYES ROMERO



Esta presentación se encuentra disponible en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License

# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú

ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2.00

## PRESENTACIÓN

Cumpliendo con lo anunciado, se publica este segundo número de *Ciencia y Psique*, revista académica y científica a cargo del Instituto de Investigación de Salud Mental de la Universidad Ricardo Palma. Uno de los mayores propósitos de esta revista especializada es difundir los últimos estudios de revisión e investigaciones empíricas realizadas por los investigadores en cuanto a la salud mental en nuestro medio. De esta forma, nos sumamos al campo creciente de investigaciones a nivel nacional e internacional sobre el impacto que causó la pandemia de la COVID-19 en el comportamiento humano, sobre todo en la conducta habitual de las personas, al estar más de dos años en permanente confinamiento, lo cual repercutió en todos los ámbitos (familiar, social, educativo y laboral).

Como se ha destacado desde el primer número, la línea de trabajo que hemos emprendido, como instituto de investigación, se relaciona con los conceptos de salud mental o psicológica y el bienestar psicológico, y no con el concepto de enfermedad, desequilibrio o trastorno mental; es por ello que en este segundo número queremos seguir contribuyendo con la difusión de los nuevos hallazgos de estudios sobre el comportamiento psicosocial desajustado, asociados con variables personales y sociales importantes. Junto con ello se presenta un estudio sobre la tríada psicosomática, conformada por los comportamientos desajustados relacionados con la ansiedad, la depresión y la somatización, trastornos manifestados por un porcentaje significativo de la población. Además, hemos querido destacar estudios referidos a las propiedades psicométricas de los

instrumentos de recolección de datos, así como la capacidad empática de los estudiantes universitarios durante la pandemia e igualmente la importancia de la creatividad y su relación con la salud mental. La revista finaliza con un artículo respecto al empleo de lo que otrora se conocía como escala de mentiras y hoy es comúnmente denominada escala de deseabilidad social, junto con los inventarios que exploran rasgos o indicadores de comportamiento psicosocial desajustado para asegurar una buena validez en las respuestas de la población de estudio.

Esperamos que la difusión de estos interesantes trabajos de investigación puedan ser una contribución a un mayor y mejor conocimiento de la salud mental o las condiciones de bienestar psicológico para propender a una optimización de los programas de atención en el primer nivel en los campos de la salud personal, educativa y ocupacional.

Lima, junio de 2023

HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI  
Director del Instituto de Investigación  
en Salud Mental de la URP



Este artículo se encuentra disponible  
en acceso abierto bajo la licencia Creative  
Commons Attribution 4.0 International License

# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú

ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2.01

## COMPORTAMIENTOS PSICOSOCIALES DESAJUSTADOS Y SU INCIDENCIA EN LA PROPENSIÓN A LA CONDUCTA VIOLENTA EN ESCOLARES ADOLESCENTES DE LIMA Y CALLAO<sup>1</sup>

**Maladjusted psychosocial behaviors and its impact  
on the propensity for violent behavior among adolescent  
school students in Lima and Callao**

HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI

Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: hugo.sanchezc@urp.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-3680-6271>

PATRICIA MATOS RAMÍREZ

Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: pmatos@urp.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0001-9624-5528>

CARLOS REYES ROMERO

Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: creyes@urp.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0001-7446-9467>

---

<sup>1</sup> En esta investigación, Andrés Núñez, Jackeline Velazco Astete, Andrea Miluska Corzo, Andrea Ccahuay Falcón y Alvaro Zavalaga participaron en calidad de colaboradores.

## RESUMEN

Estudio empírico de carácter sustantivo y básico orientado al conocimiento del nivel de propensión a la conducta violenta y su relación con indicadores de comportamientos psicosociales desajustados en la población de adolescentes de Lima y Callao. Se contó con una muestra definitiva conformada por 1027 alumnos de educación secundaria, de edades comprendidas entre catorce y diecisiete años, provenientes de catorce instituciones educativas de Lima y Callao.

Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos: el inventario de desajuste del comportamiento psicosocial para adolescentes (INDACPS A-2022), que explora indicadores de estrés, baja autoestima, celotipia, desajuste familiar e incivismo, y una escala para evaluar la propensión a la conducta violenta. Ambos instrumentos fueron sometidos a validación empírica de los contenidos a partir de jueces. La aplicación fue presencial y se efectuó durante los meses de agosto y septiembre del año 2022. Los resultados muestran relaciones causales entre la mayoría de los comportamientos desajustados estudiados y la propensión a la conducta violenta en escolares adolescentes de Lima y Callao.

**Palabras clave:** comportamientos desajustados; propensión; conducta violenta; adolescentes.

## ABSTRACT

Empirical study of a substantive and basic nature that seeks to know the level of propensity for violent behavior and its relationship with indicators of maladjusted psychosocial behaviors among the adolescent population of Lima and Callao. There was a definitive sample made up of 1027 secondary school students, aged between fourteen and seventeen years old, from fourteen educational institutions in Lima and Callao.

Two instruments were used for data collection: the psychosocial behavior maladjustment inventory for adolescents (INDACPS A-2022), which explores indicators of stress, low self-esteem, jealousy, family maladjustment and incivility. The second instrument was a scale to assess the propensity for violent behavior. Both instruments were submitted

to empirical validation of the contents, by judges. The application was carried out in person and was carried out during August and September 2022. The results show causal relationships between most of the maladjusted behaviors studied and the propensity for violent behavior in adolescent in school students from Lima and Callao.

**Key words:** maladjusted behaviors; propensity; violent conduct; teenagers.

Recibido: 21/04/2023 Aceptado: 31/05/2023

## 1. INTRODUCCIÓN

Para la población peruana es conocido que, en nuestro país, específicamente en Lima, en estos últimos diez años, ya sea de manera concomitante o como consecuencia de la crisis político-social, producto de la corrupción en las distintas esferas gubernamentales o poderes del Estado, asociados a un notorio desgobierno, lo cual se suma a la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19, viene presentándose una serie de hechos que ubican a la capital del Perú como una de las ciudades más inseguras y peligrosas de América Latina. Ello se expresa en el clima permanente de violencia en todos los ámbitos: la violencia familiar o doméstica (el aumento anual de feminicidios), la violencia en las calles (la delincuencia, la inseguridad ciudadana, los diarios ajustes de cuentas, asesinatos, robos y sicariatos), la violencia laboral (trabajadores que toman carreteras y grupos que cobran cupos) y la violencia juvenil (pandillas y barras bravas que ocasionan destrozos); asimismo, el aumento del caos vehicular, la pobreza, los valores ético-morales resquebrajados, los bajos niveles educativos, entre otros, son los problemas que más sobresalen (Ministerio Público [MP], 2022).

Esta situación de constante inseguridad, violencia y asesinatos se ha convertido en una estadística fría y poco o nada se hace para resolver la situación y crear un ambiente de tensión o preocupación diaria en las personas. Muchas veces ello se refleja en un inadecuado clima social y educativo, así como en un clima laboral conflictivo, lo que se convierte en un círculo vicioso por los efectos socioculturales que inciden en la población.

En el Perú, en un estudio en línea desarrollado por el Ministerio de Salud (Minsa) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020) en el contexto de la pandemia, se encontró que tres de cada diez niños(as) y adolescentes (es decir, el 33.6 %) presentaron problemas a nivel conductual o emocional, lo cual revela un riesgo para su salud mental.

Como se sabe, estas situaciones permanentes de violencia física o psíquica que vive la población producen, en conjunto, efectos negativos en la formación y el desarrollo de cada persona, y si se agrava, puede ocasionar un daño psicológico de consecuencias irreversibles. Lo expuesto nos conduce a asumir que la salud mental o salud psicológica constituye una condición necesaria para un buen desarrollo humano que lleve al logro del bienestar personal (Armstrong-Carter et al., 2022).

En los casos particulares de los escolares adolescentes, que están en plena crisis del desarrollo, la situación de violencia es más delicada y puede vincularse con factores y rasgos que afectan, positiva o negativamente, su adolescencia, asociados a factores personales y familiares que pueden ir moldeando su conducta violenta (Gniewosz et al., 2023).

En general, se estima que los adolescentes que tienen que convivir diariamente en la ciudad de Lima no gozan de una adecuada salud mental, lo cual, sumado a sus características temperamentales, ante determinadas circunstancias, puede ocasionar niveles de desequilibrio emocional asociados a una propensión a la conducta violenta. Es probable que ello se haya agudizado como producto de la pandemia generada por la COVID-19 que se mantuvo por más de dos años consecutivos (Shoshani & Kor, 2022).

En anteriores estudios se ha reportado que los comportamientos psicosociales que presenta cada persona son cualidades psicológicas adquiridas. Si bien existen condiciones genéticas temperamentales, dichos comportamientos se establecen de manera específica mediante el aprendizaje social, que se va formando y construyendo día a día durante el desarrollo humano, desde la infancia, sobre todo debido a las influencias socioculturales que gradualmente van incorporándose y pasan a formar parte de la personalidad del individuo, producto de la interacción con el medio ambiente social circundante. La educación de la personalidad y



especialmente de los valores éticos cumple un rol muy importante en la formación de los comportamientos psicosociales, que pueden presentarse en la forma de actitudes, opiniones, creencias, sentimientos o como respuestas concretas ante situaciones de interacción social (Streit & Davis, 2022).

Los estudios con púberes y adolescentes han abordado el análisis de diversas variables, por ejemplo, la influencia de los estresores psicosociales como el maltrato infantil, el estrés familiar y eventos tempranos de estrés (Dorn & Beltz, 2023; Curlee et al., 2022), la percepción de rechazo y su relación con el comportamiento agresivo (Malamut et al., 2022), la asociación entre la ira, la violencia y el comportamiento de ciberacoso en estudiantes (Yang et al., 2022), el tipo de amistades entre adolescentes con conductas antisociales o conformistas y su incremento con el comportamiento desajustado (Osgood et al., 2022) o la tendencia a mantener amistad entre adolescentes con similares niveles bajos de empatía (Miklikowska et al., 2022), la importancia que le otorga el estudiante al origen de la violencia escolar, entre ellas el consumo de sustancias, su entorno social y familiar y la pertenencia a un grupo de pares conflictivos (Gázquez et al., 2016), así como la actitud del adolescente hacia la autoridad institucional y la conducta violenta en la escuela (Estévez et al., 2007). De una forma u otra, estas variables examinadas conducen a la posibilidad de mostrar conductas inadecuadas relacionadas con la agresión-violencia.

A nivel nacional, los estudios de los comportamientos psicosociales desajustados tienen larga data en su composición, así como los diferentes estudios psicométricos que abordan muestras y variables y su necesaria actualización, considerando los contextos sociales de la realidad peruana (Sánchez et al., 1995; Reyes & Sánchez, 1995, 1996; Sánchez & Reyes, 1993a, 1993b, 1996, 2015; Sánchez, 1996; Sánchez et al., 2020), los cuales han desencadenado diversos estudios nacionales (Bardales & La Serna, 2015; Barrio de Mendoza, 2009; Sandoval, 2018; Velásquez, 1998; Lapa, 2003; Bernal & Gonzales, 2004; Peralta, 2008; Alarcón & Rubio, 2010) entre otros.

## 1.1. LOS COMPORTAMIENTOS PSICOSOCIALES

Son cualidades psicológicas adquiridas mediante el aprendizaje social. Se van formando durante el proceso del desarrollo humano, desde la infancia, sobre todo debido a las influencias socioculturales, y gradualmente se incorporan en la personalidad del individuo, producto de la interacción con el medio ambiente social circundante.

Desde un punto de vista valorativo, se pueden reconocer comportamientos psicosociales positivos y negativos. Algunos [...] están vinculados a valores éticos o conductas morales. Son comportamientos positivos, por ejemplo, el respeto, la honestidad, la tolerancia, la confianza, la cooperación, la generosidad y el altruismo. Por otro lado, se [consideran] comportamientos negativos la agresividad, la deshonestidad, la desconfianza, la baja autoestima, la envidia, la hipocresía, el incivismo, la intolerancia, la mentira, el resentimiento y los celos, entre los más importantes (Matos & Sánchez, 2022, pp. 41-42).

### 1.1.1. Los indicadores de comportamiento psicosocial desajustado

El desajuste es entendido como la falta de habilidad para mantener relaciones interpersonales, dificultad que se evidencia en diferentes aspectos de la vida y genera problemas para afrontar situaciones estresantes (American Psychological Association [APA], 2022); asimismo, lo psicosocial se refiere a aquella intersección e interacción entre lo social, lo cultural y las influencias ambientales que operan en la mente y el comportamiento (APA, 2022).

Existen características importantes negativas que pueden manifestar las personas y que se identifican como comportamientos desajustados. Para el presente estudio se han considerado cinco indicadores de comportamiento desajustado: estrés, baja autoestima, celotipia, desajuste familiar y conducta antisocial. Adicionalmente, como indicador de control y descarte de mentiras, se consideró la deseabilidad social.

## 1.2. LA CONDUCTA VIOLENTA

Se espera que el comportamiento humano, en condiciones de la vida diaria, se ajuste a las normas y los valores que rigen en una sociedad, es decir, se pueda demostrar un comportamiento adaptativo o de ajuste; sin embargo, este comportamiento, en determinadas circunstancias, puede mostrar claros indicadores de violencia. No obstante, algunos comportamientos violentos pueden ser considerados dentro del proceso normativo de desarrollo en la adolescencia, y solo un grupo puede integrarse en un diagnóstico clínico (Achenbach, 1991, citado en Dotterer et al., 2023). De otro lado, hay que considerar el hecho de que la violencia puede ser una respuesta como forma de supervivencia ante un hecho altamente estresante e inesperado. Echeburúa (2018) define a la violencia como «una cadena de conductas intencionales que tienden a causar daño a otros seres humanos, sin que se obtenga un beneficio para la supervivencia, y que adoptan diferentes variedades expresivas (a nivel físico, sexual o emocional)» (p. 27). La Organización Mundial de la Salud (2022) define a la violencia como «[e]l uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones» (p. 3).

La violencia, entonces, implica un comportamiento intencionado de causar daño, ya sea a nivel físico o psicológico, lo cual está condicionado por un contenido de valores afectivos negativos como son el odio, la venganza, los celos y la humillación, superando un raciocinio que pueda obedecer a los afectos sinceros, la inteligencia y la voluntad; del mismo modo, hay variables individuales y factores situacionales que están vinculados con un comportamiento desajustado de tipo violento (Echeburúa, 2018). El comportamiento violento en el adolescente puede estar asociado al consumo de drogas y alcohol, los ídolos o íconos culturales agresivos, la integración a grupos de pares que usan la violencia como forma de reconocimiento social y la exposición a videojuegos con alto contenido de violencia (Loínaz, 2017).

Se presentan diversas situaciones en las cuales se identifica la violencia, así tenemos: a) violencia física, que es toda acción u omisión

que genere cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamiento, etc.), es decir, que provoque un daño físico o una enfermedad; puede ser el resultado de uno o dos incidentes aislados, o también tratarse de una situación crónica de abuso; b) violencia psicológica: acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, los comportamientos, las creencias y las decisiones de otras personas por medio de la intimidación, la manipulación, la amenaza directa o indirecta, la humillación, el aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal; c) violencia intrafamiliar: acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder; sin importar el espacio físico donde ocurra, perjudica el bienestar, la integridad física y psicológica, la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia (Organización Panamericana de la Salud, 2001; Giraldo & González, 2009); d) violencia sexual, la cual se presenta cuando bajo amenaza se obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o se realizan otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías; e) violencia laboral o *moobing*, que se constituye como el acoso y el hostigamiento o el chantaje sexual consistente en la conducta física o verbal reiterada de naturaleza sexual no deseada y/o rechazada, realizada por una o más personas que se aprovechan de una posición de autoridad o jerarquía en contra de otra(s), quien(es) rechaza(n) estas conductas por considerar que afectan su dignidad, así como sus derechos fundamentales; f) violencia contra la mujer: acto o amenaza con la intención de que la mujer pueda sufrir perjuicio o daño en el ámbito de la salud física, psicológica o sexual (Pintor Córdoba et al., 2006); g) abuso o maltrato infantil, que puede manifestarse como maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, tratamiento negligente, explotación comercial u otra forma de explotación que cause o pueda causar daño a la salud del niño, a su sobrevivencia o dignidad «en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder» (OMS, 2022) y h) violencia escolar o *bullying*, que es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de manera reiterada a lo largo de un tiempo determinado; el tipo de violencia escolar dominante es emocional y se da mayoritariamente en las aulas y los patios de los centros educativos.

### 1.2.1. La propensión a la conducta violenta

La propensión a manifestar un comportamiento violento se puede comprender a partir de aquellos indicadores de agresividad manifiestos por parte de un individuo; tal propensión se asocia a una actitud y disposición a actuar violenta o agresivamente sin pensar ni evaluar las consecuencias, considerando también la etapa de desarrollo de la adolescencia en la cual se encuentra (Miles-Novelo et al., 2022). Se manifiesta como una predisposición al ataque, la violencia y a perder la calma. Se vincula con el sentimiento de enemistad, oposición, hostilidad, impulso colérico o de enojo y puede ir acompañado de agresión abierta. Es la tendencia a atacar, buscar la discusión, pelear, causar daño a otros, golpear o tirar cosas, irritarse, enfurecerse o exasperarse y ser intolerante a la crítica.

La conducta violenta es aquella con agresión física o verbal contra personas u objetos [...].

[...] Un comportamiento violento es toda conducta por parte de un individuo que amenace o efectivamente dañe o lesione al individuo o a otros, o que destruya objetos. El comportamiento violento suele empezar con amenazas verbales, pero con el tiempo aumenta y llega a comprender daño físico (De Souza, 2015, citado en Sánchez et al., 2022, p. 173).

Para el presente estudio se han considerado los siguientes indicadores de propensión a la conducta violenta: ira, hostilidad, impulsividad, irritabilidad, agresividad física o verbal y agresión indirecta.

Las conductas agresivas son conductas intencionadas que pueden causar daño, ya sea físico o psíquico. Por ejemplo, la agresividad infantil puede manifestarse mediante golpes, ofensas, burlas, rabieta o insultos (Bouquet et al., 2019; Albuquerque, 2020, p. 17).

Para el caso del comportamiento violento se estima que la persona mantiene una propensión muy ligada a su conducta emocional y su temperamento y que estas características deben estar asociadas a determinados comportamientos desajustados.

Por lo expuesto, el problema central del presente estudio está orientado a responder a la siguiente interrogante: de un grupo de comportamientos psicosociales desajustados que manifiestan los adolescentes, ¿cuáles de ellos están más relacionados con la propensión a la conducta violenta en adolescentes escolares de Lima Metropolitana y Callao?, de manera específica:

- a) ¿En qué nivel se ubican los comportamientos psicosociales desajustados de estrés, baja autoestima, celotipia, desajuste familiar y conducta antisocial en escolares adolescentes de la población de Lima Metropolitana y Callao?
- b) ¿Cómo se presenta el nivel de propensión a la conducta violenta en la población de escolares adolescentes de Lima Metropolitana y Callao?
- c) ¿Qué grado de relación causal se puede encontrar entre los indicadores de comportamiento psicosocial desajustado con la propensión a la conducta violenta en adolescentes y jóvenes de la población de Lima Metropolitana?

### 1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar los niveles de incidencia de los indicadores de comportamiento psicosocial desajustados relacionados con la propensión a la conducta violenta en escolares adolescentes de Lima Metropolitana y Callao.

### 1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar y describir los niveles del comportamiento psicosocial desajustado de estrés, baja autoestima, celotipia, desajuste familiar y conducta antisocial en los adolescentes de Lima Metropolitana y Callao.
- b) Determinar y detallar el nivel de propensión a la conducta violenta en adolescentes estudiantes del nivel secundario de Lima Metropolitana y Callao, considerando género y tipo de centro educativo.
- c) Distinguir el grado de relación entre la propensión a la conducta violenta y cada uno de los indicadores de comportamiento psicosocial desajustado de estrés, baja autoestima, celotipia, desajuste familiar y conducta antisocial.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El reconocimiento de los principales indicadores de comportamiento psicosocial desajustado asociados a la propensión a la conducta violenta es una fuente importante de información para consolidar principios psicológicos científicos sobre factores asociados a la conducta violenta y tener un diagnóstico de la situación presente que nos lleve a asegurar programas de intervención adecuados relacionados con la salud mental de los adolescentes y los jóvenes de Lima y Callao. Estos programas pueden ser desarrollados inicialmente por el Ministerio de Educación y de manera más especializada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer.

## 1.6. HIPÓTESIS GENERAL

Existe una relación directa entre cada uno de los indicadores de comportamiento psicosocial desajustado y la propensión a la conducta violenta, es decir, los adolescentes escolares de Lima Metropolitana y Callao que presentan indicadores de comportamiento psicosocial desajustados elevados manifiestan disposición a desarrollar una elevada conducta violenta.

## 1.7. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

h1: Un porcentaje significativo de la población de adolescentes de Lima y Callao manifiesta elevados niveles de comportamientos psicosociales desajustados en cuanto a estrés, baja autoestima, celotipia, desajuste familiar, conducta antisocial o incivismo.

h2: Existe una correlación estadística positiva y significativa entre cada uno de los indicadores de comportamiento desajustado y la propensión a la conducta violenta.

## 1.8. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En una primera etapa, se realizó una investigación básica de carácter empírico, cuantitativo y descriptivo-explicativo para reconocer en la población de estudiantes secundarios de Lima Metropolitana y Callao los niveles de desajustes del comportamiento y de predisposición a la

conducta violenta, controlando las variables género y tipo de centro educativo. En una segunda etapa, se empleó un tipo de diseño de investigación descriptivo-correlacional para observar e identificar el grado de relación entre dichas variables, es decir, los indicadores de comportamiento psicosocial desajustado y la propensión a la conducta violenta (Sánchez & Reyes, 2015).

### 1.9. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población objetiva la conformaron los adolescentes, tanto varones como mujeres, que residen en las ciudades de Lima y Callao, y estudian en el nivel secundario en centros educativos estatales y particulares. La población real o accesible se conformó por estudiantes adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de catorce centros educativos de Lima y Callao.

El tipo de muestreo fue no probabilístico de carácter intencionado o por conveniencia. Se seleccionaron alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de centros educativos estatales y particulares del Cono Norte, Cono Sur, el Cercado de Lima y Callao. La muestra inicial estuvo conformada por 1329 adolescentes y la muestra definitiva, luego de eliminar al grupo que puntuaba alto en deseabilidad social o mentiras, estuvo conformada por 1097 estudiantes.

### 1.10. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó un inventario de 60 reactivos, especialmente elaborado para recoger indicadores sobre 6 escalas de comportamiento psicosocial desajustado con 8 reactivos cada uno y una escala de propensión a la conducta violenta con 12 reactivos.

La calificación de cada escala de comportamiento desajustado es de 0 a 16 puntos. Las normas de ubicación en las tendencias o los rangos se efectuaron de acuerdo con la tabla para cada variable de comportamiento psicosocial.



**Tabla 1**

*Composición de los instrumentos*

INDACPS-PF-2022	Número de ítems	Puntaje máximo
Estrés	8	16
Baja autoestima	8	16
Celotipia	8	16
Desajuste familiar	8	16
Conducta antisocial	8	16
Escala de mentiras	8	16
Propensión a la conducta violenta	12	24
Indicadores sociodemográficos: género, nivel educativo, condición laboral y nivel socioeconómico	4	Nominal

*Fuente:* Elaboración propia.

Es importante anotar que la escala de mentiras se empleó para el descarte de la muestra con elevado puntaje en dicha escala.

En las tablas 2 y 3 se presentan los rangos y los calificativos iniciales de cada instrumento.

**Tabla 2**

*Rango y calificativo para cada indicador de comportamiento desajustado según puntaje logrado*

Rango	Puntaje	Calificativo de comportamiento desajustado
V	13-16	Muy alto
IV	10-12	Alto
III	7-9	Medio
II	4-6	Bajo
I	0-3	Muy bajo

*Fuente:* Elaboración propia.

**Tabla 3***Rango y calificativo para la escala de propensión a la conducta violenta*

Rango	Puntaje	Calificativo de comportamiento desajustado
V	20-24	Muy alto
IV	15-19	Alto
III	10-14	Medio
II	5-9	Bajo
I	0-4	Muy bajo

*Fuente:* Elaboración propia.

Para obtener la validez y la confiabilidad del INDACPS-PF-2022 se empleó la validez de contenido mediante el método de jueces, y la validez estadística mediante correlaciones y grupos extremos.

La tabla 4 refleja los resultados psicométricos de confiabilidad del instrumento en su conjunto que ubican un nivel Alfa de Cronbach de 0.88 de los resultados a partir de las preguntas realizadas, lo cual es un nivel importante en cuanto a estándares de investigación internacional.

**Tabla 4***Alfa de Cronbach del instrumento de evaluación (60 ítems)*

Alfa	n.º de ítems
0.876	60

*Fuente:* Elaboración propia.

### 1.11. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el análisis psicométrico se empleó estadística descriptiva, estadística de correlación y regresión lineal. La estadística descriptiva permitió obtener la media aritmética y la mediana, además de medidas de dispersión como la varianza, la desviación estándar y el rango. Para identificar la relación entre variables se utilizó una medida de correlación y para estimar dependencia, la regresión lineal.

## 1.12. PROCEDIMIENTO

Elaborado el instrumento INDACPS-PF-2022, se procedió a la validación de jueces, seleccionando aquellos reactivos que superaron el porcentaje mínimo de aprobación según las respuestas de los jueces. Se procedió a imprimir los instrumentos validados y aplicarlos a muestras seleccionadas de la población de Lima Metropolitana y Callao. La aplicación fue presencial, previo consentimiento informado tanto de la Dirección de los colegios como de los propios alumnos. Realizada la aplicación, se digitaron y tabularon los datos para proceder al procesamiento de estos con el paquete estadístico SPSS.

## 2. RESULTADOS

### 2.1. RESULTADOS DE LA MUESTRA DEFINITIVA

La tabla 5 expone la estadística descriptiva de la muestra definitiva excluyendo al grupo con mentiras elevadas. La tabla 6 presenta las categorías de nivel en que se ubican las cinco escalas del inventario de comportamiento desajustado, así como la escala de propensión a la conducta violenta.

**Tabla 5**

*Estadística descriptiva considerando el total de la muestra definitiva (N = 1097)*

	Estrés	Baja autoestima	Celotipia	Desajuste familiar	Incivismo	Propensión a la violencia
Media	8.63	7.88	5.60	5.47	3.33	5.76
Mediana	8.00	8.00	5.00	6.00	3.00	4.00
D. S.	3.69	4.12	3.33	2.82	2.82	4.57
Rango	16	16	16	16	16	23

*Nota:* D. S. = desviación estándar.

*Fuente:* Elaboración propia.

**Tabla 6**

*Distribución de los niveles de las 5 escalas del inventario de comportamiento desajustado y de la escala de propensión a la violencia*

Indicadores	Nivel
Estrés	Medio
Baja autoestima	Medio
Celotipia	Bajo
Desajuste familiar	Bajo
Incivismo	Muy bajo
Propensión a la violencia	Bajo

*Fuente:* Elaboración propia.

## 2.2. PORCENTAJES DE ESTUDIANTES QUE SE UBICAN EN LOS NIVELES ALTO O MUY ALTO

En la tabla 7 se detalla la cantidad de alumnos que se ubican en los niveles alto o muy alto en cada una de las escalas de comportamiento desajustado y propensión a la violencia. Se observa que las escalas de estrés y baja autoestima presentan altos porcentajes (40 % y 32 %), mientras que la celotipia y el desajuste familiar tienen porcentajes menores (14 % y 13 %), y el incivismo y la propensión a la violencia, porcentajes bajos (4 % y 5 %).

**Tabla 7**

*Estudiantes que se ubican en los niveles alto o muy alto en las 5 escalas de comportamiento desajustado*

	Estrés	Baja autoestima	Celotipia	Desajuste familiar	Incivismo	Propensión a la violencia
N	439	348	149	138	40	60
%	40 %	32 %	14 %	13 %	4 %	5 %

*Fuente:* Elaboración propia.

### 2.3. CORRELACIONES OBTENIDAS ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y LA PROPENSIÓN A LA VIOLENCIA

La tabla 8 presenta las correlaciones de Spearman entre cada una de las escalas de comportamiento psicosocial desajustado y la escala de propensión a la conducta violenta. Se han separado a los hombres y las mujeres.

Se observa que, en el caso de los varones, las correlaciones resultan altamente significativas y moderadas en estrés e incivismo, y en las escalas de baja autoestima, celotipia y desajuste familiar son altamente significativas y bajas con tendencia a moderadas.

En cuanto a las mujeres, solo en la escala de estrés la correlación es altamente significativa y moderada; en el resto de escalas resultan correlaciones significativas bajas con tendencia a moderadas.

**Tabla 8**

*Correlación de Spearman entre las escalas de comportamiento desajustado con propensión a la violencia (varones y mujeres)*

	Estrés	Baja autoestima	Celotipia	Desajuste familiar	Incivismo
Propensión varones (N = 590)	0.40**	0.35**	0.34**	0.34**	0.43**
Propensión mujeres (N = 507)	0.49**	0.33**	0.33**	0.32**	0.31**

*Fuente:* Elaboración propia.

### 2.4. REGRESIÓN LINEAL ENTRE LAS CINCO ESCALAS CON LA ESCALA DE PROPENSIÓN A LA CONDUCTA VIOLENTA

Finalmente, en la tabla 9 se presentan los resultados de la aplicación del cálculo de regresión lineal, que otorgan evidencia psicométrica importante para explicar que la variable (escala) propensión a la conducta violenta resulta altamente vinculante con las variables (escalas) de estrés, celotipia, desajuste familiar e incivismo. Es decir, dentro de las variables mencionadas, las que se podrían emplear para explicar de manera más

eficiente el fenómeno de la propensión a la conducta violenta son las escalas de estrés, celotipia, desajuste familiar e incivismo.

**Tabla 9**

*Regresión lineal entre cada una de las 5 escalas de comportamiento desajustado con la propensión a la conducta violenta*

Model	Coeficientes <sup>a</sup>			t	Sig.
	Coeficientes desestandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-.701	.563		-1.245	.213
Estrés	.359	.038	.291	9.516	.000
Baja autoestima	.058	.035	.052	1.669	.095
Celotipia	.253	.036	.185	7.078	.000
Desajuste	.168	.038	.126	4.404	.000
Incivismo	.357	.042	.220	8.397	.000

*Nota:* a. Variable dependiente: propensión a la violencia.

*Fuente:* Elaboración propia.

### 3. DISCUSIÓN

Dado que el propósito del presente estudio es identificar los niveles de comportamiento desajustados de estrés, baja autoestima, celotipia, desajuste familiar e incivismo en escolares de colegios nacionales y particulares de Lima y Callao, y cómo estos comportamientos pueden estar incidiendo en la propensión hacia la conducta violenta, los resultados descriptivos y correlacionales nos permiten exponer el siguiente análisis para su discusión.

En relación con la primera hipótesis descriptiva (h1), que afirma que un porcentaje significativo del total de 1097 estudiantes evaluados de Lima y Callao obtiene puntajes en el nivel alto o muy alto en cada uno de los comportamientos psicosociales desajustados, si bien se observa que los valores promedios en cada una de las escalas se ubican en el nivel medio (ver tabla 2), equivalente a un 50 %, sin embargo, se han obtenido niveles altos y muy altos en las escalas de estrés y baja autoestima con

porcentajes elevados (ver tabla 7), considerados muy significativos (40 % y 32 %). La celotipia y el desajuste familiar aparecen con menores porcentajes (14 % y 13 %), mientras que el incivismo y la propensión a la violencia, con porcentajes bajos (4 % y 5 %). De lo expuesto se confirma la hipótesis descriptiva para el caso de las escalas de estrés y baja autoestima de manera significativa, ya que los porcentajes son elevados, y para el caso de las escalas de celotipia y desajuste familiar de manera intermedia, pero no se verifica para el caso de las escalas de incivismo y propensión a la violencia. El elevado estrés y la baja autoestima resultan muy pronunciadas para los adolescentes de Lima y Callao.

De otro lado, el hecho de haber encontrado la predominancia de un nivel medio en las puntuaciones puede corresponder con los estudios de Barrio de Mendoza (2009), Bardales y La Serna (2015) y Ávila y Porras (2016), quienes identificaron una presencia del nivel medio del desajuste del comportamiento psicosocial en una población adolescente.

Sin embargo, destaca el hecho de que un porcentaje elevado (40 %) esté por encima del nivel promedio, sobre todo en el elevado estrés, posiblemente asociado al retorno de los alumnos a las aulas después de dos años, las situaciones familiares conflictivas y los problemas en la interacción social con sus pares, producto del confinamiento y el distanciamiento social en el contexto de la pandemia por la COVID-19, coincidiendo con lo reportado por Curlee et al. (2022) y Osgood et al. (2022).

También resalta el elevado porcentaje de estudiantes secundarios que presentan baja autoestima (32 %); probablemente este sea un indicador característico de la etapa difícil (crisis) de la adolescencia que vienen atravesando.

En cuanto a la segunda hipótesis (h2), que refiere que existe una correlación estadística positiva y significativa entre cada uno de los indicadores de comportamiento desajustado y la propensión a la conducta violenta, considerando las normas establecidas para las correlaciones de Spearman, se han encontrado correlaciones altamente significativas entre cada una de las escalas y la escala de propensión a la conducta violenta. Se han identificado correlaciones significativas moderadas con las escalas de estrés e incivismo y correlaciones significativas bajas con tendencia

a moderadas en el resto de escalas (ver tabla 8). Estos resultados se dan tanto en varones como en mujeres.

Adicionalmente, los cálculos de regresión lineal realizados nos han permitido encontrar una relación de dependencia de la propensión a la conducta violenta respecto a las escalas de estrés, celotipia, desajuste familiar e incivismo (ver tabla 9). Por tanto, se puede afirmar que los niveles de estrés alto, celotipia, desajuste familiar e incivismo pueden ser desencadenantes para la propensión a la conducta violenta.

Con los resultados podemos confirmar la hipótesis general, la cual afirma que existe una relación directa entre cada uno de los indicadores de comportamiento psicosocial desajustado y la disposición a presentar una conducta violenta, es decir, los adolescentes escolares de Lima Metropolitana y Callao que presentan indicadores de comportamiento psicosocial desajustados elevados, sobre todo en los indicadores de estrés, celotipia desajuste familiar e incivismo, manifiestan disposición a desarrollar una elevada conducta violenta.

## 4. CONCLUSIONES

4.1. La muestra de estudiantes secundarios de Lima Metropolitana y Callao presenta los cinco indicadores de desajuste del comportamiento en un nivel medio a bajo, pero un porcentaje significativo en los indicadores de estrés y baja autoestima se ubican en el nivel alto.

4.2. Las correlaciones entre la propensión a la conducta violenta con cada uno de los indicadores de desajuste es estadísticamente significativa y se ubica entre moderada y baja con tendencia a ser moderada.

4.3. Se presenta una relación de dependencia causa-efecto entre estrés y propensión a la violencia; celotipia y propensión a la violencia; desajuste familiar y propensión a la violencia; e incivismo y propensión a la violencia.



## REFERENCIAS

- Alarcón, M., & Rubio, B. (2010). *Estilos de crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de 13 a 18 años de edad de la I. E. n.º 11016 «Juan Mejía Baca» del pueblo joven José Olaya* [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/1603/FACULTAD%20DE%20HUMANIDADES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Albuquerque, A. (2020). *Conductas agresivas en los niños de 5 años del nivel inicial* [Trabajo académico para optar segunda especialidad, Universidad Nacional de Tumbes]. <https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/1780/Alburqueque%20Coronado%2c%20Am%c3%a9rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/maladjustment>
- Armstrong-Carter, E., Siskowski, C., Belkowitz, J., Johnson, C., & Olson, E. (2022). Child and adolescent caregiving for family: Emotional, social, physical, and academic risk and individual differences. *Journal of Family Psychology, 36*(8), 1407-1417. <https://doi.org/10.1037/fam0000969>
- Ávila, N., & Porras, Y. (2016). *Desajuste del comportamiento psicosocial en estudiantes de 1.º de secundaria de instituciones educativas estatales de la ciudad de Pichanaqui-Junín* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes]. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/154>
- Bardales, E., & La Serna, D. (2015). *Estilos de crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de una institución educativa estatal, Chiclayo-2014* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. [https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/340/1/TL\\_BardalesChavezEstefany\\_LaSernaGanozaDiana.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/340/1/TL_BardalesChavezEstefany_LaSernaGanozaDiana.pdf)
- Barrio de Mendoza, M. (2009). *Relación entre los niveles de depresión y niveles de desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de la Institución Educativa Nacional José María Arguedas del distrito de La Victoria-2008* [Tesis de licenciatura, Universidad Señor

- de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/2450/PSICOLOGIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bernal, A., & Gonzales, J. (2004). *Niveles de desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de 14 y 18 años de edad de una Institución Educativa Estatal, Pimentel* [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán].
- Bouquet, G., García-Méndez, M., Díaz-Loving, R., & Rivera-Aragón, S. (2019). Conceptuación y medición de la agresividad: validación de una escala. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(1), 115-130. <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n1.70184>
- Curlee, A. S., Tein, J. -Y., White, R. M. B., Carlo, G., Gonzales, N. A., & Knight, G. P. (2022). U. S. Mexican-origin young adults' mental health relative to interpersonal stressor transitions from childhood to adolescence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cdp0000563>
- Dorn, L. D., & Beltz, A. M. (2023). Puberty: Foundations, findings, and the future. En L. J. Crockett, G. Carlo & J. E. Schulenberg (Eds.), *APA handbook of adolescent and young adult development* (pp. 3-19). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000298-001>
- Dotterer, H. L., Westerman, H. B., Rodgers, E. L., & Hyde, L. W. (2023). The development of externalizing across adolescence and early adulthood. En L. J. Crockett, G. Carlo & J. E. Schulenberg (Eds.), *APA handbook of adolescent and young adult development* (pp. 525-540). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000298-032>
- Echeburúa, E. (2018). *Violencia y trastornos mentales. Una relación compleja*. Ediciones Pirámide.
- Estévez, E., Murgui, S., Moreno, D., & Musitu, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19(1), 108-113. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8604/8468>

- Gázquez, J., Pérez-Fuentes, C., Molero, M., & Simón, M. (2016). Búsqueda de sensaciones e impulsividad como predictores de la agresión en adolescentes. *Psychology, Society & Education*, 8(3), 243-255. <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/185>
- Giraldo, R., & González, M. (Eds.). (2009). *Violencia familiar*. Editorial Universidad del Rosario. <https://core.ac.uk/download/pdf/86438105.pdf>
- Gniewosz, G., Katstaller, M., & Gniewosz, B. (2023). Adolescents' psychological adjustment during challenging times: The role of mothers', fathers', and adolescents' ratings of parental warmth. *Developmental Psychology*, 59(1), 112-127. <https://doi.org/10.1037/dev0001473>
- Lapa, V. (2003). *Niveles de desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de una zona urbano marginal de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villareal].
- Loinaz, I. (2017). *Manual de evaluación del riesgo de violencia. Metodología y ámbitos de aplicación*. Ediciones Pirámide.
- Malamut, S. T., Garandeanu, C. F., Badaly, D., Duong, M., & Schwartz, D. (2022). Is aggression associated with biased perceptions of one's acceptance and rejection in adolescence? *Developmental Psychology*, 58(5), 963-976. <https://doi.org/10.1037/dev0001333>
- Matos, P., & Sánchez, H. (2022). Expectativas de vida, incertidumbre y desajustes del comportamiento psicosocial como indicadores de salud mental en tres muestras diferenciadas de la población de Lima Metropolitana, en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Ciencia y Psique*, 1(1), 31-66. <https://doi.org/10.59885/cienciaypsique.v1n1.02>
- Miklikowska, M., Tilton-Weaver, L., & Burk, W. J. (2022). With a little help from my empathic friends: The role of peers in the development of empathy in adolescence. *Developmental Psychology*, 58(6), 1156-1162. <https://doi.org/10.1037/dev0001347>
- Miles-Novelo, A., Groves, C. L., Anderson, K. B., Pimentel, C. E., Escobedo, G. S. B., Plante, C., Mariano, T. E., & Anderson, C. A. (2022). Further tests of the media violence-aggression link:

- Replication and extension of the 7 Nations Project with multiple Latinx samples. *Psychology of Popular Media*, 11(4), 435-442. <https://doi.org/10.1037/ppm0000428>
- Ministerio Público. (2022). Portal web. [https://www.gob.pe/institucion/mpfn/buscador?contenido=publicaciones&sheet=1&sort\\_by=recent](https://www.gob.pe/institucion/mpfn/buscador?contenido=publicaciones&sheet=1&sort_by=recent)
- Ministerio de Salud. (2019, 21 de julio). Minsa aprobó las prioridades nacionales de investigación en salud (2019-2023). <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/minsa-aprobo-las-prioridades-nacionales-para-promover-la-investigacion-en-salud-2019>
- Ministerio de Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Unicef. (2020). *La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19*. <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>
- Morales, M. (2022, 22 de diciembre). Perú cierra el año escolar con casi 2.500 casos de *bullying*, la cifra más alta en 9 años. *La República*. <https://data.larepublica.pe/peru-cierra-el-ano-escolar-con-casi-2500-casos-de-bullying-la-cifra-mas-alta-en-9-anos/>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102\\_spa.pdf;jsessionid=E3F325C16828F58451A24E3462FD9DA4?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=E3F325C16828F58451A24E3462FD9DA4?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 19 de septiembre). Maltrato infantil. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Violencia contra la mujer: un problema de salud pública. Memoria del Primer Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer, Managua, Nicaragua, 11-14-marzo 1992*.
- Osgood, D. W., Ragan, D. T., Dole, J. L., & Kreager, D. A. (2022). Similarity of friends versus nonfriends in adolescence: Developmental patterns and ecological influences. *Developmental Psychology*, 58(7), 1386-1401. <https://doi.org/10.1037/dev0001359>

- Peralta, M. (2008). *Bienestar psicológico y desajuste del comportamiento psicosocial en estudiantes de un centro preuniversitario de la universidad César Vallejo-Chimboté* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo].
- Pintor Córdoba, C., Álvarez, I., Barciano, F., Gatica, M. E., De Haro, J., & Fernández, O. (2006). Violencia doméstica contra la mujer: visión desde la adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(3), 115-120. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617622004>
- Reyes, C., & Sánchez, H. (1995). Inventario del desajuste del comportamiento psicosocial para niños. *Revista IIPSI*, 1(1), 89-95.
- Reyes, C., & Sánchez, H. (1996). Estudio interconductual sobre el desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de Lima y Huancavelica. *Revista IIPSI*, 2(1), 22-30.
- Sánchez, H. (1996). Problemas psicosexuales asociados a indicadores de desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de Lima. *Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología de la UPRP*, 2(1), 46-55.
- Sánchez, H., Oliver, E., & Reyes, C. (1995). Perfil diagnóstico del desajuste del comportamiento psicosocial como indicador de salud mental en adolescentes de Lima. *Revista IIPSI*, 1(1), 11-34.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (1993a). Comportamiento psicosocial y salud mental en adolescentes de Lima. *Revista Tradición*, 1, s. p.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (1993b). Elaboración y validación del inventario de desajuste del comportamiento psicosocial (INDACPS). *Revista de Psicología de la UPRP*, 5(1-2), 31-51.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (1996). Conducta creativa y desajuste del comportamiento psicosocial en niños y adolescentes que trabajan. *Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología de la UPRP*, 1(1), 9-21.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Business Support Anneth.
- Sánchez, H., Reyes, C., & Matos, P. (2020). Comportamientos psicosociales desajustados, como indicadores de salud mental de la población peruana, en el contexto de la presencia del COVID-19.

- En H. Sánchez & K. Mejía (Eds.), *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el COVID-19* (pp. 13-40). Universidad Ricardo Palma. Vicerrectorado de Investigación.
- Sánchez, H., Reyes, C., Matos, P., & Núñez, A. (2022). Construcción y validación de una Escala de Propensión a la Conducta Violenta (EPCV). *Scientia*, 24(24), 167-193. <https://doi.org/10.31381/scientia.v24i24.5493>
- Sandoval, C. (2018). *Desajuste del comportamiento psicosocial en estudiantes del IV y V ciclos de educación primaria en una institución educativa estatal, Lambayeque durante agosto-diciembre 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. [https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1826/1/TL\\_SandovalValenzuelaCarolain.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1826/1/TL_SandovalValenzuelaCarolain.pdf)
- Shoshani, A., & Kor, A. (2022). The mental health effects of the COVID-19 pandemic on children and adolescents: Risk and protective factors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(8), 1365-1373. <https://doi.org/10.1037/tra0001188>
- Streit, C., & Davis, A. N. (2022). The longitudinal links between parenting stress, harsh parenting, and adolescents' social behaviors in Latinx families. *Journal of Latinx Psychology*, 10(2), 128-139. <https://doi.org/10.1037/lat0000203>
- Velásquez, C. (1998). Desajuste del comportamiento psicosocial del estudiante de la UNMSM. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 167-182. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4843/3910>
- Yang, J., Li, W., Dong, W., Gao, L., & Wang, X. (2022). The moderating roles of peer pressure and family economic stress in the longitudinal links between adolescent trait anger and cyberbullying perpetration. *School Psychology*, 38(2), 79-87. <https://doi.org/10.1037/spq0000514>
- Zambrano, C. (2020). Validación de la escala de conducta violenta en la escuela en el contexto ecuatoriano. *CienciAmérica. Revista de Divulgación Científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(1), 66-80. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7351619.pdf>



Este artículo se encuentra disponible  
en acceso abierto bajo la licencia Creative  
Commons Attribution 4.0 International License

# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú

ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2.02

## UN ESTUDIO PRELIMINAR DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y DIFERENCIAS DE GÉNERO DE LA ESCALA DE AMBIENTE INVALIDANTE INFANTIL (ICES) EN ADULTOS PERUANOS

**A preliminary study of psychometric properties and  
gender differences of the Invalidating Child Environment  
Scale (ICES) in Peruvian adults**

ALVARO OKUMURA CLARK

Universidad de Lima  
(Lima, Perú)

Contacto: [aokumura@ulima.edu.pe](mailto:aokumura@ulima.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0002-4132-8446>

LEONARDO PERCY HUERTAS MANTILLA

Universidad de Lima  
(Lima, Perú)

Contacto: [lhurtas@ulima.edu.pe](mailto:lhurtas@ulima.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0002-4423-1105>

CLAUDIA PÉREZ MOSCOSO

Universidad de Lima  
(Lima, Perú)

Contacto: [cperezm@ulima.edu.pe](mailto:cperezm@ulima.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0002-3603-9797>

## RESUMEN

Los contextos invalidantes en etapas infanto-juveniles son entornos promotores de dificultades en la regulación de emociones a futuro en el individuo. La Escala de Ambiente Invalidante Infantil (ICES) es una

herramienta que permite la identificación de indicadores asociados a experiencias de invalidación emocional de parte de ambos padres. El presente estudio buscó adaptar y conocer las propiedades psicométricas de la escala ICES en adultos peruanos. Se desarrolló un estudio preliminar de diseño instrumental, con la participación de 200 personas que presentaron como principal criterio de inclusión una crianza biparental (madre y padre). Evidencias de validez vinculadas con el contenido fueron obtenidas mediante la revisión de diez jueces expertos y coeficientes *V* de Aiken estadísticamente significativos. El análisis factorial exploratorio determinó una estructura latente de dos factores para la prueba ICES. Evidencias de validez convergente y divergente se estimaron a través de correlaciones con los puntajes de una prueba que evalúa procesos de regulación emocional. Coeficientes significativos de consistencia interna Omega fueron obtenidos para cada dimensión de la prueba. Finalmente, baremos percentilares fueron desarrollados para objetivos evaluativos. Se concluye que ICES es un instrumento que consta con propiedades psicométricas, las cuales van acorde con los estándares actuales de validación y adaptación psicométrica.

**Palabras clave:** Escala de Ambiente Invalidante Infantil (ICES); propiedades psicométricas; invalidación emocional; diferencias de género; adultos peruanos.

## ABSTRACT

Disabling contexts in infant-juvenile stages are environments that promote difficulties in regulating emotions in the future of the individual. The Invalidating Child Environment Scale (ICES) is a tool that allows the identification of indicators associated with experiences of emotional invalidation of both parents. This study sought to adapt and learn about the psychometric properties of the ICES scale in Peruvian adults. A preliminary study of instrumental design was developed, with the participation of 200 people who presented biparental upbringing (mother and father) as the main inclusion criterion. Evidence of validity linked to the content was obtained through the review of ten expert judges and statistically significant Aiken's *V* coefficients. Exploratory



factor analysis determined a latent two-factors structure for the ICES test. Evidence of convergent and divergent validity was estimated through correlations with the scores of a test that evaluates emotional regulation processes. Significant internal consistency Omega coefficients were obtained for each dimension of the test. Finally, percentile scales were developed for evaluative purposes. It is concluded that ICES is an instrument that has psychometric properties, which are in accordance with current psychometric validation and adaptation standards.

**Keywords:** Invalidating Children's Environment Scale (ICES); psychometric properties; emotional invalidation; gender differences; Peruvian adults.

Recibido: 26/05/2023    Aceptado: 31/05/2023

## 1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el estudio del factor contextual dentro de la psicopatología y la psicología clínica ha cobrado una gran relevancia. Si bien es cierto que todavía se prioriza el análisis de los trastornos mentales bajo una visión médica y primordialmente descriptiva (American Psychiatric Association [APA], 2014), también han sido desarrolladas con mucho mayor énfasis posturas que consideran elementos ambientales y del historial del aprendizaje del sujeto como variables centrales para comprender la conducta dentro de su contexto. Frente a ello, Pérez (2014) señaló que diversos tratamientos (la Terapia de Aceptación y Compromiso [ACT], la Terapia Conductual Dialéctica [DBT], entre otras) han sido desarrollados bajo estos postulados, los cuales posteriormente fueron denominados como terapias contextuales.

Uno de los conceptos altamente estudiados dentro de estos marcos de referencia terapéuticos son aquellos contextos en los cuales predomina la invalidación. En función de ello, un ambiente emocionalmente invalidante podría definirse como un contexto en el cual los cuidadores (por ejemplo, la madre y el padre) desatienden, ignoran, minimizan y castigan las experiencias emocionales internas de un niño (Elzy & Karver, 2018). Entre las distintas consecuencias que acarrea para el infante, se

destaca la creencia de que las experiencias internas tales como pensamientos y emociones están equivocadas y que no se puede confiar en ellas (Linehan, 1993).

Diversas explicaciones teóricas han sido propuestas para la comprensión de este fenómeno y las repercusiones que generan a nivel de salud mental. La teoría biosocial es un planteamiento actual de base de la DBT, la cual describe que un ambiente invalidante desde etapas tempranas del desarrollo, sumado a las transacciones con ciertas predisposiciones biológicas para el manejo emocional de parte del sujeto (vulnerabilidad emocional), produce un patrón de desregulación emocional generalizado (Soler et al., 2016). Ello quiere decir que la persona presentará desregulación en diversos niveles: conductual (impulsividad e intentos suicidas), cognitivo (disociaciones, ideación paranoide y pensamiento dicotómico), interpersonal (relaciones interpersonales inestables) y de identidad (inestabilidad en la autoimagen) (Boggiano & Gagliosi, 2020; NEA BPD, 2012).

A nivel psicopatológico, la invalidación proveniente de etapas infanto-juveniles y actuales (adultas) ha demostrado ser una variable predictora importante. Se ha identificado que este tipo de interacciones con el ambiente pueden repercutir significativamente, generando manifestaciones asociadas a diversos trastornos mentales comórbidos, tales como el binomio depresión-ansiedad (Schreiber & Veilleux, 2022), el trastorno de conducta alimentaria (Camino, 2021), el trastorno de estrés postraumático y las conductas adictivas (Bedoya, 2021), además de manifestaciones propias del trastorno límite de personalidad (Bermúdez, 2019; Drago, 2020). Es decir, se ha identificado en diversos estudios la asociación de contextos invalidantes y manifestaciones relacionadas con la desregulación emocional (Linehan, 1993, 2020).

Se han realizado propuestas sobre la invalidación emocional, la desregulación emocional y las diferencias de género. Morrison et al. (2021) encontraron que los entornos infantiles emocionalmente invalidantes tenían un impacto igualmente significativo en la manifestación de conductas de ira y agresión sin interesar el género del individuo. En relación con estos hallazgos, se identificó el mismo patrón en minorías sexuales y de género sin diferenciación en sus roles (Cardona et al., 2022), en

el sentido de que la invalidación emocional presentó un impacto muy importante en sus vidas, promoviendo así mayores repercusiones cuando se utilizaban estrategias de afrontamiento de tipo evitativo frente al malestar emocional (por ejemplo, supresión emocional y evitación experiencial).

A nivel metodológico, para evaluar este constructo, diversas pruebas han sido creadas y validadas en diferentes contextos internacionales. Por ejemplo, en Europa, los investigadores ingleses Mountford et al. (2007) crearon la escala ICES para medir la invalidación infantil basada en el modelo biosocial de Linehan (1993). Además, le atribuyeron evidencias de validez relacionada con otras variables, puesto que los puntajes fueron correlacionados con aquellos provenientes de instrumentos afines que evalúan constructos como trastornos de conducta alimentaria y tolerancia al estrés. Por otro lado, en Latinoamérica, se aprecia que en Argentina se han hecho esfuerzos por no solo adaptar la ICES al español, sino también para obtener evidencias de validez vinculadas con la estructura interna según el análisis factorial exploratorio (Puddington et al., 2017). Años posteriores, Puddington et al. (2020) realizaron una continuación del estudio previo, a través de una técnica psicométrica más robusta, denominada análisis factorial confirmatorio, con el objetivo de reforzar las inferencias asociadas a las evidencias de validez vinculadas con la estructura interna de la escala ICES.

En el contexto peruano, no se han identificado herramientas de medición que evalúen este constructo y cumplan con los estándares básicos propuestos para los procesos de adaptación y validación psicométrica de instrumentos (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA] & National Council on Measurement in Education [NCME], 2014; International Test Commission [ITC], 2017). En ese sentido, es relevante que se propongan acciones para que se cuenten con evidencias que permitan no solo transferir los hallazgos de la ICES sobre invalidación infantil de un contexto a otro, sino también reforzar el cimiento psicométrico para así tener herramientas adaptadas que puedan utilizarse en la realidad actual peruana. Finalmente, debido a que es fundamental la evaluación de la percepción de invalidación emocional desde etapas tempranas del desarrollo para el

diagnóstico situacional de casos clínicos, se requieren tests psicológicos que cumplan con los estándares psicométricos actuales, tal como previamente se ha referido.

En función de lo expuesto, el objetivo principal del presente estudio consiste en adaptar y obtener las propiedades psicométricas del ICES en una muestra de adultos peruanos con una crianza biparental. Se ha propuesto como objetivo secundario identificar diferencias de género a nivel de la invalidación infantil y en los procesos básicos de regulación emocional.

## 2. MÉTODO

### 2.1. PARTICIPANTES

La muestra total obtenida consistió en 282 participantes; sin embargo, debido al incumplimiento de los criterios de inclusión: (a) adultos que sean peruanos, (b) radiquen en Lima y (c) hayan tenido una crianza biparental (madre y padre), además de no haber brindado los datos necesarios en la ficha sociodemográfica ni haber marcado todas las opciones de respuestas de las pruebas, se descartaron 82 protocolos que fueron considerados como data perdida.

De este modo, la muestra final consistió en 200 participantes, de los cuales la mayoría fueron mujeres (68.5 %), mientras que el resto fueron hombres (31.5 %). Las edades oscilaron entre los 18 a 53 años ( $M = 24.10$ ,  $DS = 7.18$ ). Sobre el grado de instrucción, un poco más de la mitad reportaron tener educación superior incompleta (61.5 %); luego, se estipulan en menores porcentajes los grados de superior completo (17.5 %), secundaria completa (10.5 %), aquellos con estudios de posgrado (5.5 %) y, finalmente, en igual proporción, tanto técnico incompleto como técnico completo (2.5 %). Por otro lado, respecto al estado civil, cerca de tres cuartos tenían la condición de soltero (74 %), seguidos de los que son solteros pero con pareja (18.5 %), los casados (5.5 %), los divorciados (1.5 %) y una minoría de convivientes (0.5 %).

## 2.2. INSTRUMENTOS

### 2.2.1. Escala de Ambiente Invalidante Infantil (ICES)

ICES (Puddington et al., 2017) es un test de catorce ítems que pretende evaluar la invalidación percibida proveniente de la madre (por ejemplo: mi madre se enojaba si yo no estaba de acuerdo con ella) y del padre (por ejemplo: cuando estaba ansioso[a] o preocupado[a], mi padre se mostraba indiferente), de manera retrospectiva en personas adultas. Esta prueba fue adaptada al contexto argentino. Se obtuvieron evidencias suficientes en los ítems de invalidación percibida proveniente de la madre para realizar el AFE (KMO = .90, test de esfericidad de Bartlett,  $p < .001$ ; cargas factoriales de los ítems mayores a .40 en los factores correspondientes), presentándose los mismos resultados en los ítems que evalúan la invalidación del padre (KMO = .88, test de esfericidad de Bartlett,  $p < .001$ ; cargas factoriales de los ítems mayores a .40 en los factores correspondientes). Para identificar el número de factores, se utilizó un gráfico de sedimentación (*scree test*) en el cual se identificó la presencia de 2 componentes, además de considerar como método de rotación Varimax. Si bien no se estipulan claramente nombres a las dimensiones identificadas, se describen como respuestas negativas e invalidantes de parte de los padres (factor 1) y soporte de los padres frente a situaciones de adversidad (factor 2). El ítem 2 es el único que presenta cargas factoriales significativas en ambos factores, pero debido al contenido teórico se categorizó como parte del factor 1. Para evaluar la confiabilidad de las puntuaciones del test, se utilizó el coeficiente de consistencia interna de Alfa de Cronbach, identificándose coeficientes significativos tanto para los ítems de la invalidación materna (F1,  $\alpha = .83$ ; F2,  $\alpha = .82$ ) como para los de la invalidación paterna (F1,  $\alpha = .83$ ; F2,  $\alpha = .80$ ).

### 2.2.2. Cuestionario de Regulación Emocional adaptado al Perú (ERQ-P)

ERQ-P (Gargurevich & Matos, 2010) es un test que evalúa dos procesos básicos de regulación emocional: la reevaluación cognitiva y la supresión. Para cada dimensión, la prueba consta de 6 ítems (cuando quiero sentir

una emoción positiva con mayor intensidad [por ejemplo, más alegría], modifíco lo que pienso para hacerlo) y 4 ítems (mantengo ocultas mis emociones [las guardo solo para mí]), respectivamente. Presenta siete opciones de respuesta (1 = Totalmente en desacuerdo, 7 = Totalmente de acuerdo). Para identificar las evidencias de validez vinculadas con la estructura interna de la prueba, se utilizó el análisis factorial confirmatorio, estimándose índices de ajuste aceptables:  $S-B\chi^2/df = 2.68$  ( $S-B\chi^2 = 80.41$ ,  $df = 30$ ),  $RMSEA = .073$ ,  $CFI = .90$ , identificándose así la estructura de dos factores. Se obtuvieron coeficientes de consistencia interna por el método de Alfa de Cronbach también aceptables (reevaluación cognitiva,  $\alpha = .72$ ; supresión,  $\alpha = .74$ ).

### 2.2.3. Ficha sociodemográfica

Se aplicó una ficha de datos breve, donde se requerían variables sociodemográficas como psicológicas. En referencia a los datos sociodemográficos, se pidieron informaciones de género, edad, grado de instrucción, estado civil, distrito, lugar de residencia y ocupación actual. En cuanto a los datos psicológicos, se requirieron datos sobre qué personas se encargaron de la crianza del participante, la presencia de algún diagnóstico clínico y si en la actualidad recibía tratamiento psicológico y/o psiquiátrico; en caso de haberse respondido afirmativamente, se pedía clarificar el tiempo de tratamiento.

## 2.3. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

En primer lugar, el proyecto de investigación fue aprobado en diciembre de 2021 por el Comité de Investigación y Ética (CIE) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima. De igual manera, se obtuvo el permiso correspondiente para utilizar la escala ICES; cabe señalar que el ERQ-P es considerado un instrumento de acceso libre según sus autores originales. Una vez realizados los procesos referidos, las pruebas fueron administradas en el mes de febrero de 2022, utilizando un formato virtual (Google Forms) y compartiéndolo a través de redes sociales (Facebook, WhatsApp, etc.). El muestreo fue de carácter no probabilístico, intencional. La duración de la aplicación fue entre 20 y 30 minutos por persona. La participación fue estrictamente voluntaria, estipulándose en el

consentimiento informado que podrían retirarse en cualquier momento cerrando la pantalla web, sin ningún tipo de consecuencia. Además, se respetaron los procesos éticos de consentimiento informado, confidencialidad y descripción de algún posible daño, el cual era de menor a nulo, ya que la función del participante era netamente llenar cuestionarios.

## 2.4. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis psicométrico del test fue realizado tomando en cuenta los postulados del *Standards for educational and psychological testing* (AERA, APA & NCME, 2014) y *ITC guidelines for translating and adapting tests* (ITC, 2017). Todos los procedimientos y las explicaciones del uso de los diversos estadísticos son detallados en la parte de resultados. Es importante agregar que se emplearon diversos programas informáticos para obtener las evidencias psicométricas. Factor es un programa especializado para la obtención de evidencias de validez vinculadas con la estructura interna mediante el método de análisis factorial exploratorio; está recomendado para determinar la estructura de variables latentes (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2020). Para la obtención de evidencias de confiabilidad mediante el método de consistencia interna Omega, se utilizó el programa Jamovi. Finalmente, para la elaboración de los baremos, IBM SPSS (versión 26) fue utilizado como programa estadístico.

## 3. RESULTADOS

### 3.1. EVIDENCIAS DE VALIDEZ VINCULADAS CON EL CONTENIDO

En primer lugar, se realizó un proceso de adaptación lingüística del ICES. Ciertas expresiones de los ítems fueron modificadas en función de la terminología local de Lima (Perú). Posteriormente, se revisaron los ítems a través del criterio de diez jueces expertos (psicólogos clínicos y de investigación), considerando como dominios de valoración la representatividad, la claridad y la utilidad en una escala Likert del 1 al 5.

De esta forma, a partir de los puntajes obtenidos mediante la evaluación por criterio de jueces, coeficientes V de Aiken fueron calculados considerando como el puntaje mínimo aceptable .70 (Aiken, 1985). Así,

todos los ítems presentaron coeficientes estadísticamente significativos ( $p < .05$ ) en todos los dominios, tal como se aprecia en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Coeficiente V de Aiken para los ítems de la Escala de Ambiente Invalidante Infantil*

Ítems	V		
	Representatividad	Claridad	Utilidad
Ítem 1	1.00*	1.00*	1.00*
Ítem 2	1.00*	1.00*	1.00*
Ítem 3	.90*	.90*	.90*
Ítem 4	.98*	.98*	.98*
Ítem 5	.95*	.93*	.95*
Ítem 6	1.00*	.90*	.98*
Ítem 7	.95*	.90*	.95*
Ítem 8	.98*	.98*	.98*
Ítem 9	.95*	.93*	.95*
Ítem 10	.95*	.90*	.95*
Ítem 11	.93*	1.00*	.93*
Ítem 12	.98*	.98*	.98*
Ítem 13	1.00*	.98*	1.00*
Ítem 14	1.00*	1.00*	1.00*

*Nota:* \*  $p < .05$ .

*Fuente:* Elaboración propia.

### 3.2. EVIDENCIAS DE VALIDEZ VINCULADAS CON LA ESTRUCTURA INTERNA A TRAVÉS DEL MÉTODO DE ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Es importante referir que se recurrió a este método para obtener evidencias de validez, debido a que hasta la actualidad no se han identificado evidencias empíricas de la estructura interna del test en el contexto peruano, además de buscar satisfacer ciertos aspectos a nivel psicométrico de los estudios previos realizados en otros países (Muntford et al., 2007; Puddington et al., 2017). Con base en ello, se realizó el análisis factorial exploratorio con los 14 ítems de la prueba.



En el caso de los ítems que evalúan la invalidación infantil proveniente de la madre, se identificó que la matriz de correlación era adecuada para realizar el AFE, obteniéndose un test de esfericidad de Bartlett ( $X^2_{(91)} = 1837.5$ ,  $p < .001$ ) y una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olsen ( $KMO = .88$ ) satisfactorios (Field, 2013). Debido a que los ítems son variables de carácter ordinal, utilizar una matriz de correlación policórica sería la mejor alternativa en comparación con los coeficientes de Pearson (Loehlin & Beaujen, 2017). Como método de extracción, se utilizó aquel denominado Unweighted Least Squares (ULS) (Jöreskog, 1977), puesto que ha tenido buenos resultados en procesos de análisis con variables de carácter ordinal y correlaciones policóricas, además de demostrar su efectividad en estudios de simulación (Fabrigar et al., 1999; Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). Para identificar el número de factores, se utilizó el análisis paralelo, pues es el más recomendado en comparación con otros métodos como el *scree test*, el cual es catalogado como una estrategia ambigua y que posibilita interpretaciones subjetivas (Brown, 2015; Costello & Osborne, 2005). A través del análisis paralelo se identificó una propuesta de dos factores, la cual explica el 64.21 % de la varianza única. Se utilizó el método de rotación oblicuo promin, identificado en la actualidad como la estrategia más adecuada en diversos estudios de simulación (Mair, 2018). En la tabla 2 se estipulan las cargas factoriales de los ítems categorizados en función de la dimensión. Debido a que los ítems 2 y 9 obtuvieron cargas factoriales significativas, a saber, mayores a .40 (Hair et al., 2014), en ambas dimensiones se optó por que estos fueran eliminados.

Se procedió a realizar un segundo análisis factorial con las mismas condiciones previamente establecidas y se obtuvieron los siguientes resultados en lo que se refiere al test de esfericidad de Bartlett ( $X^2_{(66)} = 1565.9$ ,  $p < .001$ ) y adecuación muestral ( $KMO = .86$ ). Se utilizaron los mismos métodos de extracción (ULS) para la identificación del número de factores (análisis paralelo) y de rotación (promin). La propuesta bidimensional identificada explica el 66.40 % de la varianza única. En la tabla 3 se aprecia que tanto las cargas factoriales como los ítems encajan con la estructura interna del test en el contexto argentino, siendo estos factores denominados respuestas validantes (F1) e invalidantes (F2) de parte de la madre (Puddington et al., 2017).

**Tabla 2**

*Cargas factoriales de los ítems de ICES-versión madre del primer análisis factorial*

Ítems	F1	F2
1. Mi madre se enojaba si yo no estaba de acuerdo con ella.		.75
2. Cuando estaba ansioso/a o preocupado/a, mi madre se mostraba indiferente.	-.44	.41
3. Si estaba contento/a, mi madre era sarcástica y me decía cosas como, por ejemplo: «Y tú ¿de qué te ríes?».		.60
4. Si yo me sentía mal, mi madre decía cosas como: «Ya te voy a dar motivos para que llores de verdad».		.70
5. Mi madre me hacía sentir bien si le decía que no entendía algo difícil la primera vez.	.78	
6. Si yo estaba satisfecho/a porque me había ido bien en el colegio, mi mamá me decía cosas como: «Bueno, tampoco es para tanto».		.49
7. Si decía que no podía hacer algo, mi madre me respondía cosas como: «Lo estás haciendo a propósito».		.79
8. Mi mamá me entendía y ayudaba si no me salía algo en el primer intento.	.97	
9. Mi madre solía decirme cosas como: «Llorar no va a solucionar nada».	.46	.78
10. Si no lograba hacer algo, pese a mi esfuerzo, mi madre me decía que era un/a vago/a.		.59
11. Mi madre se enojaba mucho si tomaba decisiones sin consultarle primero.		.80
12. Cuando estaba muy triste, mi madre me preguntaba qué me pasaba para ayudarme.	.91	
13. Si no podía resolver un problema, mi madre me decía cosas como: «¡No seas tonto/a, cualquiera lo puede hacer!».		.73
14. Cuando hablaba de mis planes para el futuro, mi madre me escuchaba y me daba ánimo.	.85	

*Fuente:* Elaboración propia.

**Tabla 3**

*Cargas factoriales de los ítems de ICES-versión madre del segundo análisis factorial*

Ítems	F1	F2
1. Mi madre se enojaba si yo no estaba de acuerdo con ella.		.85
3. Si estaba contento/a, mi madre era sarcástica y me decía cosas como, por ejemplo: «Y tú ¿de qué te ríes?».		.67
4. Si yo me sentía mal, mi madre decía cosas como: «Ya te voy a dar motivos para que llores de verdad».		.71
5. Mi madre me hacía sentir bien si le decía que no entendía algo difícil la primera vez.	.77	
6. Si yo estaba satisfecho/a porque me había ido bien en el colegio, mi mamá me decía cosas como: «Bueno, tampoco es para tanto».		.58
7. Si decía que no podía hacer algo, mi madre me respondía cosas como: «Lo estás haciendo a propósito».		.84
8. Mi mamá me entendía y ayudaba si no me salía algo en el primer intento.	.99	
10. Si no lograba hacer algo, pese a mi esfuerzo, mi madre me decía que era un/a vago/a.		.62
11. Mi madre se enojaba mucho si tomaba decisiones sin consultarle primero.		.87
12. Cuando estaba muy triste, mi madre me preguntaba qué me pasaba para ayudarme.	.90	
13. Si no podía resolver un problema, mi madre me decía cosas como: «¡No seas tonto/a, cualquiera lo puede hacer!».		.78
14. Cuando hablaba de mis planes para el futuro, mi madre me escuchaba y me daba ánimo.	.84	

*Fuente:* Elaboración propia.

Para los ítems que evaluaron la invalidación infantil de parte del padre, se realizó el mismo proceso estadístico (método de extracción, método para identificar factores y método de rotación). Los indicadores para certificar la viabilidad de utilizar una matriz de correlación para el AFE fueron satisfactorios (test de esfericidad de Bartlett,  $X^2_{(91)} = 1921.0$ ,  $p < .001$ ; KMO = .87). El análisis paralelo identificó una propuesta de dos factores, la cual explica el 64.39 % de la varianza única. En la tabla 4

se aprecian las cargas factoriales de los ítems en función de la dimensión. Debido a que el ítem 9 obtuvo cargas factoriales significativas cruzadas (mayores a .40) y en ambas dimensiones (Hair et al., 2014), se optó por eliminarlo.

Se procedió a realizar un segundo análisis factorial con las mismas condiciones previamente establecidas y se obtuvieron los siguientes resultados en lo que se refiere al test de esfericidad de Bartlett ( $X^2_{(78)} = 1840.2$ ,  $p < .001$ ) y adecuación muestral (KMO = .88). Se utilizaron el mismo método de extracción (ULS), el método para identificar el número de factores (análisis paralelo) y el método de rotación (promin). La propuesta bidimensional identificada explica el 66.44 % de la varianza única. En la tabla 5 se observa que tanto las cargas factoriales como los ítems encajan con la estructura interna del test al compararse con la versión argentina. Estos factores podrían ser denominados respuestas validantes (F2) e invalidantes (F1) de parte del padre (Puddington et al., 2017).

**Tabla 4**

*Cargas factoriales de los ítems de ICES-versión padre del primer análisis factorial*

Ítems	F1	F2
1. Mi padre se enojaba si yo no estaba de acuerdo con él.	.72	
2. Cuando estaba ansioso/a o preocupado/a, mi padre se mostraba indiferente.	.47	
3. Si estaba contento/a, mi padre era sarcástico y me decía cosas como, por ejemplo: «Y tú ¿de qué te ríes?».	.78	
4. Si yo me sentía mal, mi padre decía cosas como: «Ya te voy a dar motivos para que llores de verdad».	.70	
5. Mi padre me hacía sentir bien si le decía que no entendía algo difícil la primera vez.		.71
6. Si yo estaba satisfecho/a porque me había ido bien en el colegio, mi papá me decía cosas como: «Bueno, tampoco es para tanto».	.57	
7. Si decía que no podía hacer algo, mi padre me respondía cosas como: «Lo estás haciendo a propósito».	.85	
8. Mi papá me entendía y ayudaba si no me salía algo en el primer intento.		.87

9. Mi padre solía decirme cosas como: «Llorar no va a solucionar nada».	.71	.44
10. Si no lograba hacer algo, pese a mi esfuerzo, mi padre me decía que era un/a vago/a.	.79	
11. Mi padre se enojaba mucho si tomaba decisiones sin consultarle primero.	.79	
12. Cuando estaba muy triste, mi padre me preguntaba qué me pasaba para ayudarme.		.75
13. Si no podía resolver un problema, mi padre me decía cosas como: «¡No seas tonto/a, cualquiera lo puede hacer!».	.74	
14. Cuando hablaba de mis planes para el futuro, mi padre me escuchaba y me daba ánimo.		.86

*Fuente:* Elaboración propia.

### Tabla 5

*Cargas factoriales de los ítems de ICES-versión padre del segundo análisis factorial*

Ítems	F1	F2
1. Mi padre se enojaba si yo no estaba de acuerdo con él.	.74	
2. Cuando estaba ansioso/a o preocupado/a, mi padre se mostraba indiferente.	.47	
3. Si estaba contento/a, mi padre era sarcástico y me decía cosas como, por ejemplo: «Y tú ¿de qué te ríes?».	.81	
4. Si yo me sentía mal, mi padre decía cosas como: «Ya te voy a dar motivos para que llores de verdad».	.74	
5. Mi padre me hacía sentir bien si le decía que no entendía algo difícil la primera vez.		.69
6. Si yo estaba satisfecho/a porque me había ido bien en el colegio, mi papá me decía cosas como: «Bueno, tampoco es para tanto».	.61	
7. Si decía que no podía hacer algo, mi padre me respondía cosas como: «Lo estás haciendo a propósito».	.92	
8. Mi papá me entendía y ayudaba si no me salía algo en el primer intento.		.85
10. Si no lograba hacer algo, pese a mi esfuerzo, mi padre me decía que era un/a vago/a.	.93	

11. Mi padre se enojaba mucho si tomaba decisiones sin consultarle primero.	.77
12. Cuando estaba muy triste, mi padre me preguntaba qué me pasaba para ayudarme.	.81
13. Si no podía resolver un problema, mi padre me decía cosas como: «¡No seas tonto/a, cualquiera lo puede hacer!».	.76
14. Cuando hablaba de mis planes para el futuro, mi padre me escuchaba y me daba ánimo.	.85

*Fuente:* Elaboración propia.

Al identificarse la propuesta factorial de la prueba ICES, se procedió a la obtención de los estadísticos descriptivos por dimensión (ver tabla 6).

**Tabla 6**

*Estadísticos descriptivos de las dimensiones de ICES*

Versión	Dimensiones	Media	Mediana	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
Madre	Respuestas validantes	14.38	15.00	4.00	-.45	-.60	4	20
	Respuestas invalidantes	15.20	13.00	6.43	1.36	1.56	8	37
Padre	Respuestas validantes	12.89	13.00	4.36	-.16	-.96	4	20
	Respuestas invalidantes	16.46	14.00	7.11	1.23	1.23	9	42

*Fuente:* Elaboración propia.

### 3.3. EVIDENCIAS DE VALIDEZ VINCULADAS CON LA RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES

Posteriormente, se buscó reconocer si la distribución de todas las puntuaciones respetaba la ley de la normalidad poblacional. Para ello se utilizó la prueba de bondad/normalidad de Shapiro-Wilk (Field, 2013). Las respuestas validantes e invalidantes de ambos padres ( $p$ 's < .001) y las estrategias de regulación emocional ( $p$ 's < .05) no presentaban suficientes evidencias empíricas para que la distribución fuese normalmente a nivel

de población. Ante ello, se utilizaron pruebas no paramétricas para identificar el grado de relación entre las puntuaciones de ambas pruebas.

Se utilizó la prueba rho de Spearman para identificar el grado de asociación entre variables. Las respuestas validantes de ambos padres obtuvieron el mismo grado de asociación positiva ( $r_s = .20$ ,  $p < .01$ ) con la reevaluación cognitiva, mientras que las respuestas invalidantes de la madre se asociaron de manera directa en mayor grado con la supresión emocional ( $r_s = .27$ ,  $p < .001$ ) en comparación con las respuestas invalidantes del padre ( $r_s = .15$ ,  $p < .05$ ). Por último, la reevaluación cognitiva presentó una correlación negativa con las respuestas invalidantes provenientes del padre ( $r_s = -.15$ ,  $p < .05$ ).

**Tabla 7**

*Relaciones entre variables de estudio*

Versión	Dimensión	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional
Madre	Respuestas validantes	.20**	-.13
	Respuestas invalidantes	-.13	.27***
Padre	Respuestas validantes	.20**	-.06
	Respuestas invalidantes	-.15*	.15*

*Nota:* \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

*Fuente:* Elaboración propia.

### 3.4. EVIDENCIAS DE CONFIABILIDAD

Para identificar el grado de consistencia interna de las puntuaciones derivadas del ICES se utilizó el coeficiente Omega. Si bien en versiones anteriores (Mountford et al., 2007; Puddington et al., 2017) se ha utilizado el coeficiente Alfa de Cronbach para estimar esta evidencia de confiabilidad, en la actualidad, presenta muchas críticas, principalmente por la gran cantidad de supuestos a cumplirse para que pueda ser utilizado correctamente (McNeish, 2018). Se ha identificado que el Alfa

de Cronbach funciona mejor en pruebas que tengan una estructura unidimensional; además, al basarse en correlaciones de Pearson para la obtención de sus covarianzas, las variables deberían ser de carácter continuo y basadas en una distribución normal, lo cual no cumplen los ítems de un test, al ser variables ordinales. Finalmente, se requiere de la tau-equivalencia, es decir, que las cargas factoriales de los ítems sean prácticamente iguales, lo cual es muy poco común en el desarrollo de instrumentos psicométricos (McNeish, 2018).

Ante ello, se decidió utilizar otro método de consistencia interna denominado Omega. Tanto las dimensiones de la versión que evalúa las respuestas validantes ( $\omega = .86$ ) e invalidantes ( $\omega = .87$ ) de la madre como las del padre (respuestas validantes [ $\omega = .85$ ] e invalidantes [ $\omega = .87$ ]) demostraron coeficientes altamente significativos según los estándares actuales para la investigación (Kline, 2020).

### 3.5. BAREMOS

Se procedió a la elaboración de baremos percentilares. Estos son herramientas fundamentales dentro del análisis psicométrico, sobre todo cuando son utilizadas en espacios de evaluación (Valero, 2013).

**Tabla 8**

*Baremos percentiles de dimensiones de ICES*

Pc	Madre		Padre	
	Respuestas validantes	Respuestas invalidantes	Respuestas validantes	Respuestas invalidantes
1	4	--	--	--
2	--	--	4	--
3	6	--	--	--
4	--	--	--	--
5	7	8	5	--
10	9	--	7	9
15	10	9	--	--
20	11	10	8	10
25	--	11	9	--



30	12	--	10	11
35	--	--	11	12
40	13	12	--	13
45	14	--	12	--
50	15	13	13	14
55	--	14	14	15
60	16	15	--	16
65	--	--	15	18
70	17	16	--	19
75	--	18	16	20
80	18	20	17	21
85	19	21	18	25
90	--	25	19	27
95	--	31	--	30
96	--	32	--	31
97	--	33	--	35
98	--	34	--	36
99	20	36	20	42

*Fuente:* Elaboración propia.

### 3.6. DIFERENCIAS DE GÉNERO

Se realizaron comparaciones de las variables de estudio en función del género. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas validantes ( $U = 4159.00$ ,  $p = .68$ ) ni invalidantes ( $U = 6234.00$ ,  $p = .80$ ) de parte de la madre, ni en los procesos básicos de regulación emocional denominados reevaluación cognitiva ( $U = 4273.00$ ,  $p = .91$ ) y supresión emocional ( $U = 4083.50$ ,  $p = .54$ ). En el caso de la versión de la prueba que evalúa las interacciones con el padre, no se identificaron diferencias ni en el componente de respuestas validantes ( $U = 3952.00$ ,  $p = .34$ ) ni en las respuestas invalidantes ( $U = 3688.50$ ,  $p = .10$ ).

**Tabla 9***Diferencias de género entre las variables de estudio*

Versión	Dimensiones	U	Z
Madre	Respuestas validantes	4159.00	-.413
	Respuestas invalidantes	6234.00	-.257
Padre	Respuestas validantes	3952.00	-.958
	Respuestas invalidantes	3688.50	-1.654
Regulación emocional	Reevaluación cognitiva	4273.00	-.112
	Supresión emocional	4083.50	-.611

*Nota:* \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

*Fuente:* Elaboración propia.

## 4. DISCUSIÓN

La invalidación emocional es una variable sumamente importante, sobre todo por el gran impacto que ha tenido en las personas que buscan ayuda psicológica y manifiestan una diversidad de problemáticas y trastornos mentales (Linehan, 1993). Durante las últimas décadas, los contextos invalidantes tanto del historial del aprendizaje como de la vida actual del sujeto han sido considerados como variables fundamentales para la comprensión de las conductas manifestadas altamente complejas, además de considerarse como elementos de base para la posterior propuesta de estrategias de intervención. Entre ellas destacan la validación, la compasión y la aceptación del malestar inherente frente a un ambiente altamente aversivo (Boggiano & Gagliesi, 2020).

Al ser un constructo importante de evaluar, se consideró como objetivo principal obtener las propiedades psicométricas de la Escala de Ambiente Invalidante Infantil (ICES) en adultos peruanos provenientes de una crianza biparental. ICES es un test que ha sido adaptado y

utilizado en países latinoamericanos (Puddington et al., 2017) y europeos (Mountford et al., 2007). A su vez, en la coyuntura peruana, difícilmente se realizan procesos de adaptación y validación de instrumentos psicométricos, especialmente en espacios clínicos y de salud, los cuales requieren herramientas que posean las bases psicométricas necesarias para cumplir con sus objetivos de medición (Espinoza et al., 2020). Al existir una gran prevalencia de trastornos mentales en la población adulta peruana, entre ellos los trastornos de personalidad (Nieto-Preciado et al., 2017; Zegarra-Valdivia et al., 2016), se requieren con mayor prioridad instrumentos que evalúen factores contextuales y ambientales, entre ellos la crianza y la relación parental, tal como lo hace ICES.

En primer lugar, se evaluó la representatividad, la claridad y la utilidad de los ítems a través de la revisión por el criterio de jueces expertos. Se escogieron a diez profesionales psicólogos que realizaban actividades laborales dentro del ámbito clínico (terapias contextuales) y de la investigación. Si bien los ítems presentaron coeficientes *V* de Aiken estadísticamente significativos en todos los criterios evaluados ( $V > .80$ ,  $p < .05$ ) (Davis, 1992), se realizaron pequeñas modificaciones a nivel de palabras y frases en función de las observaciones de los jueces y estas fueron adaptadas a la terminología local.

La estructura interna de la prueba fue identificada a través de la aplicación del análisis factorial exploratorio. Se optó por este método, debido a que, si bien investigaciones anteriores certifican la estructura bidimensional de la prueba, ello no ha sido comprobado en el Perú. Basándonos en la definición de validez, esta consiste en la obtención de interpretaciones e inferencias en función de los resultados provenientes de una muestra específica. Es decir, solo se pueden derivar interpretaciones considerando exclusivamente las características del grupo normativo. Por ello, no se podría concluir que la prueba ICES en la coyuntura peruana vaya a presentar la misma estructura factorial que en otros contextos (Meneses et al., 2013). De otro lado, otros investigadores refieren que el AFE es una estrategia óptima para la identificación de la estructura interna de un test, ya que realmente permite identificar cómo se comportan las variables (ítems), sin tener en cuenta propuestas previamente establecidas (Marsh et al., 2014).

En referencia al análisis de la estructura interna del test, se implementaron estrategias para el análisis psicométrico del instrumento en comparación con la versión previa argentina (AERA et al., 2014; Puddington et al., 2017). En primer lugar, el *scree test* como estrategia para identificar el número de factores ha demostrado varias limitaciones, entre ellas la obtención de resultados ambiguos y la derivación de interpretaciones que podrían ser consideradas subjetivas (Brown, 2015). En cambio, para el presente estudio se utilizó el análisis paralelo, el cual ha demostrado gran efectividad en determinar el número de factores latentes en estudios de simulación (Finch & French, 2015). Por otro lado, se consideró el *promin* como método de rotación oblicua, pues tiene como supuesto de base la existencia de relación entre factores, en comparación con los métodos ortogonales (Brown, 2015). Además, *promin* ha funcionado mejor en estudios de simulación, por lo que es el método más recomendado en la actualidad (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). Como resultado del AFE, ambas versiones de la prueba ICES presentaron una estructura interna latente de dos factores. Debido a que ciertos ítems tuvieron cargas cruzadas, es decir, presentaron cargas factoriales significativas (mayores a .40) en ambas dimensiones, se optó por eliminarlos, ya que no permitían la evaluación representativa del factor (Costello & Osborne, 2005). Se concluyó que ambas versiones finales de la prueba ICES (madre y padre) estarían compuestas de una estructura subyacente de dos factores, denominados respuestas validantes y respuestas invalidantes provenientes de cada progenitor.

Diversas evidencias de validez convergente y divergente fueron identificadas entre las variables de invalidación emocional durante las etapas infanto-juveniles y estrategias de regulación emocional. En primer lugar, la reevaluación cognitiva es considerada como un factor protector y se encuentra altamente asociada a variables como el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida (Jazaieri et al., 2017). A nivel teórico, contextos que son denominados validantes promueven conductas vinculadas con la activación conductual y la resolución de problemas, dos conceptos también asociados con estrategias de regulación emocional adaptativas, entre ellas la reevaluación cognitiva (Boggiano & Gagliesi, 2020). De otro lado, la supresión emocional consiste en los intentos de eliminar o evitar el malestar emocional frente a experiencias aversivas (Gross & John,

2003). Ello se relacionaría significativamente y de manera directa con contextos que sean poco agradables, incluyéndose a aquellos espacios de la infancia y la juventud donde se ha expresado poco soporte emocional y afectivo (Schreiber & Veilleux, 2022).

Se obtuvieron evidencias de confiabilidad a través del coeficiente de consistencia interna Omega. Este coeficiente presenta una serie de ventajas en comparación con el Alfa de Cronbach, al considerarse que, para su uso, se requiere el cumplimiento de un conjunto de supuestos teóricos poco accesibles para los estudios en Psicología. Entre ellos, cabe destacar la tau-equivalencia (cargas factoriales iguales de los ítems en un mismo factor), la unidimensionalidad del test y la distribución normal de puntuaciones de variables continuas, siendo los ítems de un test de carácter discreto (McNeish, 2018). Se obtuvieron coeficientes de consistencia interna Omega mayores a .70, que es lo ideal para contextos investigativos (Kline, 2020).

En referencia a las diferencias de género, estas no se identificaron entre las variables de invalidación emocional y regulación emocional. Ello va acorde con los resultados de diversas investigaciones (Cardona et al., 2022). Las experiencias de invalidación emocional repercuten en todas las personas que las hayan vivido, sin considerar factores de género u otros componentes sociodemográficos. Es decir, estos elementos personales no tendrían un impacto para generar diferencias en la manifestación emocional como consecuencia de contextos invalidantes (Morrison et al., 2021).

Este estudio presenta una serie de limitaciones importantes de mencionar. En primer lugar, se ha realizado una investigación preliminar con una muestra relativamente pequeña en comparación con otros estudios psicométricos, además de utilizar un muestreo de tipo no probabilístico y por conveniencia, lo cual no permitiría la generalización de resultados. Tampoco se ha considerado la obtención de otras propiedades psicométricas, entre ellas la imparcialidad de la prueba, a través del análisis de invarianza factorial en función de alguna variable específica (por ejemplo, género y condición de ser muestra clínica/no clínica). Finalmente, se podrían haber utilizado otras herramientas de medición para así poder realizar propuestas de investigación aplicada, y no solo considerar el análisis psicométrico de un instrumento.

A pesar de estas limitaciones, este estudio presenta ciertos aspectos de relevancia y justificación como investigación. Es el primer trabajo psicométrico dentro del contexto peruano en el cual se adapta y valida una herramienta cuyo objetivo es medir el constructo de invalidación en etapas infanto-juveniles. Por otro lado, se han desarrollado procedimientos psicométricos que cumplen con los estándares actuales para el desarrollo y la adaptación de pruebas psicológicas (AERA et al., 2014; ITC, 2017). Se puede concluir que este trabajo es una primera propuesta para el desarrollo de futuras investigaciones en las cuales se considere la medición de la invalidación.

## REFERENCIAS

- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45(1), 131-142. <https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. AERA Publications.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Bedoya, C. (2021). *Adicción a las redes sociales y autoestima en adolescentes* [Trabajo de suficiencia profesional para optar el título profesional de licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/13803>
- Bermúdez, S. (2019). *Experiencia de trabajo en el Departamento de Psicología de un proyecto social* [Trabajo de suficiencia profesional para optar el título profesional de licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. <http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/8689>
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctico conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Tres Olas Ediciones.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis applied research*. The Guilford Press.

- Camino, M. C. (2021). *Funcionamiento familiar y desarrollo de la bulimia y anorexia nerviosa en mujeres jóvenes y adolescentes* [Trabajo de suficiencia profesional para optar el título profesional de licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/13147>
- Cardona, N., Madigan, R., & Sauer-Zavala, S. (2022). How minority stress becomes traumatic invalidation: An emotion-focused conceptualization of minority stress in sexual and gender minority people. *Clinical Psychology: Science and Practice, 29*(2), 185-195. <https://doi.org/10.1037/cps0000054>
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 10*(7), 1-9.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Clinical Methods, 5*(4), 194-197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- Drago, V. (2020). *Reducción de conductas que atentan contra la vida en adolescentes con la terapia dialéctico conductual* [Trabajo de suficiencia profesional para optar el título profesional de licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/12116>
- Elzy, M., & Karver, M. (2018). Behaviour vs. perception: An investigation into the components of emotional invalidation. *Personality and Mental Health, 12*(1), 59-72. <https://doi.org/10.1002/pmh.1403>
- Espinoza, M. C., Burga, A., & Okumura, A. (2020). Estructura Factorial de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (ERVP): Propiedades psicométricas y diferencias en función a variables sociodemográficas en universitarios limeños. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 12*(2), 59-68. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v12.n2.26387>
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, R. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4*(3), 272-299. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>

- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1793.pdf>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. Sage Publications.
- Finch, W. H., & French, B. F. (2015). *Latent variable modeling with R*. Routledge.
- Gargurevich, R., & Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de autorregulación emocional adaptado para el Perú (ERQP). *Revista de Psicología*, 12, 192-215. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/628/614>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2014). *Multivariate data analysis*. Pearson Education.
- International Test Commission. (2017). *ITC guidelines for translating and adapting tests*. [https://www.intestcom.org/files/guideline\\_test\\_adaptation\\_2ed.pdf](https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf)
- Jazaieri, H., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Treating social anxiety disorder with CBT: Impact on emotion regulation and satisfaction with life. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 406-416. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9762-4>
- Jöreskog, K. (1977). Factor analysis by least-squares and maximum-likelihood methods. En K. Enslein, A. Ralston & H. Wilf (Eds.), *Statistical methods for digital computers* (pp. 125-153). John Wiley and Sons.
- Kline, R. B. (2020). *Becoming a behavioral science researcher. A guide to producing research that matters*. The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.



- Linehan, M. (2020). *Building a life worth living. A memoir*. Random House.
- Loehlin, J. C., & Beaujean, A. A. (2017). *Latent variable models: An introduction to factor, path and structural equation analysis*. Taylor & Francis.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2020). *Factor* (versión 10.10.03) [Software]. Universitat Rovira i Virgili. <http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/index.html>
- Mair, P. (2018). *Modern Psychometrics with R*. Springer International. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-93177-7>
- Marsh, H. W., Morin, A. J. S., Parker, P. D., & Kaur, G. (2014). Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 85-110. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700>
- McNeish, D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological Methods*, 23(3), 412-433. <https://doi.org/10.1037/met0000144>
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J., & Valero, S. (2013). *Psicometría*. Editorial UOC.
- Morrison, J., Elzy, M., & Jelsone-Swain, L. (2021). Sex differences in anger states after violent video game play and the relationship of empathy and emotional invalidation as pre-aggressive predictors in young adults. *Personality and Individual Differences*, 182, 111060. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111060>
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S., & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 48-58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.01.003>
- NEA BPD. (2012, 21 de noviembre). *Understanding validation in families-Alan E. Fruzzetti, PhD* [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=EDSIYTQX\\_dk](https://www.youtube.com/watch?v=EDSIYTQX_dk)

- Nieto-Preciado, D., Corona-Figueroa, B., Ortiz-Sánchez, D., Venegas-Peña, H., & Meda-Lara, R. (2017). Prevalencia de trastornos de la personalidad y su asociación con la recaída post-tratamiento en pacientes policonsumidores de sustancias en una unidad de tratamiento residencial. *Revista de Investigación en Psicología*, 20(1), 29-41. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i1.13521>
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Puddington, M., Duthu, F., & Gagliesi, P. (2017). Adaptación al español de la escala de ambiente invalidante infantil. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(3), 307-312. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1029>
- Puddington, M., Wright, E., & Gagliesi, P. (2020). Confirmatory factor analysis of the Invalidating Childhood Environment Scale in Spanish (ICES). *Universitas Psychologica*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.cfai>
- Schreiber, R. E., & Veilleux, J. C. (2022). Perceived invalidation of emotion uniquely predicts affective distress: Implications for the role of interpersonal factors in emotional experience. *Personality and Individual Differences*, 184, 111191. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111191>
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). Terapia dialéctica conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 35-49. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Valero, S. (2013). *Transformación e interpretación de las puntuaciones*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Zegarra-Valdivia, J., Cazorla Pérez, E., & Chino Vilca, B. (2016). Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental «Moisés Heresi» de Arequipa-Perú, entre los años 2011 y 2013. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(2), 98-107. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n2/a04v79n2.pdf>



Este artículo se encuentra disponible  
en acceso abierto bajo la licencia Creative  
Commons Attribution 4.0 International License

# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú

ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2.03

## LA TRÍADA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON LOS TEMORES DE LA POBLACIÓN DE LIMA EN CONDICIÓN DE CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE LA COVID-19<sup>1</sup>

**The anxiety, depression and somatization triad and its  
relationship with the fears of the population of Lima in  
condition of confinement due to  
the COVID-19 pandemic**

HUGO SÁNCHEZ CARLESSI  
Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: [hugo.sanchezc@urp.edu.pe](mailto:hugo.sanchezc@urp.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0002-3680-6271>

CARLOS REYES ROMERO  
Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: [creyes@urp.edu.pe](mailto:creyes@urp.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0001-7446-9467>

PATRICIA MATOS RAMÍREZ  
Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: [pmatatos@urp.edu.pe](mailto:pmatatos@urp.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0001-9624-5528>

---

1 En este artículo, Katherine La Torre Cayetano y Lucía Colonna Sotomayor participaron en calidad de colaboradoras.

## RESUMEN

El presente trabajo es un estudio de carácter descriptivo, correlacional y comparativo respecto de los indicadores de comportamiento desajustado ansiedad, depresión y somatización y su relación con los temores, presentados por una muestra de la población de Lima en condición de confinamiento por la pandemia de la COVID-19.

El estudio se realizó entre los meses de julio y agosto de 2020, con una muestra de 580 sujetos con residencia en Lima. Dadas las condiciones de confinamiento y pandemia, se realizó un muestreo no estratificado tipo bola de nieve a través de las redes sociales. El instrumento empleado fue el Inventario de Indicadores Comportamentales ante la COVID-19, al cual se le aisló las cuatro variables de estudio en la forma de cuatro escalas: ansiedad, depresión somatización y temores. Se encontraron niveles de comportamiento desajustados, se relacionó cada indicador del comportamiento desajustado con variables demográficas-personales y se estableció la correlación entre ansiedad, depresión, somatización y temores.

**Palabras clave:** ansiedad; depresión; somatización; temores; confinamiento; COVID-19.

## ABSTRACT

This study has a descriptive, correlational, and comparative nature regarding the indicators of maladjusted behavior anxiety, depression and somatization and their relationship with fears, presented by a sample of the population of Lima in condition of confinement due to the COVID-19 pandemic.

The study was carried out between July and August 2020, with a sample of 580 subjects residing in Lima. Given the confinement and pandemic conditions, a non-stratified snowball sampling was carried out through social networks. The instrument used was the Inventory of Behavioral Indicators during COVID-19. The four study variables were isolated from this instrument in the form of four scales: anxiety, depression, somatization, and fears. Maladjustment behavior levels were found, each indicator of maladjustment behavior was related to

demographic-personal variables and the correlation between anxiety, depression and somatization with fears was established.

**Keywords:** anxiety; depression; somatization; fears; lockdown; COVID-19.

Recibido: 07/06/2023 Aceptado: 13/06/2023

## 1. INTRODUCCIÓN

Ansiedad, depresión y somatización son tres indicadores del comportamiento desajustado que, para algunos autores (Coletas et al., 2014), constituyen una tríada, en el sentido de que, si bien son indicadores independientes, las manifestaciones de uno de ellos frecuentemente están asociadas con las manifestaciones de los otros indicadores. Estos tres indicadores comportamentales son los que más se presentan a la consulta en los institutos, los centros y consultorios de salud mental.

En el 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó un 10 % de adultos con trastornos mentales y de comportamiento en el mundo, porcentaje que representa la cifra de 450 millones de personas. La OMS también informó que la prevalencia de atención primaria de trastornos mentales y de comportamiento en catorce ciudades del mundo asciende a 24 personas por cada 100. En particular, en América Latina, uno de cada dos afectados por depresión, ansiedad y trastorno compulsivo y tres de cada cuatro discapacitados por alcoholismo no reciben atención alguna en los hospitales, centros de salud o atención ambulatoria (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

## 2. LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

En los últimos 20 años se ha observado que los problemas de salud mental en el Perú se han incrementado. Entre las décadas de 1980 y 1990 se advirtió el aumento de los casos de salud mental como consecuencia de los actos del terrorismo, sobre todo en las zonas en donde tuvo mayor presencia, es decir, en la sierra central y Lima (OPS, 2009).

En el 2012, en un estudio en las ciudades de Lima y el Callao, se encontró la prevalencia de trastornos mentales del 28.5 %, esto es, que más de uno por cada cuatro habitantes han padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida, siendo la incidencia en mujeres de una por cada tres (30.25 %) (Tapia, 2017).

Con respecto a investigaciones psicosociales en el contexto de la pandemia por el coronavirus (COVID-19), se han realizado estudios vinculados a la ansiedad, la depresión y los trastornos psicosomáticos. Oblitas y Sempertegui (2020), en una muestra de 67 adultos, identificaron que la ansiedad alcanzó al 43.3 % de participantes, de los cuales 20.9 % presentaron ansiedad leve; 13.4 %, moderada y 9.0 %, severa. Becerra y Becerra (2020), con una muestra de 386 adultos, encontraron un grado de ansiedad ante la muerte en promedio medio/alto; quienes obtuvieron los puntajes más altos en la escala fueron las mujeres, los viudos, las amas de casa y los profesores, alcanzando significación estadística. Los estudios sobre la depresión durante la pandemia por la COVID-19 también han revelado tendencias importantes.

### 3. LA SALUD MENTAL A NIVEL GLOBAL EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

Alrededor del orbe y particularmente en China proliferaron los estudios sobre la salud mental en el contexto de la pandemia. Estos trabajos han versado sobre la investigación de variables como la ideación suicida, la soledad, la resiliencia psicológica y la salud mental (la depresión, la ansiedad y los síntomas de somatización), el miedo, las implicaciones psicosociales de padecer algunos síntomas clínicos, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno del sueño.

Killgore et al. (2020) realizaron un estudio con 3120 adultos estadounidenses evaluados en los primeros tres meses de restricciones y, a pesar de la relajación de los bloqueos y las órdenes de refugio en el lugar durante ese tiempo, los puntajes de soledad aumentaron significativamente, sobre todo de abril a mayo de 2020, y parecen haberse estancado en junio. La soledad se correlacionó con la depresión y la ideación suicida en todos los momentos y fue más frecuente entre quienes

informaron que todavía estaban bajo restricciones comunitarias para aislarse socialmente debido al nuevo coronavirus.

Ran et al. (2020) examinaron la relación existente entre la resiliencia psicológica y la salud mental (depresión, ansiedad y síntomas de somatización) en la población de China. Los síntomas de 1770 ciudadanos fueron estudiados durante el punto máximo epidémico de la COVID-19 (23 de febrero al 2 de marzo de 2020). Respecto a la prevalencia de la depresión, la ansiedad y la somatización, se registró que los síntomas eran 47.1 %, 31.9 %, 45.9 %, respectivamente, entre todos los participantes. De ellos, el 18.2 % mostró síntomas de depresión de moderados a graves, el 8.8 % presentó síntomas de ansiedad de moderados a graves y el 16.6 % manifestó síntomas de somatización de moderados a graves. La resiliencia psicológica se correlacionó negativamente con la depresión, la ansiedad y la somatización.

Mertens et al. (2020) determinaron los predictores del miedo al coronavirus. En una encuesta en línea a 439 sujetos, tres días después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como pandemia (es decir, entre el 14 y el 17 de marzo de 2020), se identificaron 16 motivos diferentes de preocupación basados en las respuestas abiertas de los participantes, incluida la salud de sus seres queridos, la sobrecarga de los sistemas de atención médica y las consecuencias económicas.

Xiong et al. (2020), en un trabajo de recapitulación de la bibliografía existente que expone los efectos de la COVID-19 sobre los resultados psicológicos de la población general y sus factores de riesgo asociados, encontraron reportadas tasas relativamente elevadas de síntomas de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, angustia psicológica y estrés con diferentes porcentajes de incidencia.

Croll et al. (2020), en su estudio sobre las implicaciones psicosociales de la COVID-19, refieren que encuestaron a 130 personas, entre profesores (48 %) y empleados domésticos (60 %), quienes informaron que se les había incrementado el miedo (79 %), la ansiedad (83 %) y la depresión (38 %) durante la pandemia de la COVID-19. Estos resultados no fueron significativamente diferentes entre los grupos de docentes y el personal doméstico.

Tang et al. (2020) examinaron la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión en una muestra de 2485 participantes de 6 universidades en cuarentena domiciliaria para determinar los factores de riesgo de angustia psicológica. En los resultados se observó que la prevalencia de PTSD y depresión fue de 2.7 % y 9.0 % en cada caso. Subjetivamente, sentir miedo extremo fue el factor de riesgo más importante de angustia psicológica, seguido de cortos períodos de sueño, estar en su año de graduación (cuarto año) y vivir en áreas severamente afectadas.

Fu et al. (2020) hallaron, en 1242 residentes de Wuhan, que el 27.5 % sufría ansiedad; el 29.3 %, depresión; el 30.0 %, trastorno del sueño y el 29.8 % tenía una respuesta pasiva ante la COVID-19. Ser mujer fue el factor de riesgo de la ansiedad y el trastorno del sueño; estar casado se asoció con la ansiedad, entre otros hallazgos.

Lozano (2020) advirtió que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23.04 %, superior en las mujeres que en los hombres y superior entre las enfermeras que entre los médicos.

#### 4. LA TRÍADA PSICOSOMÁTICA

La tríada psicósomática la conforman los indicadores comportamentales desajustados de ansiedad, depresión y somatización.

a) La ansiedad es una manifestación del comportamiento desajustado

caracterizado por un sentimiento de opresión, tensión e inquietud permanente, en espera de estar a merced de una amenaza, de un susto o un sentimiento de daño inminente. [Tiene manifestaciones de] nerviosismo, inseguridad, fatigabilidad, inquietud, inestabilidad, intranquilidad, tensión general y opresión [con] sentimientos de preocupación, temor o susto y miedos irracionales. [Asimismo, se acompaña de] manifestaciones psicósomáticas tales como: sudoración, palpitaciones, agitación, temblor, insomnios, sueño irregular, intranquilidad, rubor fácil y tendencia a comerse las uñas (Sánchez et al., 2020a, p. 20).



b) La depresión es una manifestación de desequilibrio emocional

caracterizad[a] por un estado de disposición psíquica de humor triste y esencialmente sombrío[,] dificultad para pensar, con retardo psicomotor, angustia, agitación y trastornos somáticos diversos, sobre todo del sueño y del apetito. Sentimiento de soledad, con pérdida del interés y entusiasmo. [Tiene] manifestaciones de pena o tristeza y deseo[s] de llorar, abatimiento y desgano, con variaciones durante el día, pudiendo llegar a la tristeza profunda. Pesimismo, humor abatido y ensimismamiento en los problemas y preocupaciones y falta de voluntad para realizar algo. Trastornos somáticos ligados a la falta de energía y decaimiento (astenia psicomotora) (Sánchez et al., 2020a, p. 20).

c) La somatización es una

manifestación de desajuste orgánico [con] estados emocionales que se desplazan como síntomas orgánicos o somáticos [y] pueden [manifestarse] como reacciones temporales en forma de enfermedades gastrointestinales, pulmonares, cardiovasculares, dermatológicas, genito-urinarias, [entre] otras. [Surge una] preocupación exagerada respecto de la propia salud, con tendencia a imaginarse enfermedades o a adquirirlas realmente. Tendencia a presentar dolores musculares, de cabeza, en el corazón o en el pecho, o parte inferior de la espalda, manifestación de desórdenes gástricos, dis pépticos, espasmos, palpitaciones, latidos vasculares, problemas abdominales y estreñimiento, [además de] entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo, [así como] sensación de pesadez de brazos y piernas, de flojera o escasa energía. Episodios de sensación de ahogo o falta de aire, dificultad para respirar y sudoración (Sánchez et al., 2020a, p. 20).

d) El temor es un

comportamiento y una actitud de constante suspicacia y evasividad ante la presencia o [el] contacto con las personas. Tendencia a percibir el ambiente social como peligroso, asociado con ideas

de contagio, [de ahí que exista el] temor [de] relacionarse con los demás. Tendencia a dudar y desconfiar de los otros, recelo que puede llegar a la actitud paranoide y pensar que la gente quiere provocarle enfermedad (Sánchez et al., 2020a, p. 21).

En condiciones de pandemia, el temor en las personas se acrecienta más aún si se hace necesario el distanciamiento o aislamiento para evitar los contagios que pueden llevar a la persona a la muerte.

#### 4.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Lo anteriormente expuesto permite arribar a las siguientes interrogantes:

- a) ¿Cómo se presenta la tríada ansiedad, depresión y somatización, en cuanto manifestaciones del comportamiento psicosocial desajustado en condiciones de confinamiento por la COVID-19, en una muestra de la población de Lima?
- b) ¿Cuál es el nivel de correlación que tienen los indicadores de ansiedad, depresión y somatización entre sí como para ser considerados un factor común?
- c) ¿Qué relación hay entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización y los temores expresados en condiciones de confinamiento por la COVID-19 en una muestra de la población de Lima?
- d) ¿Los comportamientos desajustados de ansiedad, depresión y somatización varían en relación con variables demográficas personales?

#### 4.2. OBJETIVOS

Sobre la base de las interrogantes planteadas se propuso los siguientes objetivos:

- a) Determinar la presencia de indicadores de ansiedad, depresión y somatización en una muestra de la población de Lima.
- b) Establecer la correlación entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización que puedan estar integrados en un factor común.

- c) Establecer la relación entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización, y la variable temores ante la condición de confinamiento por la pandemia de la COVID-19.
- d) Comparar los indicadores de comportamiento psicosocial altamente desajustado en ansiedad, depresión y somatización en una muestra de la población de Lima, considerando las variables demográficas-personales de sexo, edad, nivel educativo, ocupación y conocimiento de familiares o amigos cercanos con COVID-19.

### 4.3. HIPÓTESIS

H1: Un porcentaje importante de la población de jóvenes y adultos del Lima presenta indicadores de comportamiento psicosocial desajustados en ansiedad, depresión y somatización, los cuales se hallan por encima de lo normalmente esperado.

H2: Existe correlación significativa y positiva entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización.

H3: Existe relación significativa y positiva entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización, y la variable temores.

H4: La presencia de indicadores de comportamiento psicosocial desajustado en ansiedad, depresión y somatización varía en función del sexo, la edad, el nivel educativo, la ocupación y el conocimiento de familiares o amigos cercanos con COVID-19.

### 4.4. MÉTODO

Investigación básica, cuantitativa y descriptivo-explicativa, orientada a la descripción y la explicación de tres indicadores del comportamiento psicosocial desajustado en la población del Perú. En la primera etapa se empleó el diseño descriptivo a fin de identificar los niveles de desajustes del comportamiento en las tres escalas de comportamiento psicosocial desajustado: ansiedad, depresión y somatización. En la segunda etapa se utilizó el diseño descriptivo correlacional para identificar la relación entre las variables ansiedad, depresión y somatización y entre estas con la variable temor. Finalmente, se empleó un diseño comparativo para lo cual se identificaron cinco variables demográficas-personales que se

asociaron a las variables comportamentales. Estas cinco variables fueron sexo, edad, nivel educativo, ocupación y conocimiento de algún familiar o amigo cercano con COVID-19.

#### 4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

La población objetiva la conformaron todas las personas mayores de 17 años residentes en Lima Metropolitana. La muestra fue obtenida de forma no probabilística, tipo bola de nieve y accidental por la modalidad virtual de recolección de la información. La muestra total fue de 580 sujetos, entre varones y mujeres, que estudian y trabajan en diferentes niveles ocupacionales.

La muestra definitiva fue de 580 individuos, después de haber pasado los filtros de una muestra inicial de 883 individuos a nivel nacional, considerando variables personales asociadas tales como sexo, edad, nivel educativo, ocupación y conocimiento de alguien cercano afectado con COVID-19. Los criterios de inclusión para seleccionar la muestra fueron sexo (masculino y femenino), edad (de 17 a 65 años), nivel educativo (secundaria y superior), ocupación (trabajador, estudiante o ama de casa) y conocimiento o no de familiares o amigos cercanos con COVID-19.

#### 4.6. INSTRUMENTO

Se utilizó un inventario conformado por 62 reactivos especialmente elaborados para recoger los indicadores de comportamiento psicosocial desajustados (INDACPS-COVID-19). Este inventario fue previamente validado a través de la opinión de jueces y recoge información de diez indicadores de comportamiento psicosocial con ocho reactivos cada uno.

#### 4.7. PROCEDIMIENTO

El Inventario de indicadores comportamentales ante el COVID-19 (Sánchez et al., 2020b) se diseñó en el formulario de encuesta de Google (Google Forms), cuya dirección electrónica se les remitió a los participantes, a saber: [https://docs.google.com/forms/d/1C\\_WRdcI fbUl\\_umGHw83UMUt17ThkquXJFu9HNidRRhw/viewform?fbclid=IwAR3PMMrcvz89mhVo6nQpINS-qRdX0PuzNVAqo6V2Nea5SyaLE0CGnJCz0Wg&edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/1C_WRdcI fbUl_umGHw83UMUt17ThkquXJFu9HNidRRhw/viewform?fbclid=IwAR3PMMrcvz89mhVo6nQpINS-qRdX0PuzNVAqo6V2Nea5SyaLE0CGnJCz0Wg&edit_requested=true)

El acceso a la muestra fue tipo bola de nieve y previo consentimiento informado de cada participante. El procedimiento de análisis de datos implicó el uso de estadísticos descriptivos para verificar el comportamiento de la muestra en cada variable. Para determinar la significatividad de las correlaciones se usó el estadístico Pearson.

## 4.8. RESULTADOS

### 4.8.1. Datos demográficos de la muestra

En la tabla 1 se presentan las frecuencias obtenidas y sus respectivos porcentajes considerando las cinco variables demográficas-personales. Respecto al sexo, la gran mayoría corresponde al sexo femenino (71.0 %); en relación con la edad, la mayoría se halla entre los 21-30 años (29.0 %), siguiéndoles los de 17-20 años (19.0 %). En cuanto a si tienen o han tenido un(a) familiar, amigo(a) o conocido(a) cercano(a) enfermo(a) con la COVID-19, una gran mayoría afirma que sí (69 %). Respecto a sus ocupaciones, la mayoría son profesionales (53.1 %) y les siguen los estudiantes (32.1 %). En cuanto a niveles de estudios, la gran mayoría (87.0 %) tiene estudios superiores.

**Tabla 1**

*Distribución de frecuencias según variables demográficas-personales*

Variable	Indicador	N	%
Sexo	Femenino	414	71.0
	Masculino	166	29.0
Edad	17-20	108	19.0
	21-30	173	30.0
	31-40	81	14.0
	41-50	70	12.0
	51-60	82	14.0
	61 o más	66	11.0
Conocidos con COVID-19	Sí	402	69.0
	No	178	31.0

<b>Ocupación</b>	Profesional dependiente	308	53.0
	Estudiante	186	32.0
	Empleado	56	10.0
	Ama de casa	30	5.0
<b>Nivel educativo</b>	Superior	504	87.0
	Secundaria	76	13.0

*Fuente:* Elaboración propia.

#### 4.8.2. Datos descriptivos de los indicadores comportamentales desajustados

En la tabla 2 se exponen los principales estadísticos descriptivos de los indicadores de ansiedad, depresión, somatización y temores. Se observa que el indicador temores presenta el mayor nivel y le siguen ansiedad y depresión, respectivamente. Los rangos obtenidos suponen una amplia distribución de las puntuaciones obtenidas.

Las figuras 1, 2, 3 y 4 representan la distribución de las frecuencias de los 4 indicadores comportamentales estudiados. Se observa que la distribución de las puntuaciones en los 4 casos tiende a seguir la curva normal de distribución, aunque no de manera perfecta.

**Tabla 2**

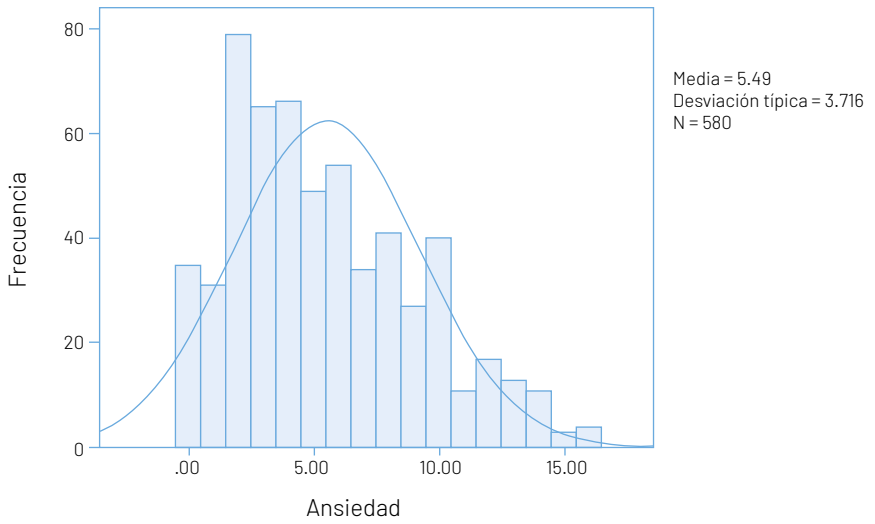
*Datos descriptivos de los indicadores ansiedad, depresión, somatización y temores en la muestra de Lima*

	<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>	<b>Somatización</b>	<b>Temores</b>
<b>Media</b>	5.49	5.59	4.78	6.34
<b>Mediana</b>	5.00	5.00	4.00	6.00
<b>Desviación típica</b>	3.72	3.40	3.45	3.92
<b>Rango</b>	16	15	16	16

*Fuente:* Elaboración propia.

**Figura 1**

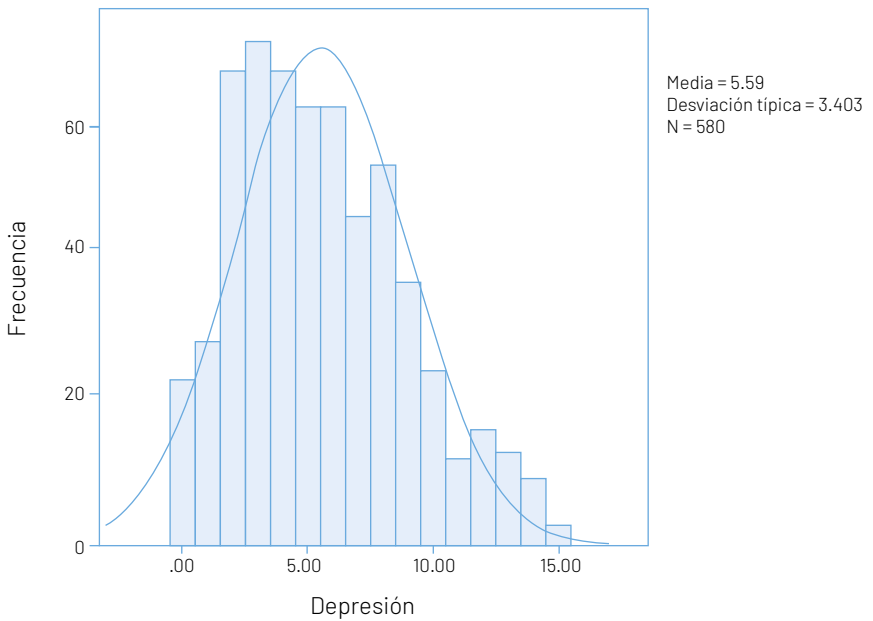
*Distribución de frecuencias del indicador ansiedad*



*Fuente:* Elaboración propia.

**Figura 2**

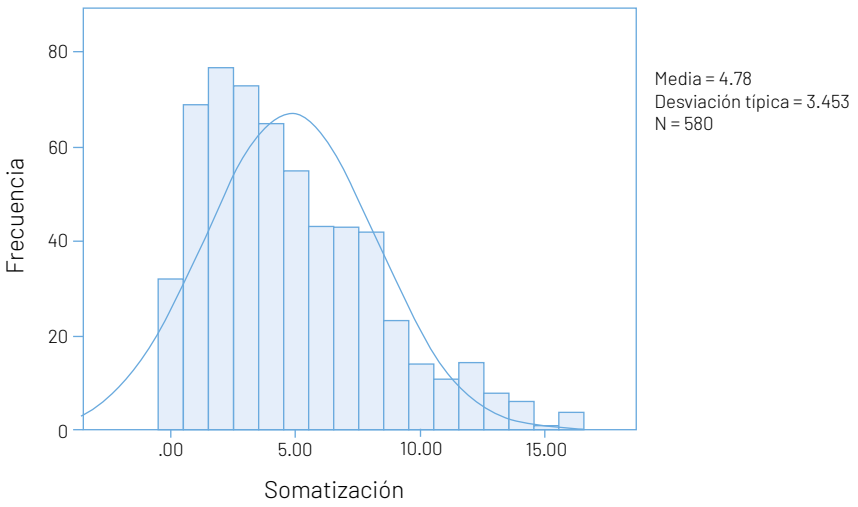
*Distribución de frecuencias del indicador depresión*



*Fuente:* Elaboración propia.

### Figura 3

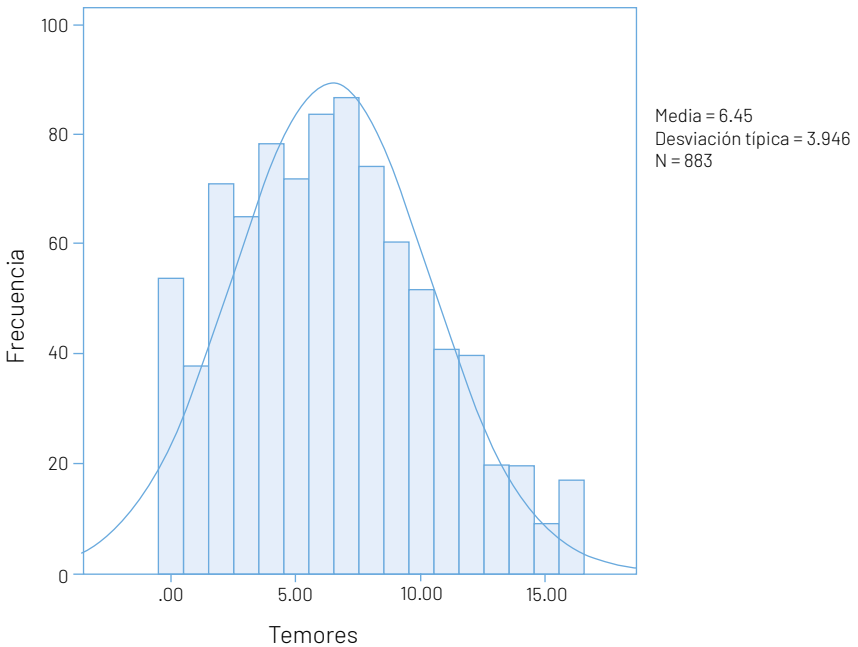
Distribución de frecuencias del indicador somatización



Fuente: Elaboración propia.

### Figura 4

Distribución de frecuencias de la variable temores



Fuente: Elaboración propia.



El baremo percentil obtenido con una muestra inicial de la población peruana, considerando un total de 883 sujetos, sirve de referencia para ubicar los datos logrados con la muestra de Lima en los indicadores ansiedad, depresión y somatización. Observamos que en los 3 indicadores comportamentales los puntajes promedios de Lima se ubican en el percentil 50 del baremo percentil con  $N = 883$ .

**Tabla 3**

*Baremos percentil (N = 883)*

Percentil	Ansiedad	Depresión	Somatización
95	12	12	12
90	10	10	9
85	10	9	8
80	9	8	8
<b>75</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>
70	7	7	7
65	7	7	6
60	6	6	5
55	6	6	5
<b>50</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
45	4	5	4
40	4	4	3
35	4	4	3
30	3	3	3
<b>25</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
20	2	3	2
15	2	2	1
10	1	2	1
5	0	1	0

*Fuente:* Elaboración propia.

En la tabla 4 encontramos la cantidad de sujetos de la muestra ubicados por encima del percentil 75 y que presentarían altos y muy altos desajustes del comportamiento en los indicadores de ansiedad, depresión y somatización. Específicamente, se observa que el 29 % de la muestra

presenta altos y muy altos niveles de ansiedad; el 28%, altos y muy altos niveles de depresión y el 29 %, altos y muy altos niveles de somatización.

**Tabla 4**

*Porcentaje de sujetos que se ubican en los niveles alto y muy alto en ansiedad, depresión y somatización (N = 580)*

	<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>	<b>Somatización</b>
<b>Sujetos de 75 a más</b>	167	165	166
<b>% sujetos con alto nivel</b>	29 %	28 %	29 %
<b>Media</b>	10.35	9.96	9.28
<b>Mediana</b>	10	9.00	8.00

*Fuente:* Elaboración propia.

#### 4.8.3. Correlaciones entre los indicadores de desajuste del comportamiento y temores

Como se observa en la tabla 5, se han identificado correlaciones altamente significativas entre ansiedad y depresión (0.69), ansiedad y somatización (0.85), y ansiedad y temores (0.55); asimismo, entre depresión y somatización (0.63), depresión y temores (0.40), y somatización y temores (0.67).

**Tabla 5**

*Correlaciones entre ansiedad, depresión, somatización y temores*

	<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>	<b>Somatización</b>
<b>Ansiedad</b>			
<b>Depresión</b>	.694**		
<b>Somatización</b>	.854**	.632**	
<b>Temores</b>	.550**	.403**	.667**

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

*Fuente:* Elaboración propia.

#### 4.8.4. Ansiedad, depresión, somatización y temores considerando variables demográficas

De acuerdo con la tabla 6, las mujeres manifiestan mayores niveles de ansiedad, depresión y somatización que los varones.

**Tabla 6**

*Variables ansiedad, depresión y somatización en relación con el sexo*

Indicadores	Estadístico	Masculino	Femenino
<b>Ansiedad</b>	Media	4.17	6.02
	Mediana	3.00	6.00
	Desviación	3.23	3.77
	Rango	16	16
<b>Depresión</b>	Media	5.04	5.81
	Mediana	4.00	5.50
	Desviación	3.39	3.38
	Rango	14	15
<b>Somatización</b>	Media	3.61	5.26
	Mediana	3.00	5.00
	Desviación	3.07	3.49
	Rango	16	16

*Fuente:* Elaboración propia.

Según la tabla 7, los sujetos de menor edad (17 a 40 años) muestran mayores niveles de ansiedad, depresión y somatización que los de mayor edad (41-a más años).

**Tabla 7**

*Variables ansiedad, depresión y somatización en relación con la edad*

	Estadístico	17-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 o más
<b>Ansiedad</b>	Media	6.40	6.19	5.55	4.26	4.58	4.51
	Mediana	6.00	6.00	6.00	3.00	4.00	4.00
	Desviación	4.03	3.69	3.52	3.45	3.07	3.78
	Rango	16	16	16	14	12	14

<b>Depresión</b>	Media	7.35	6.39	5.36	3.94	4.30	4.26
	Mediana	7.00	6.00	5.00	3.00	4.00	3.00
	Desviación	3.45	3.26	3.21	3.14	2.74	3.03
	Rango	15	14	15	13	12	15
<b>Somatización</b>	Media	4.92	5.04	5.27	4.19	4.30	4.53
	Mediana	4.00	5.00	5.00	3.50	4.00	4.00
	Desviación	3.81	3.42	3.59	3.64	2.47	3.53
	Rango	16	14	16	16	10	14

*Fuente:* Elaboración propia.

Según la tabla 8, los sujetos que solo cuentan con educación secundaria muestran mayores niveles de ansiedad, depresión y somatización que quienes tienen educación superior.

**Tabla 8**

*Variables ansiedad, depresión y somatización en relación con el nivel educativo*

<b>Indicador</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Secundaria</b>	<b>Superior</b>
<b>Ansiedad</b>	Media	6.64	5.31
	Mediana	6.00	5.00
	Desviación	4.22	3.61
	Rango	16	16
<b>Depresión</b>	Media	7.34	5.33
	Mediana	7.00	5.00
	Desviación	3.47	3.32
	Rango	14	15
<b>Somatización</b>	Media	5.56	4.66
	Mediana	5.00	4.00
	Desviación	4.03	3.34
	Rango	16	16

*Fuente:* Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados de la tabla 9, los profesionales manifiestan menores niveles de ansiedad, depresión y somatización que los no profesionales, los estudiantes y las amas de casa.

**Tabla 9**

*Variables ansiedad, depresión y somatización en relación con la ocupación*

		Profesionales dependientes	Estudiantes	Trabajadores no profesionales	Amas de casa
<b>Ansiedad</b>	Media	4.75	6.56	5.80	5.80
	Mediana	4	6.00	5.00	4.00
	Desviación	3.39	4.00	3.31	4.16
	Rango	16	16	12	14
<b>Depresión</b>	Media	4.66	7.22	5.27	5.60
	Mediana	4.00	7.00	5.00	5.00
	Desviación	3.18	3.56	2.94	3.01
	Rango	15	14	13	11
<b>Somatización</b>	Media	4.43	5.11	5.50	4.97
	Mediana	4.00	4.00	5.00	4.00
	Desviación	3.19	3.83	3.42	3.36
	Rango	16	16	16	12

*Fuente:* Elaboración propia.

La tabla 10 expone que quienes tienen familiares o amigos con COVID-19 manifiestan levemente mayores niveles de ansiedad que quienes no los tienen.

**Tabla 10**

*Variables ansiedad, depresión y somatización en personas que tienen o no familiares o amigos con COVID-19*

Indicador	Estadístico	Sí	No
<b>Ansiedad</b>	Media	5.50	5.46
	Mediana	5.00	4.00
	Desviación	3.70	3.75
	Rango	16	16

<b>Depresión</b>	Media	5.42	5.99
	Mediana	5.00	6.00
	Desviación	3.51	3.13
	Rango	15	14
<b>Somatización</b>	Media	4.81	4.72
	Mediana	4.00	4.00
	Desviación	3.52	3.31
	Rango	16	16

*Fuente:* Elaboración propia.

Según los resultados de la tabla 11, las mujeres experimentan más temores que los hombres y los de mayor edad manifiestan más temores que los de menor edad.

**Tabla 11**

*Variable temores en relación con el sexo y la edad*

		<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación</b>	<b>Rango</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	5.11	5.00	3.51	15
	Femenino	6.84	7.00	3.97	16
<b>Edad</b>	17-20	5.55	5.00	4.28	16
	21-30	5.90	6.00	3.64	14
	31-40	7.06	7.00	3.94	16
	41-50	6.10	6.00	3.83	15
	51-60	7.02	7.00	3.66	16
	61-o más	7.35	7.00	4.08	16

*Fuente:* Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 12, los del nivel educativo superior sienten más temores que los del nivel secundario. Por otro lado, los que tienen familiares y amigos con COVID-19 manifiestan más temores que quienes no los tienen.

**Tabla 12**

*Variable temores en relación con el nivel educativo, la ocupación y la presencia de la COVID-19 entre sus familiares y amigos*

		Media	Mediana	Desviación	Rango
<b>Nivel educativo</b>	Secundaria	6.15	6.00	4.36	16
	Superior	6.37	6.00	3.86	16
<b>Ocupación</b>	Profesionales	6.44	6.00	3.77	16
	Estudiantes	5.72	5.00	4.22	16
	Trabajadores no profesionales	6.93	7.00	3.38	13
	Amas de casa	8.13	8.00	3.89	15
<b>Familiares/amigos con COVID-19</b>	Sí	6.50	6.00	3.96	16
	No	5.99	6.00	3.83	16

*Fuente:* Elaboración propia.

Las tablas 13, 14 y 15 exponen las comparaciones realizadas según variables demográficas. La tabla 13 muestra que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad, depresión, somatización y temores que los varones. Comparando a las personas que han tenido a algún familiar o amigo con COVID-19, solo se encontraron diferencias en cuanto a la depresión (ver tabla 14); además, cuando se compararon las variables según nivel educativo, solo se observaron diferencias respecto a la ansiedad y la depresión (ver tabla 15).

**Tabla 13**

*Estadísticos de contraste según sexo*

	Ansiedad	Depresión	Somatización	Temores
<b>U de Mann-Whitney</b>	24 254.500	29 464.000	24 042.500	25 638.000
<b>W de Wilcoxon</b>	38 115.500	43 325.000	37 903.500	39 499.000
<b>Z</b>	-5.564	-2.697	-5.685	-4.797
<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>	.000	.007	.000	.000

*Fuente:* Elaboración propia.

**Tabla 14**

*Estadísticos de contraste según presencia de la COVID-19 entre sus familiares y amigos*

	<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>	<b>Somatización</b>	<b>Temores</b>
<b>U de Mann-Whitney</b>	35 239.000	31 472.500	35 627.000	32 794.000
<b>W de Wilcoxon</b>	51 170.000	112 475.500	51 558.000	48 725.000
<b>Z</b>	-.291	-2.323	-.082	-1.608
<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>	.771	.020	.935	.108

*Fuente:* Elaboración propia.

**Tabla 15**

*Estadísticos de contraste según nivel educativo*

	<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>	<b>Somatización</b>	<b>Temores</b>
<b>U de Mann-Whitney</b>	15 728.500	12 849.500	16 718.000	18 050.500
<b>W de Wilcoxon</b>	142 988.500	140 109.500	143 978.000	20 976.500
<b>Z</b>	-2.524	-4.648	-1.796	-.811
<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>	.012	.000	.072	.417

*Fuente:* Elaboración propia.

Considerando edad y nivel educativo, solo se encontraron diferencias significativas en las áreas de ansiedad, depresión y temores, pero no en somatización (ver tablas 16 y 17).

**Tabla 16**

*Estadísticos de contraste según edad*

	<b>Hipótesis nula</b>	<b>Test</b>	<b>Sig.</b>	<b>Decisión</b>
1	La distribución de ansiedad es la misma entre las categorías de edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.000	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de depresión es la misma entre las categorías de edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.000	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de somatización es la misma entre las categorías de edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.194	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de temores es la misma entre las categorías de edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.004	Rechazar la hipótesis nula.

*Fuente:* Elaboración propia.



**Tabla 17**

*Estadísticos de contraste según ocupación*

	<b>Hipótesis nula</b>	<b>Test</b>	<b>Sig.</b>	<b>Decisión</b>
1	La distribución de ansiedad es la misma entre las categorías de ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.000	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de depresión es la misma entre las categorías de ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.000	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de somatización es la misma entre las categorías de ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.096	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de temores es la misma entre las categorías de ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.002	Rechazar la hipótesis nula.

*Fuente:* Elaboración propia.

## 5. DISCUSIÓN

Tres de las cuatro hipótesis propuestas fueron confirmadas, pero no así la relativa a las variables demográficas. Se corroboró la hipótesis respecto a que un porcentaje importante de la población de jóvenes y adultos del Lima presenta indicadores significativos y altos de comportamiento psicosocial desajustados en ansiedad, depresión y somatización, que se hallan por encima de lo normalmente esperado, ya que un porcentaje significativo de la muestra presenta indicadores altos y muy altos de conducta psicosocial desajustada en los indicadores de ansiedad, depresión y somatización, que se hallan por encima de lo normalmente esperado. En cuanto a la ansiedad, un 29 % manifiesta desajuste en su comportamiento; respecto a la depresión, un 28 % y en cuanto a la somatización, un 29 % (ver tablas 2, 3 y 4). Aunque el porcentaje es un tanto más alto, estos resultados coinciden con estudios en los cuales se estimaba un 17 % y hasta un 20 % de la población (Sánchez et al., 2020a), pero también concuerdan con otros estudios internacionales. Estos indicadores fueron una respuesta natural frente a la incertidumbre que significaba contagiarse o perder la vida a causa de la COVID-19.

Las hipótesis que predecían la correlación significativa y positiva entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización y entre estos y la variable temores también se validaron (ver tabla 5). Las correlaciones por encima de 0.5 entre ansiedad, depresión y somatización indican la presencia de un solo factor que confirma la idea de la tríada. Los reactivos miden síntomas que se encuentran, de una forma u otra, en todos los indicadores. Síntomas de somatización parecen ser típicos tanto en ansiedad y depresión como en temores. Síntomas de temores pueden acompañarse con ansiedad y depresión.

La hipótesis relativa a que la presencia de indicadores de comportamiento psicosocial negativo o desajustado en ansiedad, depresión y somatización varía en función del sexo, la edad, el nivel educativo, la ocupación y la presencia de la COVID-19 en familiares y/o amigos cercanos se probó con algunas variables demográficas, pero no con otras. Considerando la variable sexo, se ha encontrado que las mujeres presentan mayores niveles de desajuste en ansiedad, depresión y somatización que los varones, siendo las diferencias estadísticamente significativas (ver tablas 6 y 13). Durante la pandemia, la carga doméstica-familiar, laboral y educativa con los hijos fue mayor para las mujeres que para los hombres y quizás ello explique estos resultados.

Con respecto a la edad, solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y depresión. Las muestras de menor edad tuvieron mayores niveles de desajuste en ansiedad, depresión y somatización que los de mayor edad (ver tablas 7 y 16). La experiencia en el manejo propio debido a la edad, al parecer, ha jugado un papel importante en estos resultados.

Por otro lado, considerando el nivel educativo, los del nivel secundario tienen mayores niveles de desajustes en ansiedad, depresión y somatización que quienes han cursado la educación superior, siendo las diferencias estadísticamente significativas (ver tablas 8 y 15). Respecto a la variable ocupación, los profesionales dependientes presentan menores niveles de desajustes que los estudiantes, las amas de casa y los trabajadores no dependientes. En ese sentido, la educación y la preparación ayudarían, en alguna medida, para que las personas no se vean tan impactadas y expresen estos indicadores. En los tres indicadores se han identificado

diferencias estadísticamente significativas según ocupación (ver tablas 9 y 17). Finalmente, no hubo diferencias significativas en conductas desajustadas de ansiedad, depresión y somatización, considerando si los encuestados tienen o no familiares y/o amigos cercanos con COVID-19. Solo en depresión se aprecian diferencias estadísticamente significativas (ver tablas 10 y 14). Es el primer indicador en expresarse frente al dolor y la experiencia de duelo por la pérdida de un ser querido, familiar o amigo.

Por último, se requieren estudios adicionales para profundizar los resultados, aparentemente contradictorios en los indicadores de ansiedad, depresión y temores. Las personas de menor edad experimentan más ansiedad y depresión que las mayores, pero presentan menos temores que las de mayor edad. Respecto a las diferencias en relación con el sexo, se mantiene la tendencia al comparar hombres con mujeres (ver tablas 7 y 11). Asimismo, los sujetos con educación superior puntúan ligeramente más alto en temores que los de educación secundaria, y en las amas de casa se observan puntajes altos. Además, se verifican puntajes más altos en los sujetos que declaran tener familiares, amigos o conocidos con COVID-19. Esta respuesta también parece natural frente a la incertidumbre o la probabilidad de contagiarse y padecer los síntomas asociados a la COVID-19.

## REFERENCIAS

- Becerra, B., & Becerra, D. (2020). Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3999>
- Coletas, J., Cañada, R., Abad, M. T., Martín, L., Julbe, E., & Aceña, R. (2014). *La tríada ansiedad-depresión-somatización. Dinámica y enfoque asistencial enfermero*. XXIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Oviedo, España. <http://www.aesme.org/wp-content/uploads/2014/06/primer-premio-comunicacion-oral-oviedo.pdf>
- Croll, L., Kurzweil, A., Hasanaj, L., Serrano, L., Balcer, L. J., & Galletta, S. L. (2020). The psychosocial implications of COVID-19

- for a neurology program in a pandemic epicenter. *Journal of The Neurological Sciences*, 416, 117034. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.117034>
- Fu, W., Wang, C., Zou, L., Guo, Y., Lu, Z., Yan, S., & Mao, J. (2020). Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational Psychiatry*, 10(225). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00913-3>
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Allbright, M. C., & Dailey, N. S. (2020). Trends in suicidal ideation over the first three months of COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research*, 293, 113390. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113390>
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Oblitas, A., & Sempertegui, N. (2020). Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú-2020. *Avances en Enfermería*, 38(1 supl), 10-20. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1supl.87589>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general

- population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 113261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Matos, P. (2020a). Comportamientos psicosociales desajustados como indicadores de salud mental de la población peruana en el contexto de la presencia del COVID-19. En H. Sánchez & K. Mejía (Eds.), *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el COVID-19* (pp. 13-40). Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3311>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Matos, P. (2020b). Inventario de indicadores comportamentales ante el COVID-19 [Formulario]. Universidad Ricardo Palma & Colegio de Psicólogos del Perú. [https://docs.google.com/forms/d/1C\\_WRdcIfbUI\\_umGHw83UMUt17ThkquXJFu9HNidRRhw/viewform?fbclid=IwAR3PMMrcvz89mhVo6nQpINS-qRdX0PuzNVAqo6V2Nea5SyaLE0CGnJCz0Wg&edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/1C_WRdcIfbUI_umGHw83UMUt17ThkquXJFu9HNidRRhw/viewform?fbclid=IwAR3PMMrcvz89mhVo6nQpINS-qRdX0PuzNVAqo6V2Nea5SyaLE0CGnJCz0Wg&edit_requested=true)
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., Chen, S., & Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009>
- Tapia, R. (2017). *La salud mental en el Perú, marco normativo y legislación comparada*. Área de Servicios de Investigación del Congreso de la República. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5\\_uidbd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud\\_mental\\_Per%C3%BA\\_legislaci%C3%B3n\\_Am%C3%A9rica\\_del\\_Sur.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uidbd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>





Este artículo se encuentra disponible  
en acceso abierto bajo la licencia Creative  
Commons Attribution 4.0 International License

# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú  
ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2.04

## LA CAPACIDAD EMPÁTICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DURANTE LA PANDEMIA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

### Empathic capacity among university students during the pandemic: an exploratory study

ANA MARÍA COSSÍO ALE DE PRECIADO  
Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: [ana.cossio@urp.edu.pe](mailto:ana.cossio@urp.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0002-7112-5340>

CARLOS LEONARDO GARCÍA SOLÍS  
Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: [carlos.garcias@urp.edu.pe](mailto:carlos.garcias@urp.edu.pe)  
<https://orcid.org/0009-0003-0178-7255>

NIKOS ENCARNACIÓN CHÁVEZ  
Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: [201721044@urp.edu.pe](mailto:201721044@urp.edu.pe)  
<https://orcid.org/0009-0002-1263-2462>

## RESUMEN

Es de gran importancia analizar el concepto de la empatía, debido a que se considera un constructo sustancial para comprender diversos aspectos del comportamiento humano. Nuestro objeto principal es investigar la capacidad empática y comparar los niveles de empatía afectiva y cognitiva en 63 jóvenes, cuya edad promedio es 17.8 años, de ambos sexos, que ingresaron a la universidad y se encontraban en la etapa adolescente

durante la pandemia de la COVID-19. Se utilizó la prueba de empatía desarrollada por Jolliffe y Farrington (2006). Este estudio se enmarca en un diseño descriptivo transversal con una muestra previamente seleccionada en su entorno natural. Se empleó el *software* estadístico SPSS, utilizando estadísticas descriptivas básicas, así como el análisis de la distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para las comparaciones. Los resultados revelaron que los participantes obtuvieron un nivel promedio o normal en relación con la empatía total, quedando en el centil 50. De modo concluyente, se observaron diferencias significativas entre los niveles de empatía afectiva (40) y empatía cognitiva (60). Se evidenció una disparidad notable en los niveles de empatía afectiva, donde los varones (60) obtuvieron puntajes considerablemente más altos que las mujeres (35), lo cual reveló que en los varones universitarios prevalece una elevada capacidad de empatía y tienden a percibir y experimentar buena calidad y receptividad humana.

**Palabras clave:** universitarios; empatía cognitiva; empatía afectiva; pandemia.

## ABSTRACT

It is of great importance to analyze the concept of empathy since it is considered a substantial construct to understand various aspects of human behavior. Our main objective is to investigate the empathic capacity and compare the levels of affective and cognitive empathy in 63 young people, whose average age is 17.8 years, of both genders, who entered the university and were in the adolescent stage, during the pandemic of COVID-19. The empathy test developed by Jolliffe and Farrington (2006) was used. This study is part of a cross-sectional descriptive design with a previously selected sample in its natural environment. The SPSS statistical software was used, using basic descriptive statistics, as well as the analysis of the normal distribution according to the Kolmogorov-Smirnov test and the non-parametric Mann-Whitney U test, for the comparisons. The results revealed that the participants obtained an average or normal level in relation to total empathy, remaining in the 50th percentile. Conclusively, significant differences were observed



between the levels of affective empathy (40) and cognitive empathy (60). A notable disparity was evidenced in the levels of affective empathy, where men (60) obtained considerably higher scores than women (35), which revealed that a high capacity for empathy prevails among male university students and they tend to perceive and experience good quality as well as human receptivity.

**Keywords:** university students; cognitive empathy; affective empathy; pandemic.

Recibido: 07/06/2023 Aceptado: 13/06/2023

## 1. INTRODUCCIÓN

La empatía se refiere a una respuesta emocional en consonancia con el estado emocional de otra persona, es decir, una respuesta similar o igual a lo que esa persona está experimentando o podría experimentar (Eisenberg et al., 1995).

La empatía afectiva alude a la capacidad de experimentar emociones compartidas con otra persona (sentir lo que la otra persona siente), lo cual implica una respuesta emocional, automática y visceral ante las emociones de los demás.

Por otro lado, la empatía cognitiva comprende la perspectiva de otra persona, es decir, entender sus emociones, pensamientos y creencias sin necesariamente experimentar las mismas emociones. Ello corresponde a un proceso más racional y cognitivo que ponerse en el lugar de otra persona y comprender su situación desde la perspectiva del otro. Ambos tipos de empatía son importantes para desarrollar una comprensión profunda y una conexión emocional con los demás (Eisenberg et al., 1995; Eisenberg, 2000).

## 2. PLANTEAMIENTO

En el primer trimestre de 2020, estuvimos inmersos en una experiencia distópica que afectó todos los aspectos de nuestra vida: la salud, la educación, el comercio, la economía, el turismo y el entretenimiento

en todas sus formas estuvieron gravemente perjudicados. La sociedad tuvo que adaptarse rápidamente a los planteamientos gubernamentales de ese momento, lo que implicó una reestructuración casi inmediata. La salubridad humana se vio afectada en múltiples aspectos. Las poblaciones quedaron atónitas cuando se decretó el inicio de la cuarentena debido a la pandemia de la COVID-19 declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este contexto, si bien la salud fue la protagonista, cabe resaltar que el aspecto psicosocial era preocupante, ya que las pandemias no solo involucran síntomas fisiológicos, sino también síntomas psicosociales (World Health Organization, 2020).

La realidad se volvió inestable y, después de ese momento crucial, nos enfrentamos a un gran reto que se acercaba: debíamos encontrar la manera de brindar conocimiento y enseñanza a los niños y los jóvenes. Este problema, sin duda, estaba lleno de titubeos y muchas vacilaciones por parte de aquellos que dirigían instituciones educativas en todos los niveles. Sin embargo, gradualmente se fue resolviendo a medida que los maestros asumieron el desafío sin presumir ni comprender completamente lo que tenían que hacer. El Ministerio de Educación planteó que la enseñanza se realizaría de manera remota o virtual, pues se debía respaldar y proteger el año que ya estaba en curso.

La transición de la educación presencial a la remota o híbrida generó reformas de aprendizaje y reestructuraciones organizativas sin precedentes (Lovón & Cisneros, 2020). Durante este momento distópico, dichos cambios afectaron a los estudiantes, quienes anhelaban compartir tiempo al aire libre y estar sentados en sus aulas universitarias; además, se enfrentaban a situaciones personales bastante difíciles que involucraban múltiples aspectos sociales, económicos y emocionales, todo lo cual alteró su manejo del estrés, la ansiedad y el control de sus impulsos (Casimiro et al., 2020).

Cabe señalar que los jóvenes participantes en este estudio eran universitarios de primer año que accedieron a la modalidad de enseñanza virtual sincrónica.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Esta indagación tiene un valor significativo, dado que nos permitió comprender el nivel de empatía que los adolescentes poseían durante este período de madurez y distinguir las diferencias según el género.

Como se ha apuntado, la empatía puede ayudar a las personas a comprender sus problemas desde varias perspectivas y, por tanto, a afrontar mejor la pandemia (Hu et al., 2021). Por ejemplo, la empatía puede amortiguar mejor los resultados adversos de la presión y promover el impacto demostrativo de la esperanza (Hu et al., 2021).

En el contexto de la educación a distancia, es de suma importancia fomentar interacciones positivas y acciones motivadoras, pues estas contribuyen al proceso de aprendizaje; además, posibilitan la toma de conciencia acerca de la pandemia de la COVID-19 (León, 2022).

Constantemente resulta fundamental comprender el origen de las palabras y los conceptos. En ese sentido, Fernández-Pinto et al. (2008, p. 284) proporcionaron referencias sobre el origen del término «empatía». En principio, mencionaron que la empatía se ha abordado desde una perspectiva cognitiva en contraposición a una perspectiva afectiva. Destacaron que este término se utilizó formalmente en el siglo XVIII, cuando el filósofo Robert Vischer (1847-1933) lo introdujo al alemán como *einfühlung*, que se traduciría como «sentirse dentro de». En 1909, Edward Titchener (1867-1927) lo tradujo al anglosajón *empathy*, acuñando el término empatía como ahora se conoce, basándose en la etimología griega *εμπάθεια*. Previamente, estudiosos como Leibniz (1646-1716) y Rousseau (1712-1778) plantearon la importancia de sentir lo que otro siente para alcanzar la nobleza ciudadana. Adam Smith (1723-1790) también abordó la capacidad humana de experimentar dolor ante el sufrimiento ajeno y enfatizó la relevancia de ponerse en el lugar del otro utilizando nuestra imaginación. Más adelante, el psicólogo Theodor Lipps (1851-1914) sostuvo que la empatía se produce a través de una imitación interna: uno proyecta su propia experiencia en la otra persona; mientras que para Wolfgang Köhler (1887-1967), la empatía implicaba comprender los sentimientos de los demás. Por su parte, Mead (1934) desarrolló aún más esta visión al afirmar que cuando una persona adopta el punto de vista de otro, entiende los afectos de este.

En esa línea, para Decety y Jackson (2004), la empatía es un concepto complejo que abarca tanto procesos sentimentales como intelectuales. Implica la capacidad de comprender y compartir los sentimientos y experiencias de otras personas, lo cual está estrechamente relacionado con la habilidad de escuchar y comunicarse. Aunque la empatía es una cualidad natural en los individuos, no todos poseen la misma capacidad para expresarla hacia los demás. Es una habilidad que se fortalece a través de la práctica constante; por lo tanto, es importante ejercitarla para promover relaciones personales armoniosas y agradables, como menciona Cossío (2023) en su reciente publicación acerca de las condiciones socioemocionales que se van formando en el desarrollo del ser humano.

Psicólogos y terapeutas consideran que la empatía es fundamental en las relaciones humanas, ya que sin ellas nuestra especie habría tenido pocas posibilidades de sobrevivir a los desafíos enfrentados durante el proceso de evolución (VanCleave, 2016).

#### 4. ANTECEDENTES

Muchas investigaciones han demostrado que si la regulación emocional no logra modular la emoción generada al empatizar, la persona tiende a centrarse en sí misma para controlar la angustia experimentada, lo que puede disminuir su comportamiento prosocial (Decety & Lamm, 2009; Eisenberg & Eggum, 2009). Entonces, cuando la regulación emocional logra modular la respuesta emocional, la persona cuenta con los recursos cognitivos y emocionales primordiales para centrarse en las necesidades de los demás y participar de manera prosocial (Zorza et al., 2013). Por lo tanto, comprender los procesos cognitivos y emocionales implicados en la empatía hacia otros fomenta el desarrollo moral y prosocial en los jóvenes.

En un trabajo anterior, Fernández-Pinto et al. (2008, pp. 290-291) señalaron que, aunque en los primeros estudios, como el de Block (1976), no se encontraron diferencias de géneros en los niveles de empatía, Hoffman (1977) descubrió que las mujeres tendían a puntuar más alto en empatía afectiva, pero no en empatía cognitiva, diferenciando estas dos dimensiones. También mencionaron que existe un estereotipo de

género, según el cual las mujeres son más empáticas, pues es lo que se espera de ellas, mientras que los hombres tienden a ser menos empáticos.

En el estudio realizado por Sánchez-Queija et al. (2006), titulado «Empatía y conducta prosocial en jóvenes de 13 y 19 años de escuelas públicas y privadas de España», se evaluó la relación entre la empatía y la conducta prosocial. Para ello se utilizaron varios instrumentos: la prueba desarrollada por Mehrabian y Epstein (1972) para evaluar la empatía; un cuestionario *ad hoc* con una fiabilidad  $\alpha = 0.67$ ; Spearman-Brown = 0.7 para examinar la prosocialidad; el FACES II (Family Adaptability and Cohesion Scale) de Olson, Portner y Lavee (1985) para evaluar las relaciones familiares y la Intimate Friendship Scale de Sharabany (1994) para analizar las relaciones de amigos íntimos. En los resultados, las mujeres presentaron niveles significativamente más altos de empatía y conducta prosocial en comparación con los hombres, excepto en el grupo de jóvenes de 12 a 14 años, donde se encontraron niveles similares en ambas variables. Al controlar las variables de edad y género, se observó una correlación favorable entre la empatía y la conducta prosocial,  $r_{xy}(497) = 0.282$ ,  $p < 0.001$ . Al analizar por separado las muestras de mujeres y hombres, se encontraron correlaciones de  $r_{xy}(285) = 0.252$ ,  $p < 0.001$  en la submuestra de mujeres, y  $r_{xy}(209) = 0.305$ ,  $p < 0.001$  en la submuestra de hombres. Se ha descubierto que existe una correlación positiva y significativa entre la empatía, el comportamiento prosocial y ciertos aspectos vinculares, como la intimidad con el más cercano. Este aspecto sugiere que los pares que crecen en entornos familiares adaptativos y cohesionados, caracterizados por afecto y control en su comportamiento, tienden a desarrollar una alta calidad empática de fondo.

De otro lado, Conde (2015) investigó la convergencia de dos medidas de empatía (situacional y disposicional) y las relaciones entre ellas y las conductas antisociales, teniendo en cuenta las diferencias de géneros. En cuanto a las conductas antisociales y la empatía disposicional, identificó que los hombres se involucran significativamente en un mayor número y con mayor intensidad en conductas contrarias a las normas y actos de violencia contra las personas. Sin embargo, se observó que los hombres con niveles medios a altos de empatía afectiva o cognitiva se

involucraron en menor intensidad con estas conductas poco asertivas. Esto sugiere la tendencia positiva de una disposición empática elevada en la predisposición a desempeños poco sociales.

Navarro et al. (2016) llevaron a cabo una investigación sobre las diferencias en empatía y el área disciplinaria en estudiantes universitarios de Chile. La muestra consistió en 680 estudiantes universitarios: 329 hombres y 351 damas. Los resultados revelaron que la empatía tiende a aumentar a medida que los jóvenes maduran emocionalmente y se desarrollan cognitivamente. Además, se encontró que los jóvenes empáticos suelen mostrar comportamientos prosociales y relaciones más satisfactorias con sus pares. Estos hallazgos destacan la necesidad de fomentar la empatía desde temprana edad para promover el bienestar social y emocional en los jóvenes.

En el mismo año, Rodríguez y Moreno (2016) evaluaron la interacción entre empatía, absolutismo social, conducta prosocial y penalización de faltas y delitos en Argentina. Los resultados demostraron que la empatía se asociaba positivamente con comportamientos prosociales, es decir, aquellos que buscan el beneficio de los demás. Asimismo, se encontró que el absolutismo social (la creencia en reglas morales absolutas) moderaba esta relación. Los individuos con altos niveles de empatía y bajos niveles de absolutismo social mostraban una mayor disposición a penalizar faltas y delitos. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar tanto la empatía como las creencias morales en la promoción de comportamientos prosociales y la aplicación de sanciones adecuadas.

Fernández y Zahavi (2020) argumentaron que la empatía cognitiva implica la habilidad de entender el estado mental de las personas y requiere el uso de procesos intelectuales éticos de nivel superior.

En Ecuador, León (2022) investigó la relevancia de la empatía en el desarrollo de la enseñanza, especialmente en el contexto de la educación remota que se implementó debido a la pandemia. En este nuevo modelo educativo, la empatía entre estudiantes y docentes fue crucial para garantizar una calidad en la educación. Su objetivo principal fue proponer, a partir de la empatía, estrategias motivadoras que permitan obtener elevados aprendizajes en las clases remotas. Los datos proporcionaron la base para el diseño de la propuesta planteada.

Asimismo, es interesante la tesis de Martínez (2022), quien correlacionó la empatía con el acoso escolar en adolescentes del Callao y encontró que cuando existe un nivel elevado de empatía afectiva y cognitiva, el nivel de acoso se reduce o tiene una presencia mínima. Cabe resaltar que la autora utilizó la misma prueba del presente artículo.

Por último, Usán et al. (2023) investigaron acerca de la empatía, la autoestima y la satisfacción con la vida en adolescentes, pues, durante la etapa escolar, las habilidades emocionales juegan un papel fundamental en la forma en que los alumnos afrontan los retos y las exigencias académicas, especialmente en la adolescencia, dado que en ella se configura la personalidad adulta. Durante esta etapa, los estudiantes pasan por diferentes estadios emocionales y motivacionales relacionados con el aprendizaje, que juegan un papel crucial en su desarrollo personal y académico. La investigación pretendió profundizar sobre la empatía, la autoestima y la satisfacción con la vida en un diseño descriptivo *ex post facto*.

Dicho estudio comprendió una población de 1117 adolescentes, entre varones (N = 603; 53.98 %) y mujeres (N = 514; 46.01 %), cuyas edades estaban comprendidas entre los 12 y los 18 años (M = 14.40; DT = 1.59). Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Empatía Básica (BES), la Escala de Autoestima (RSE) y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Se encontraron correlaciones significativas entre las variables empatía, autoestima y satisfacción con la vida, y diferencias significativas entre géneros. Los resultados demostraron que la autoestima tiene un rol mediador entre la empatía y la satisfacción con la vida. Por ende, se concluyó que la autoestima desempeña un papel crucial en los alumnos adolescentes, y se resaltó la importancia de fomentar comportamientos adaptativos escolares para el adecuado desempeño en el entorno de la escuela.

## 5. BASES TEÓRICAS

### 5.1. EMPATÍA Y SALUD MENTAL

Según Kelm et al. (2014), la empatía es un componente clave en la relación médico-paciente y se asocia con una mejor satisfacción del paciente, una deseable adherencia al tratamiento y mejores resultados de salud. Los

médicos y otros profesionales de la salud pueden desarrollar la empatía a través de la educación y la formación en habilidades de comunicación y la atención plena.

## 5.2. EMPATÍA COGNITIVA

Davis (1983) apuntó que la empatía cognitiva es la capacidad para entender y predecir los pensamientos y los sentimientos de otras personas sin compartir necesariamente la misma emoción o experiencia. Más precisamente, se trata de una habilidad mental que nos permite imaginar y comprender el punto de vista de los demás y responder de manera más efectiva a sus necesidades y sentimientos.

De modo similar, para Decety y Cowell (2014), este tipo de empatía se refiere a la capacidad de entender la perspectiva de los demás y comprender sus pensamientos y sentimientos. En otras palabras, es la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona y ver las cosas desde su óptica, lo que puede ayudar a mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales.

## 5.3. EMPATÍA AFECTIVA

La empatía afectiva se enfoca en sentir las emociones de los demás y compartir sus experiencias emocionales. En ese sentido, implica una respuesta emocional directa a las emociones de otra persona, lo que puede generar una mayor sensibilidad y preocupación por su bienestar emocional (Eisenberg & Eggum, 2009).

Asimismo, la empatía afectiva puede entenderse como la habilidad de experimentar y compartir las emociones de otro ser humano. Cuando una persona experimenta empatía afectiva, no solo entiende las emociones de otra persona, sino que también siente esas emociones de manera compartida. Esta forma de empatía puede ser importante para el bienestar emocional y las relaciones interpersonales positivas (Cuff et al., 2016).



## 6. HIPÓTESIS

H1: El nivel de empatía afectiva y cognitiva en los estudiantes universitarios se encuentra en un rango normal o promedio.

H2: Existe diferencia estadísticamente significativa entre la empatía afectiva de varones y damas que cursan estudios universitarios.

H3: Existe diferencia estadísticamente significativa entre la empatía cognitiva de varones y damas que cursan estudios universitarios.

## 7. METODOLOGÍA

La metodología aplicada en esta investigación fue de tipo descriptivo transversal, lo que significa que se recopiló información en un momento específico y se analizó en relación con una población y muestra previamente definida en su entorno natural.

La muestra utilizada en este estudio estuvo conformada por 63 estudiantes universitarios (16 varones y 47 damas) que cursaban la carrera de Psicología en una universidad privada de Lima Metropolitana. Las edades de estos estudiantes oscilaban entre los 16 y 21 años aproximadamente.

El tipo de muestreo fue no probabilístico e intencional. Esto significa que los sujetos seleccionados para participar en el estudio fueron elegidos de manera deliberada en un momento y lugar específico para la recolección de datos, de acuerdo con los criterios establecidos por el evaluador (Sánchez & Reyes, 2015).

## 8. INSTRUMENTO

Se empleó la Escala Básica de Empatía de Jolliffe y Farrington (2006), la cual está compuesta por 9 preguntas que los participantes respondieron en una escala tipo Likert de 5 opciones, que van desde «totalmente de acuerdo» hasta «totalmente en desacuerdo». Las preguntas presentaron dos dimensiones:

- a) Empatía cognitiva (E. C.): se refiere a la percepción y la comprensión de los sentimientos de los demás. Esta subescala constó de 5 ítems (4, 5, 7, 8 y 9) y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.63 (Alfa de Cronbach).
- b) Empatía afectiva (E. A.): representa la dimensión de la reacción emocional ante los sentimientos de otras personas. Esta subescala incluyó 4 preguntas (1, 2, 3 y 6) y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.73 (Alfa de Cronbach).

Interpretación: la puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem; las puntuaciones más altas indican un nivel más alto de empatía. Los autores han sugerido un rango de puntuación de 24 (centil 5) a 40 (centil 95). Con respecto a la empatía afectiva, se sumaron los ítems 1 + 2 + 3 + 6 y se obtuvieron los rangos 8 (centil 5) a 18 (centil 95); en cuanto a la empatía cognitiva, se sumaron los ítems 4 + 5 + 7 + 8 + 9 y se obtuvieron los rangos 14 (centil 5) a 24 (centil 95). A continuación, en la tabla 1 se exponen las puntuaciones:

**Tabla 1**

*Puntuaciones en los percentiles*

	Puntuaciones totales	Puntuación E. A.	Puntuación E. C.
<b>Percentil 10</b>	26	9	15
<b>Percentil 25</b>	29	10	17
<b>Percentil 50</b>	32	13	19
<b>Percentil 75</b>	35	15	20
<b>Percentil 90</b>	40	17	23

*Fuente:* Elaboración propia.

## 9. PROCEDIMIENTO

El proceso comenzó con las exposiciones informativas dirigidas a los estudiantes universitarios para explicarles el propósito del estudio y comprometerlos a colaborar. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes antes de llevar a cabo la administración de las pruebas.

La recolección de datos se realizó de manera grupal, ya sea en formato presencial o virtual, con una duración aproximada de 10 minutos.

Posteriormente, se utilizó el *software* estadístico SPSS (versión 25) para el análisis de los datos recopilados; se ingresaron los datos al programa, llevándose a cabo el análisis descriptivo básico.

Además, se realizó una verificación de la distribución normal de los datos utilizando el estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Para comparar las medianas de las dos muestras independientes (sexo) en relación con la variable empatía, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

## 10. RESULTADOS

A continuación, mediante tres tablas, se presentan los resultados del presente estudio.

**Tabla 2**

*Comparación de las medias generales de empatía afectiva (centil), empatía cognitiva (centil) y la empatía total (centil)*

	N	Media
<b>Empatía afectiva (centil)</b>	63	42.14
<b>Empatía cognitiva (centil)</b>	63	57.87
<b>Empatía total (centil)</b>	63	50.92
<b>N válido (por lista)</b>	63	

*Nota:* N = número.

*Fuente:* Elaboración propia.

Se observó que los participantes en el estudio (un total de 63) presentaron un nivel promedio o normal en términos de empatía total, situándose en el centil 50. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas entre los factores de empatía afectiva (centil 40) y empatía cognitiva (centil 60). Esto indica que los adolescentes evaluados pueden tener cierta dificultad en la comprensión y el reconocimiento de las emociones de los demás, en contraste con una mejor comprensión del contexto o la situación o en que se encuentran los otros.

**Tabla 3**

*Comparación de medias de la empatía afectiva (centil), empatía cognitiva (centil) y empatía total (centil) según el sexo*

Sexo		Empatía afectiva (centil)	Empatía cognitiva (centil)	Empatía total (centil)
<b>F</b>	Media	36.28	56.81	47.45
	Número	47	47	47
	Desviación	28.845	32.108	30.034
<b>M</b>	Media	59.38	60.94	61.12
	Número	16	16	16
	Desviación	29.319	28.297	26.862
<b>Total</b>	Media	42.14	57.86	50.92
	Número	63	63	63
	Desviación	31.170	31.014	29.662

*Fuente:* Elaboración propia.

Al realizar una comparación de medias según el sexo de los participantes, se observó que las mujeres obtuvieron un puntaje en el percentil 55 y 50 en las categorías de empatía cognitiva y empatía total, respectivamente. Por otro lado, los varones alcanzaron un puntaje en el percentil 60 en ambas categorías. Se evidenció una diferencia significativa en los niveles de empatía afectiva: los hombres obtuvieron un puntaje mucho mayor (60) en comparación con las mujeres (35). Estos resultados sugieren la existencia de una diferencia estadísticamente significativa en la empatía afectiva entre damas y varones universitarios.

**Tabla 4**

*La prueba no paramétrica utilizada U de Mann-Whitney*

	Empatía afectiva (centil)	Empatía total (centil)	Empatía cognitiva (centil)
<b>U de Mann-Whitney</b>	206.500	270.500	356.000
<b>W de Wilcoxon</b>	1334.500	1398.500	1484.000
<b>Z</b>	-2.701	-1.673	-.318
<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>	.007	.094	.751

*Nota:* Sig. = Significación.

*Fuente:* Elaboración propia.

En virtud de la comparación de centiles de posición, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para analizar las diferencias en los tres elementos de la empatía según el sexo. Los resultados mostrados en la anterior tabla revelan que solo hay una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) en la dimensión de empatía afectiva. Esto confirma los hallazgos de la investigación y respalda la hipótesis planteada anteriormente.

Se advierte que los varones que están iniciando su etapa universitaria muestran una mayor predisposición y capacidad para experimentar sensaciones y emociones en respuesta a los sentimientos de otros.

## 11. CONCLUSIÓN

Podemos concluir que, en esta investigación, se han registrado datos indiscutibles y diferenciados entre los sexos, mostrando una diferencia significativa en los niveles de empatía afectiva. Resulta sorprendente que los hombres hayan obtenido un puntaje mucho mayor (60) en comparación con las mujeres (35), lo cual desafía la creencia común de que estas son más sensibles debido a su predisposición fisiológica para la maternidad. Esto respalda la hipótesis planteada sobre una diferencia estadísticamente significativa en la empatía afectiva entre hombres y mujeres de pregrado.

Cabe resaltar que los jóvenes con altos niveles de empatía suelen tener un autoconcepto positivo y una mayor estabilidad emocional (Garaigordobil & García, 2006), lo cual puede influir positivamente en su adaptación social y la relación con sus pares. Por lo tanto, promover y desarrollar la empatía puede ser una estrategia efectiva para prevenir comportamientos indeseables en los jóvenes.

Se recomienda profundizar el desarrollo y la promoción de la empatía en este grupo a través de talleres y actividades planificadas de forma sistemática, ya que estos esfuerzos pueden contribuir a prevenir comportamientos negativos y fomentar habilidades interpersonales en los jóvenes.

Finalmente, se alienta a seguir estudiando este constructo porque la empatía es fundamental para comprender la conducta prosocial y está relacionada con las habilidades cognitivas y emocionales que favorecen el ajuste adaptativo del individuo.

## 12. RECOMENDACIONES

- a) Propiciar, desde las etapas más tempranas, la capacidad de comprender y reconocer las emociones de los demás, así como fomentar el diálogo y la empatía al hablar sobre las experiencias de los demás y cómo se sienten en diferentes situaciones.
- b) Practicar la escucha activa al interactuar con las personas, es decir, desarrollar la habilidad de escuchar con atención a los demás. Esto permitirá comprender las perspectivas de otros y responder de modo empático.
- c) Realizar clases con juegos de roles, propiciando el trabajo en equipo en las aulas universitarias. Esto les permitirá a los jóvenes desarrollar habilidades sociales y emocionales como la empatía, absolver dificultades y forjar un nexo social productivo entre sus pares.

## REFERENCIAS

- Casimiro, J. F., Benites, J. C., Sánchez, F. M., Flores, V. R., & Palma, F. (2020). Percepción de la conducta por aislamiento social obligatorio en jóvenes universitarios por COVID-19. *Revista Conrado*, 16(77), 74-80. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1569>
- Conde, E. (2015). *Empatía y conducta antisocial en adolescentes. Convergencia de dos medidas de empatía y su relación con la conducta antisocial* [Tesis doctoral, Universidad de Castilla-La Mancha].
- Cossío, A. (2023). *Condiciones socioemocionales en la etapa infantil: horizontes conceptuales*. Editorial de la Universidad Ricardo Palma.

- Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L. K., & Howat, D. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Decety, J., & Cowell, J. M. (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 337-339. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.04.008>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy versus Personal Distress: Recent evidence from social neuroscience. En J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 199-214). The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0016>
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665-697. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.665>
- Eisenberg, N., Carlo, G., Murphy, B., & Van Court, P. (1995). Prosocial development in late adolescence: A longitudinal study. *Child Development*, 66(4), 1179-1197. <https://doi.org/10.2307/1131806>
- Eisenberg, N., & Eggum, N. D. (2009). Empathic responding: Sympathy and personal distress. En J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 71-83). The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0007>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), 284-298. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42831>

- Fernández, A. V., & Zahavi, D. (2020). Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. *International Journal of Nursing Studies*, *110*, 103695. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103695>
- Garaigordobil, M., & García, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, *18*(2), 180-186. <https://www.psicothema.com/pdf/3195.pdf>
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, *29*(4), 589-611. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010>
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Medical Education*, *14*(219). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, *84*(4), 712-722. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.4.712>
- Hu, Y., Ye, B., & Im, H. (2021). Hope and post-stress growth during COVID-19 pandemic: The mediating role of perceived stress and the moderating role of empathy. *Personality and Individual Differences*, *178*, 110831. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110831>
- León, X. P. (2022). La empatía en la educación virtual: una propuesta de aprendizaje significativo. *Mentor. Revista de Investigación Educativa y Deportiva*, *1*(1), 55-65. <https://doi.org/10.56200/mried.v1i1.2167>
- Lovón, M. A., & Cisneros, S. A. (2020). Repercusiones de las clases virtuales en los estudiantes universitarios en el contexto de la cuarentena por COVID-19: el caso de la PUCP. *Propósitos y Representaciones*, *8*(SPE3), e588. <https://doi.org/10.20511/pyr2020.v8nspe3.588>
- Martínez, E. (2022). *Empatía y acoso escolar en estudiantes de secundaria de una institución educativa del Callao, 2022* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/106308>



- Navarro, S., Maluenda, J., & Varas, M. (2016). Diferencias en empatía según sexo y área disciplinar en estudiantes universitarios chilenos de la provincia de Concepción, Chile. *Educación*, 25(49), 63-82. <https://doi.org/10.18800/educacion.201602.004>
- Rodríguez, L., & Moreno, J. (2016). Posturas éticas y empatía, predictores de prosocialidad y de penalización de faltas y delitos. *Acción Psicológica*, 13(2), 43-56. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.17809>
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A., & Parra, Á. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 21(3), 259-271. <https://doi.org/10.1174/021347406778538230>
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Business Support Aneth.
- Usán, P., Salavera, C., Quílez, A., Lozano, R., & Latorre, C. (2023). Empathy, self-esteem and satisfaction with life in adolescent. *Children and Youth Services Review*, 144, 106755. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106755>
- VanCleave, D. S. (2016). Contributions of neuroscience to a new empathy epistemology: Implications for developmental training. *Advances in Social Work*, 17(2), 369-389. <https://doi.org/10.18060/21087>
- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
- Zorza, J. P., Marino, J., De Lemus, S., & Acosta, A. (2013). Academic performance and social competence of adolescents: Predictions based on effortful control and empathy. *Spanish Journal of Psychology*, 16, E87. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.87>

## ANEXO

### ESCALA DE EMPATÍA

Por Joliffe y Farrington (2006)

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Indica si las frases que figuran a continuación pueden servir para definir o no tu forma de ser, marcando con un círculo la opción elegida.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1.	Después de estar con un/a amigo/a que está triste, por algún motivo suelo sentirme triste.	1	2	3	4	5
2.	Los sentimientos de los demás me afectan con facilidad.	1	2	3	4	5
3.	Me pongo triste cuando veo gente llorando.	1	2	3	4	5
4.	Cuando alguien está deprimido, suelo comprender cómo se siente.	1	2	3	4	5
5.	Casi siempre me doy cuenta de cuando están asustados mis amigos.	1	2	3	4	5
6.	A menudo me entristece ver cosas tristes en la tele o el cine.	1	2	3	4	5
7.	A menudo puedo comprender cómo se sienten los demás, incluso antes de que me lo digan.	1	2	3	4	5
8.	Casi siempre puedo notar cuando están contentos los demás.	1	2	3	4	5
9.	Suelo darme cuenta rápidamente de cuando un/a amigo/a está enfadado/a.	1	2	3	4	5

- E. C.: 5 preguntas (9, 8, 7, 5 y 4). 0.63 (A. Cronbach).
- E. A.: 4 preguntas (6, 3, 2 y 1). 0.73 (A. Cronbach).



Este artículo se encuentra disponible en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License

# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú

ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2.05

## LA IMPORTANCIA DE LA CREATIVIDAD PARA LA SALUD MENTAL

### The importance of creativity for mental health

MÁXIMO LUI LAM CAMPOS  
Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: [maximo.luilam@urp.edu.pe](mailto:maximo.luilam@urp.edu.pe)  
<https://orcid.org/0009-0006-5150-8367>

### RESUMEN

La creatividad puede tener un impacto significativo en la salud mental de una persona al ofrecer una forma de expresión y liberación emocional, estimular la mente, alentar la resolución de problemas y brindar un sentido de logro y propósito. En este artículo se analiza la relación entre la creatividad y la salud mental, se revisa la evidencia científica que sustenta esta relación y se discuten las implicaciones para la práctica clínica y la promoción de la salud mental. Se concluye que la creatividad puede ser una herramienta valiosa para mejorar la salud mental y el bienestar en general.

**Palabras clave:** creatividad; capacidad; salud mental.

### ABSTRACT

Creativity can have a significant impact on a person's mental health by offering a form of emotional expression and release, stimulating the mind, encouraging problem solving and providing a sense of accomplishment

and purpose. This article analyzes the relationship between creativity and mental health; likewise, the scientific evidence that supports this relationship is reviewed and the implications for clinical practice and the promotion of mental health are discussed. It is concluded that creativity can be a valuable tool to improve mental health and well-being in a general way.

**Key words:** creativity; ability; mental health.

Recibido: 21/04/2023    Aceptado: 31/05/2023

## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la capacidad creativa ha sido objeto de estudio por diferentes disciplinas interrelacionadas (la psicología, la neurociencia y la psiquiatría) debido a su relación con la salud mental. De esta forma ha surgido un interés creciente en la relación entre la creatividad y la salud mental. En general, se ha argumentado que la actividad creativa puede tener un impacto positivo en la salud mental de las personas al proporcionar una forma de expresión y liberación emocional, estimular la mente, alentar la resolución de problemas y brindar un sentido de logro y propósito. En este artículo, se analiza la relación entre la creatividad y la salud mental, sus mecanismos biológicos y cómo la creatividad puede ser utilizada como una herramienta terapéutica. En ese sentido, el objetivo de este artículo es revisar la evidencia científica que sustenta esta relación y discutir sus implicaciones para la práctica clínica y la promoción de la salud mental.

## 2. DEFINICIONES DE CREATIVIDAD Y SALUD MENTAL

La creatividad es un concepto complejo y multifacético que ha sido definido de diversas maneras. Una definición comúnmente aceptada es la propuesta por Guilford (1950), quien señaló que la creatividad es la capacidad para producir ideas o productos que son novedosos, útiles y apropiados. Sin embargo, esta definición ha sido criticada por ser demasiado limitada y no tomar en cuenta la dimensión emocional de la creatividad.

Csikszentmihalyi (1997) planteó otra definición de la creatividad: se trata de un proceso de flujo que se produce cuando una persona está completamente inmersa en una tarea creativa y pierde la noción del tiempo y el espacio. Según este autor, la creatividad es una experiencia placentera que se produce cuando se alcanza un equilibrio entre el desafío de la tarea y las habilidades de la persona.

Desde una visión social valorativa, la creatividad ha sido entendida como la capacidad de producir ideas, objetos o acciones nuevas e innovadoras que son valiosas para la sociedad (Sternberg & Lubart, 1997). En el ámbito organizacional, la creatividad se ha definido como la capacidad de generar ideas y soluciones innovadoras (Amabile, 1983).

En general, esta capacidad se puede aplicar a cualquier ámbito de la vida, desde la ciencia y la tecnología hasta los negocios y la política. Cabe aclarar que la creatividad es una habilidad compleja que involucra procesos cognitivos y afectivos como la imaginación, la originalidad, la flexibilidad, la elaboración, la motivación, el interés y los afectos. Estudios recientes han comprobado que la creatividad también está estrechamente relacionada con la salud mental.

La salud mental se ha definido como «un estado de bienestar en el cual el individuo [es consciente de sus propias capacidades,] puede afrontar las tensiones [normales] de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y [es capaz de hacer una contribución] a su comunidad» (Organización Mundial de la Salud, 2022). La salud mental se refiere a la capacidad de una persona para manejar el estrés, resolver problemas y tomar decisiones, así como también a su capacidad para disfrutar la vida y relacionarse con los demás.

### 3. LOS MECANISMOS BIOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS DE LA CREATIVIDAD

La creatividad está mediada por diferentes mecanismos biológicos que se han investigado en los últimos años. Está vinculada con la actividad de diferentes áreas del cerebro, como la corteza prefrontal, la corteza temporal y la corteza parietal (Beaty et al., 2016). La corteza prefrontal se encarga de la toma de decisiones, la planificación y el pensamiento

abstracto, mientras que la corteza temporal está involucrada con la memoria y la imaginación, y la corteza parietal, con la percepción y el procesamiento de la información sensorial. Se afirma que, en los diestros, el hemisferio derecho tiene mayor actividad cuando se realiza una actividad creativa.

La creatividad también está relacionada con la dopamina, un neurotransmisor que juega un papel importante en la motivación, el aprendizaje y el placer. Un estudio ha demostrado que la dopamina ayuda en la generación de ideas creativas (Karabanov et al., 2010). En esa línea, según Takeuchi et al. (2012), la creatividad se asocia con una mayor conectividad entre la corteza prefrontal y la corteza temporal.

Además, la creatividad se vincula con la plasticidad neuronal, que es la capacidad del cerebro para cambiar y adaptarse. Algunas investigaciones refieren que la práctica de habilidades creativas, como la música, la escritura y la pintura, aumenta la plasticidad neuronal y optimiza la conectividad entre diferentes áreas del cerebro (Bengtsson et al., 2005; Koelsch et al., 2013).

#### **4. LA RELACIÓN ENTRE CREATIVIDAD Y SALUD MENTAL**

Últimamente, la creatividad ha sido estudiada como un indicador de la salud mental. Las investigaciones han demostrado que las personas creativas tienen una mejor salud mental que aquellas que no lo son (Carson et al., 2005; Jauk et al., 2013). La creatividad también ha sido asociada con una mayor resiliencia, la capacidad de recuperarse rápidamente de situaciones adversas (Feldman et al., 1994). Además, la creatividad ha sido identificada como una característica que nos protege contra el desarrollo de enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad (Richards et al., 1988).

#### **5. LA CREATIVIDAD COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA**

La creatividad también puede ser una herramienta importante en la terapia para mejorar la salud mental. La terapia creativa se ha empleado en diferentes contextos clínicos, como en la psicoterapia y la rehabilitación,

debido a que ayuda a las personas a expresar sus emociones y sentimientos de una manera no verbal, lo que es especialmente útil para quienes tienen dificultades para comunicarse verbalmente. La terapia creativa también puede ser utilizada para elevar la autoestima, la resiliencia y la capacidad de afrontamiento de las personas (Malchiodi, 2010).

Este tipo de terapia se apoya en diferentes técnicas, entre ellas, la pintura, la escultura, la música, la danza, la escritura y el teatro (Malchiodi, 2010). Por ejemplo, la música mejora el estado de ánimo y reduce el estrés. La escritura facilita que las personas procesen sus experiencias y emociones. La pintura y la escultura las ayuda a expresarse de una manera no verbal. La danza desarrolla la conciencia corporal y disminuye el estrés (Kaimal et al., 2016).

Asimismo, la terapia creativa puede utilizarse en la rehabilitación de quienes han sufrido una lesión cerebral o un accidente cerebrovascular, ya que posibilita la recuperación de la función motora, la memoria y la atención (Giovagnoli et al., 2014). También puede incluirse en la rehabilitación de personas con trastornos del espectro autista, dado que promueve la comunicación, la autoexpresión y la socialización (Gutstein & Sheely, 2002).

La literatura científica sugiere que la escritura creativa puede ser especialmente efectiva para reducir los síntomas de la depresión y la ansiedad. Por ejemplo, en un estudio realizado por Burton y King (2004), se encontró que la escritura creativa redujo los síntomas de ansiedad y depresión, además de mejorar la calidad de vida y la autoestima en un grupo de pacientes con enfermedades crónicas. Asimismo, Lepore y Smyth (2002) comprobaron que la escritura creativa mejoró el bienestar emocional y físico en pacientes con cáncer de mama.

De otro lado, Kaimal et al. (2017) plantearon que la creación artística aminora los niveles de cortisol, la hormona del estrés. Los participantes del estudio crearon arte durante 45 minutos, y se encontró que sus niveles de cortisol disminuyeron significativamente después de la actividad creativa. Esto sugiere que la creación artística es una forma efectiva de reducir el estrés y la ansiedad, pues permite que las personas expresen sus emociones y sentimientos de una manera no verbal. En otras palabras, la creación artística es una herramienta para comunicar sentimientos y

pensamientos complejos de una manera comprensible y significativa. Además, puede proporcionar una forma de catarsis emocional, lo cual es importante para quienes han experimentado traumas o han sufrido pérdidas significativas.

## 6. CONCLUSIONES

La creatividad y la salud mental están estrechamente relacionadas. La creatividad se ha asociado con una mejor salud mental, una mayor resiliencia y una menor incidencia de enfermedades mentales. La creatividad también puede ser utilizada como una herramienta terapéutica para mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas. La terapia creativa incluye diferentes técnicas, como la música, la escritura, la pintura y la danza. La terapia creativa puede emplearse en diferentes contextos clínicos, como la psicoterapia y la rehabilitación. La creatividad y la terapia creativa tienen un gran potencial para restablecer la salud mental y el bienestar de las personas.

La creatividad es un aspecto fundamental en la vida de las personas, especialmente en su estabilidad mental, pues tiene un impacto positivo en su salud mental al ofrecerles una forma de expresión y liberación emocional, estimular sus mentes, alentar su resolución de problemas y brindarles un sentido de logro y propósito. Dado que la expresión artística permite que las personas comuniquen sus emociones y sentimientos de una manera no verbal, sobre todo es útil para quienes tienen dificultades para hablar sobre sus emociones.

Según el psicólogo Mihaly Csikszentmihalyi (2003), la creatividad ofrece un «estado de flujo» en el que una persona se siente completamente inmersa en su trabajo creativo y pierde la noción del tiempo y el espacio. Este estado de flujo es una forma efectiva de reducir el estrés y la ansiedad, experimentando un estado de salud mental.

La creatividad también estimula la mente y posibilita la resolución de problemas. Cuando una persona está inmersa en un proyecto creativo, su mente está activa y enfocada, lo cual optimiza su memoria y concentración. La resolución de problemas creativos también es una manera de entrenar la mente para enfrentar desafíos en otros aspectos de la vida.



Por último, la creatividad brinda un sentido de logro y propósito. Cuando una persona crea algo que es valorado por los demás, experimenta una sensación de satisfacción y orgullo. Esto es especialmente importante para quienes luchan con la depresión o la falta de motivación, ya que la creatividad les proporciona un sentido de dirección y propósito.

Aunque la creatividad influye positivamente en la salud mental, también se debe tener en cuenta que no todas las formas de creatividad son iguales. En efecto, algunas pueden ser más efectivas que otras para mejorar la salud mental de una persona.

En conclusión, la creatividad puede tener un impacto significativo en la salud mental de una persona; depende de nosotros saber utilizarla para el beneficio de la sociedad o desaprovecharla.

## REFERENCIAS

- Amabile, T. M. (1983). The social psychology of creativity: A componential conceptualization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 357-376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.2.357>
- Beaty, R. E., Benedek, M., Silvia, P. J., & Schacter, D. L. (2016). Creative cognition and brain network dynamics. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(2), 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.10.004>
- Bengtsson, S. L., Nagy, Z., Skare, S., Forsman, L., Forssberg, H., & Ullén, F. (2005). Extensive piano practicing has regionally specific effects on white matter development. *Nature Neuroscience*, 8, 1148-1150. <https://doi.org/10.1038/nn1516>
- Burton, C. M., & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38(2), 150-163. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00058-8](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00058-8)
- Carson, S., Peterson, J., & Higgins, D. (2005). Reliability, validity, and factor structure of the creative achievement questionnaire. *Creativity Research Journal*, 17(1), 37-50. [https://doi.org/10.1207/s15326934crj1701\\_4](https://doi.org/10.1207/s15326934crj1701_4)

- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (2003). *Aprender a fluir*. Editorial Kairós.
- Feldman, D. H., Csikszentmihalyi, M., & Gardner, H. (1994). *Changing the world: A framework for the study of creativity*. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Giovagnoli, A. R., Oliveri, S., Schifano, L., & Raglio, A. (2014). Active music therapy improves cognition and behaviour in chronic vascular encephalopathy: A case report. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.11.001>
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5(9), 444-454. <http://dx.doi.org/10.1037/h0063487>
- Gutstein, S. E., & Sheely, R. K. (2002). *Relationship development intervention with young children: Social and emotional development activities for Asperger syndrome, autism, PDD, and NLD*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jauk, E., Benedek, M., Dunst, B., & Neubauer, A. C. (2013). The relationship between intelligence and creativity: New support for the threshold hypothesis by means of empirical breakpoint detection. *Intelligence*, 41(4), 212-221. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2013.03.003>
- Kaimal, G., Ray, K., & Muniz, J. (2016). Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Therapy*, 33(2), 74-80. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1166832>
- Kaimal, G., Ayaz, H., Herres, J., Dieterich-Hartwell, R., Makwana, B., Kaiser, D. H., & Nasser, J. A. (2017). Functional near-infrared spectroscopy assessment of reward perception based on visual self-expression: Coloring, doodling, and free drawing. *The Arts in Psychotherapy*, 55, 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.05.004>

- Karabanov, A., Cervenka, S., De Manzano, O., Forssberg, H., Farde, L., & Ullén, F. (2010). Dopamine D2 receptor density in the limbic striatum is related to implicit but not explicit movement sequence learning. *Proceedings of the National Academy Sciences*, *107*(16), 7574-7579. <https://doi.org/10.1073/pnas.0911805107>
- Koelsch, S., Skouras, S., & Jentschke, S. (2013). Neural correlates of emotional personality: A structural and functional magnetic resonance imaging study. *Plos One*, *8*(11), e77196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077196>
- Lepore, S. J., & Smyth, J. M. (Eds.) (2002). *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10451-000>
- Malchiodi, C. A. (2010). *The art therapy sourcebook*. McGraw-Hill Education.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>
- Richards, R., Kinney, D. K., Lunde, I., Benet, M., & Merzel, A. P. (1988). Creativity in manic-depressives, cyclothymes, their normal relatives, and control subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(3), 281-288. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.97.3.281>
- Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1997). *La creatividad en una cultura conformista. Un desafío a las masas*. Paidós.
- Takeuchi, H., Taki, Y., Hashizume, H., Sassa, Y., Nagase, T., Nouchi, R., & Kawashima, R. (2012). The association between resting functional connectivity and creativity. *Cerebral Cortex*, *22*(12), 2921-2929. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr371>





Este artículo se encuentra disponible  
en acceso abierto bajo la licencia Creative  
Commons Attribution 4.0 International License

# Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú

ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2.06

## LA ESCALA DE MENTIRAS O DE DESEABILIDAD SOCIAL COMO CRITERIO DE EXCLUSIÓN EN EL EMPLEO DE LOS INVENTARIOS DE COMPORTAMIENTO PSICOSOCIAL DESAJUSTADO<sup>1</sup>

### The scale of lies or social desirability as an exclusion criterion in the employment of the Unadjusted Psychosocial Behavior Inventories

HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI

Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: hugo.sanchezc@urp.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-3680-6271>

CARLOS ANTONIO REYES ROMERO

Universidad Ricardo Palma  
(Lima, Perú)

Contacto: creyes@urp.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0001-7446-9467>

## RESUMEN

Estudio de carácter psicométrico orientado a validar empíricamente una escala de mentiras o de deseabilidad social elaborada para el descarte de la muestra que puntuaba muy alto en dicha escala, que formaba parte del Inventario de Desajuste del Comportamiento Psicosocial (INDACPS-2020). El INDACPS-2020 fue elaborado en el año 2020

---

1 En este artículo, Andrés Núñez participó en calidad de colaborador.

y permite recoger información de 9 indicadores comportamentales de desajustes a los cuales se les adicionó la escala de mentiras.

La muestra total inicial fue de 1397 sujetos; los puntajes de la escala de mentiras fueron convertidos en puntajes percentiles, separándose dos grupos muestrales: los que tenían muy alta puntuación en la escala de mentiras y los que tenían media y baja puntuación. Las muestras definitivas quedaron conformadas por 888 personas en el grupo de sinceridad, y por 509 personas en el grupo de mentiras.

Se procedió a realizar la estadística descriptiva de cada grupo en cuanto a los 9 indicadores de comportamiento psicosocial desajustado y, luego, al estudio comparativo de los resultados de los dos grupos mediante procedimientos estadísticos no paramétricos y paramétricos.

Los resultados han permitido demostrar que hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de sinceridad y de mentiras, en cada una de las escalas, a excepción de la escala de temores. En todos los casos se observa que los mentirosos puntúan como menos desajustados y los honestos, como más desajustados en cuanto a los 9 indicadores.

**Palabras clave:** sinceridad; mentiras; deseabilidad social; Inventario de Desajuste del Comportamiento Psicosocial.

## ABSTRACT

Psychometric study aimed at empirically validating a scale of lies or social desirability, prepared to discard the sample that scored very high on that scale, which was part of the Inventory of Psychosocial Behavior Mismatch (INDACPS-2020). The INDACPS-2020 was prepared in 2020 and allows to collect information of 9 behavioral indicators of maladjustments, to which the lie scale was added.

The initial total sample contained 1397 subjects; the scores on the lie scale were converted into percentile scores, separating two sample groups: those with very high scores on the lie scale and those with medium and low scores. The final samples were made up of 888 individuals for the honesty group and 509 individuals for the group of lies.

The descriptive statistics of each group were carried out in terms of the 9 indicators of maladjusted psychosocial behavior and then the comparative study of the results of the two groups through non-parametric and parametric statistical procedures.

The results have allowed us to demonstrate that there are statistically significant differences between the sincerity and lies groups, in each of the scales, except for the fear scale. In all cases, it is observed that the liar subjects score as less maladjusted and the honest subjects score as more maladjusted in terms of the 9 indicators.

**Keywords:** sincerity; lies; social desirability; Inventory of Psychosocial Behavior Mismatch.

Recibido: 08/06/2023    Aceptado: 13/06/2023

## 1. INTRODUCCIÓN

El estudio de las mentiras o del comportamiento mentiroso ha sido objeto de preocupación de no pocos académicos. Ekman (2009) se centró en la identificación de microexpresiones y gestos sutiles que pueden revelar si alguien está mintiendo. Matsumoto (1991) abordó los aspectos culturales de la mentira y cómo se manifiestan en diferentes contextos sociales. Vrij (2008) investigó los indicadores verbales y no verbales de la mentira, y ha realizado numerosos estudios experimentales sobre el tema. Además, DePaulo (2010) estudió el engaño interpersonal y la frecuencia con la que las personas mienten en diversos contextos, así como los motivos y las consecuencias de la mentira.

Desde una perspectiva psicológica, se han propuesto varias teorías para explicar por qué las personas mienten. La teoría de la carga cognitiva sugiere que mentir requiere más esfuerzo cognitivo que decir la verdad y que la carga cognitiva adicional puede hacer que los mentirosos se comporten de manera diferente a quienes dicen la verdad. La carga cognitiva puede manifestarse en indicadores como pausas prolongadas, cambios en el ritmo del habla, dificultad para encontrar las palabras adecuadas, expresiones faciales tensas o inusuales, y gestos o movimientos corporales

incoherentes. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la carga cognitiva no es un indicador definitivo de mentira, ya que una persona sincera también puede experimentar sobrecarga cognitiva al decir la verdad (Blandón-Gitlin et al., 2017; Masip & Herrero, 2015a, 2015b).

En contraste, en vez de abordar la mentira como un evento mental o representaciones cognitivas que causan nuestros actos mentirosos, el enfoque interconductual se centra en la interacción del organismo con su ambiente. Así, este enfoque analiza las contingencias y las condiciones que llevan a una persona a mentir, así como las consecuencias que esto tiene en su desarrollo ontogenético y en sus interacciones sociales (Ortega, 2010). Un tercer enfoque es el de la teoría de la detección de mentiras, que sugiere que las personas pueden detectar mentiras al observar indicadores no verbales, como el tono de voz y las expresiones faciales (Castro et al., 2013).

Desde que aparecieron los inventarios y los cuestionarios para evaluar rasgos de personalidad, surgió la preocupación por el grado de confianza o sinceridad de las respuestas de los encuestados; para ello en estos inventarios se incorporaron las conocidas escalas de deseabilidad social, también llamadas escalas de mentiras.

Hay quienes plantean diferencias entre las escalas psicológicas para detectar mentiras y las escalas de deseabilidad social. Las primeras se enfocan en la conducta específica de mentir u ocultar información; mientras que las segundas, en la tendencia general a responder de forma socialmente aceptable. Además, las escalas para detectar mentiras suelen incorporar aspectos cognitivos y conductuales relacionados con la mentira; por su parte, las escalas de deseabilidad social suelen incluir solo aspectos actitudinales o comportamentales. Las escalas psicológicas para detectar mentiras son instrumentos que intentan medir la tendencia de una persona a ocultar información relevante o mentir en determinadas situaciones. Estas escalas se basan en variables actitudinales y de personalidad que se relacionan con la capacidad y la predisposición para mentir. Por ejemplo, el cuestionario ATRAMIC (Armas & García, 2009) evalúa la personalidad y la conducta de mentir a través de cuatro dimensiones: actitud hacia la mentira, tendencia a mentir, reconocimiento de la



mentira y sinceridad. Las escalas de deseabilidad social son instrumentos que tratan de medir la tendencia de una persona a responder de forma favorable o conveniente a los demás, independientemente de la veracidad de sus respuestas. Estas escalas se basan en ítems que reflejan actitudes o comportamientos socialmente deseables o indeseables que las personas con alta deseabilidad social tienden a aceptar o rechazar, respectivamente; por ejemplo, la escala de deseabilidad social de Crowne y Marlowe (1960).

Los psicólogos investigadores entienden la deseabilidad social como la tendencia de la persona a atribuirse cualidades de personalidad socialmente deseables y rechazar aquellas indeseables. Edwards (1957) describió la deseabilidad social como la medición de la tendencia a dar respuestas socialmente deseables de autodescripción. Otros investigadores que han tratado el tema de las mentiras o la deseabilidad social han sido Michaelis y Eysenck (1971), además de Eysenck y Eysenck (1970).

En opinión de algunos autores, es probable que, en condiciones normales y de participación voluntaria, es decir, sin ninguna presión o motivación de por medio, la deseabilidad social forme parte de un rasgo de personalidad que define a quien siempre gusta de aparecer de la forma más aceptable ante los demás, desde el punto de vista social (Eysenck & Eysenck, 1970); en otras palabras, la deseabilidad social se convierte en un rasgo estable o definido cuando se administra bajo condiciones neutrales y de baja motivación. Sin embargo, para fines de investigación y sobre todo de evaluación, puede servir como elemento de control para poder confiar en las respuestas dadas por la persona, por lo cual funciona como una escala de mentiras, ya que se parte de la hipótesis de que la persona que desea dar la mejor imagen de sí misma lo hará en las diversas situaciones en las que debe presentar un determinado comportamiento. Desde un punto de vista cuantitativo, es probable que quien puntúa alto en esta escala está tratando de dar la mejor imagen de sí mismo y, por lo tanto, está alterando o falseando sus respuestas, las cuales podrían dejar de ser confiables.

Son ya clásicas las escalas de mentiras que se presentan en el MMPI (Meehl & Hathaway, 1946), que comprende 15 declaraciones y según el cual, con determinadas respuestas, se considera que el sujeto está fingiendo. De igual modo se presentan en el Inventario EPI de H. J. Eysenck, cuya escala original de mentiras está conformada por 9 reactivos y se asume que en 5 respuestas o más el sujeto está mintiendo, por lo cual se debe desestimar dichas respuestas. El Inventario de Personalidad de California (CPI) es otro test de personalidad ampliamente utilizado; incluye la Escala de Desajuste (IM), que mide la tendencia del individuo a presentarse de manera favorable o desfavorable, lo cual puede indicar una posible deshonestidad en las respuestas. Igual función consigna el 16 Personality Factors (16PF), un test de personalidad que evalúa 16 rasgos de personalidad e incluye la Escala de Sinceridad (Q3), que mide la disposición del individuo a responder de manera honesta y sincera, permitiendo detectar posibles intentos de engaño o falta de cooperación (Weiner & Greene, 2017).

Para el presente trabajo partimos del supuesto de que la escala de deseabilidad social o mentiras es un factor de falseamiento de la respuesta cuando se aplica en condiciones de investigación o evaluación bajo presión, situaciones en las que la persona trata de mostrar lo mejor de sí misma.

## 2. OBJETIVOS

- a) Describir y comparar los resultados obtenidos en cada una de las escalas del inventario INDACPS-2020 por dos grupos muestrales, considerados como de sinceridad y mentiras.
- b) Demostrar que el grupo de mentiras tiende a dar respuestas o comportamientos menos desajustados que el grupo sincero en el inventario INDACPS-2020.

## 3. HIPÓTESIS

Los grupos de sinceridad y mentiras difieren en los resultados obtenidos en cada una de las escalas del inventario INDACPS-2020, es decir,

el grupo que tiene un puntaje alto o muy alto en la escala de mentiras presenta menor puntuación en los indicadores de desajuste del comportamiento psicosocial que los sujetos que puntúan bajo en dicha escala.

Las variables de estudio son mentiras-sinceridad; mientras que las variables de contrastación, los comportamientos desajustados de ansiedad, depresión, somatización, agresividad, desesperanza, incivismo, intolerancia, desajuste familiar y temores.

## 4. MÉTODO

### 4.1. DISEÑO

Se desarrolló una investigación descriptivo-comparativa. Se partió de la conformación de dos grupos muestrales diferenciados; después, se compararon sus resultados en cada escala del inventario INDACPS-2020 considerando los grupos muestrales de sinceridad y mentiras.

### 4.2. MUESTRA

La muestra inicial lograda con el tipo de muestreo accidental y bola nieve estuvo conformada por 1397 personas adultas de diferentes regiones del Perú, predominantemente mujeres de la costa y con residencia en Lima Metropolitana. Los participantes tenían diferentes edades, entre los 18 y los 65 años o más, mayoritariamente con estudios superiores, entre profesionales y estudiantes.

Las muestras de comparación se conformaron a partir de la subdivisión de la muestra inicial. Para tener una mayor proporcionalidad de la muestra de estudio se estimó que quienes obtuvieran puntajes superiores o iguales al percentil 75 serían considerados altamente mentirosos y quienes tuvieran puntajes menores al percentil 65 serían los sujetos más sinceros.

### 4.3. INSTRUMENTO

El instrumento específico para evaluar mentiras estuvo conformado por una escala con 8 ítems o reactivos, los cuales fueron incorporados al

Inventario de Desajuste del Comportamiento Psicosocial (INDACPS-2020), conformado por 9 escalas y 64 ítems en total.

El inventario INDACPS-2020 comprende las siguientes escalas: ansiedad, depresión, somatización, agresividad, desesperanza, incivismo, intolerancia, desajuste familiar y temores. Cada escala está conformada por 8 ítems y cada una cubre una puntuación que va de 0 a 16. Al inventario se le agregó la escala de mentiras.

#### 4.4. PROCEDIMIENTO

Los sujetos fueron invitados a participar en la investigación a través de los formularios de Google, pero previamente se les presentó el consentimiento informado y el cuestionario con las escalas. Los datos fueron procesados y presentados con la estadística descriptiva (media, mediana y medidas de variabilidad). Se determinó la normalidad de la muestra con el K-S y se utilizaron medidas no paramétricas para las comparaciones.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. DATOS GENERALES DE LA MUESTRA INICIAL (1397)

Tal como se observa en la tabla 1, la muestra inicial estuvo conformada mayormente por personas de la costa y, de manera mínima, de la sierra y la selva. Los mayores lugares de residencia corresponden a Lima (66 %), Arequipa (4.4 %) y San Martín (4.2 %). Los departamentos de Amazonas, Áncash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, Tacna, Tumbes y Ucayali tuvieron menos del 2 %.

La gran mayoría de participantes corresponde al sexo femenino (72.8 %), con edades entre los 21 y 50 años, y el nivel educativo predominante es la educación superior (89.6 %). Los porcentajes mayoritarios por ocupación corresponden a profesionales y estudiantes.

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos (n = 1397)*

<b>Lugar de residencia</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
Costa	1093	
Sierra	192	
Selva	112	
<b>Sexo</b>		
Femenino	1017	72.8
Masculino	380	
<b>Edad</b>		
17-20	177	12.7
21-30	399	28.6
31-40	260	18.6
41-50	222	15.9
51-60	196	14.0
61 a más	143	10.2
<b>Estudios</b>		
Secundaria	145	10.3
Superior	1252	89.6
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	82	5.9
Empleado	74	5.3
Estudiante	353	25.3
Profesional	798	57.1
Obrero/técnico eventual	90	6.5

*Nota:* Fr. = frecuencia.

*Fuente:* Elaboración propia.

Por otro lado, en la tabla 2 se observa que los mayores porcentajes se concentran entre los 8 y 14 puntos, la media es 10.31 y la mediana, 10.00.

**Tabla 2**

*Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la escala de mentiras*

	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
1.00	1	.1
2.00	11	.8
3.00	7	.5
4.00	19	1.4
5.00	29	2.1
6.00	52	3.7
7.00	82	5.9
<b>8.00</b>	<b>144</b>	<b>10.3</b>
9.00	170	12.2
10.00	197	14.1
11.00	176	12.6
12.00	195	14.0
13.00	116	8.3
<b>14.00</b>	<b>113</b>	<b>8.1</b>
15.00	60	4.3
16.00	25	1.8
<b>Total</b>	1397	100.0
<b>Media</b>	10.31	
<b>Mediana</b>	10.00	

*Nota:* Fr. = frecuencia.

*Fuente:* Elaboración propia.

La tabla 3 expone la distribución percentil de los puntajes de la escala de mentiras. Para el estudio se consideró que quienes habían obtenido percentil 60 o menos conformaban el grupo de sinceros (11 puntos a menos) y quienes habían obtenido percentil 75 a más conformaban el grupo de los mentirosos (12 puntos a más).

**Tabla 3**

*Distribución percentil de los datos obtenidos en la escala de mentiras*

<b>Puntaje</b>	<b>Percentil</b>
5	6.00
10	7.00
15	8.00
20	8.00
25	9.00
30	9.00
35	9.00
40	10.00
45	10.00
50	10.00
55	11.00
<b>60</b>	<b>11.00</b>
65	12.00
70	12.00
<b>75</b>	<b>12.00</b>
80	13.00
85	13.00
90	14.00
95	15.00

*Fuente:* Elaboración propia.

## 5.2. CARACTERÍSTICAS ESTADÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE SINCERIDAD Y MENTIRAS

La tabla 4 presenta el coeficiente de confiabilidad de la escala de mentiras mediante el Alfa de Cronbach en la muestra considerada como grupo de sinceros. Tal como se observa, el Alfa de 0.88 representa una alta confiabilidad del instrumento.

### 5.2.1. Grupo de sinceridad

**Tabla 4**

*Confiabilidad de la escala con el grupo de sinceros*

Alfa de Cronbach	n.º de ítems
.88	9

*Fuente:* Elaboración propia.

La tabla 5 expone los principales estadísticos descriptivos obtenidos con la muestra de sinceros en cada una de las 9 escalas del inventario INDACPS-2020. Los mayores puntajes medios corresponden a temores, ansiedad, depresión y desesperanza.

**Tabla 5**

*Estadística descriptiva de los indicadores del INDACPS-2020 obtenidos por el grupo de sinceros (n = 888)*

	Ansiedad	Depresión	Somatización	Agresividad	Desesperanza	Incivismo	Intolerancia	Desajuste	Temores
<b>Media</b>	<b>5.57</b>	<b>5.54</b>	4.92	3.28	<b>5.21</b>	4.53	3.50	3.61	<b>6.45</b>
<b>Mediana</b>	5.00	5.00	4.00	3.00	5.00	4.00	3.00	3.00	6.00
<b>D. S.</b>	3.60	3.30	3.41	2.91	3.24	1.92	2.35	3.23	3.94605
<b>Rango</b>	16.00	15.00	16.00	16.00	15.00	15.00	14.00	16.00	16.00
<b>Mínimo</b>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
<b>Máximo</b>	16.00	15.00	16.00	16.00	15.00	15.00	14.00	16.00	16.00

*Nota:* D. S.= desviación estándar.

*Fuente:* Elaboración propia.

La tabla 6 presenta el coeficiente de confiabilidad de la escala de mentiras mediante el Alfa de Cronbach en la muestra considerada como grupo de mentirosos. El Alfa de 0.89 representa una alta confiabilidad del instrumento.



## 5.2.2. Grupo de mentiras

**Tabla 6**

*Confiabilidad de la escala con el grupo de mentirosos*

Alfa de Cronbach	n.º de ítems
.89	9

*Fuente:* Elaboración propia.

La tabla 7 expone los principales estadísticos descriptivos obtenidos con la muestra de mentirosos en cada una de las 9 escalas del inventario INDACPS-2020. Los mayores puntajes medios corresponden a temores, incivismo, ansiedad, depresión y somatización.

**Tabla 7**

*Estadística descriptiva de cada uno de los 9 indicadores del INDACPS-2020 obtenidos por el grupo de mentirosos (n = 509)*

	Ansiedad	Depresión	Somatización	Agresividad/ impulsividad	Desesperanza	Incivismo	Intolerancia	Desajuste	Temores
<b>Media</b>	4.54	4.48	4.47	2.11	4.05	4.77	3.13	2.59	<b>6.49</b>
<b>Mediana</b>	4.00	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	3.00	2.00	6.00
<b>D. S.</b>	3.69	3.13	3.47	2.49	3.04	1.62	2.40	2.88	4.36
<b>Rango</b>	16.00	15.00	15.00	14.00	14.00	15.00	16.00	16.00	16.00
<b>Mínimo</b>	.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.00	.00	.00
<b>Máximo</b>	16.00	15.00	15.00	14.00	14.00	16.00	16.00	16.00	16.00

*Nota:* D. S. = desviación estándar.

*Fuente:* Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 8, en todas las escalas, tanto en el grupo de sinceridad como el de mentiras, el nivel de significación es menor al 0.05; por ello, se puede afirmar que en los dos grupos los puntajes no siguen la curva de normalidad (lo que era de esperarse, ya que son indicadores de desajustes del comportamiento); esto motivó el empleo de pruebas no paramétricas para encontrar las diferencias entre sinceros y mentirosos en cada una de las escalas.

**Tabla 8**

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para estimar la normalidad de la curva en cada una de las escalas en ambas muestras*

	Grupos	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<b>Ansiedad</b>	Sinceros	.121	888	.000	.957	888	.000
	Mentirosos	.149	509	.000	.922	509	.000
<b>Depresión</b>	Sinceros	.106	888	.000	.965	888	.000
	Mentirosos	.157	509	.000	.927	509	.000
<b>Somatización</b>	Sinceros	.124	888	.000	.946	888	.000
	Mentirosos	.146	509	.000	.923	509	.000
<b>Agresividad</b>	Sinceros	.158	888	.000	.891	888	.000
	Mentirosos	.217	509	.000	.801	509	.000
<b>Desesperanza</b>	Sinceros	.107	888	.000	.964	888	.000
	Mentirosos	.151	509	.000	.927	509	.000
<b>Incivismo</b>	Sinceros	.194	888	.000	.924	888	.000
	Mentirosos	.294	509	.000	.796	509	.000
<b>Intolerancia</b>	Sinceros	.145	888	.000	.942	888	.000
	Mentirosos	.179	509	.000	.906	509	.000
<b>Desajuste</b>	Sinceros	.155	888	.000	.901	888	.000
	Mentirosos	.200	509	.000	.827	509	.000
<b>Temores</b>	Sinceros	.079	888	.000	.972	888	.000
	Mentirosos	.086	509	.000	.958	509	.000

*Nota:* a = Lilliefors significance correction; df = grados de libertad; Sig. = 0.05.

*Fuente:* Elaboración propia.

En la tabla 9 se visualizan los puntajes promedios (media aritmética y mediana), así como la diferencia de medias obtenidas en los grupos de sinceridad y mentiras. La media del grupo de sinceridad es mayor que la media del grupo de mentiras en las siguientes escalas: ansiedad, depresión, somatización, agresividad, desesperanza, intolerancia y desajuste familiar. Más bien, en las escalas de incivismo y temores, el puntaje promedio es levemente superior en el grupo de mentiras en comparación con el grupo de sinceridad. Vale decir: en 7 escalas, el grupo de sinceridad manifiesta un mayor desajuste que el grupo de mentiras.

**Tabla 9**

*Media aritmética y mediana de los grupos de sinceridad y mentiras*

	Grupo de sinceridad		Grupo de mentiras		Diferencia de medias
	Media	Mediana	Media	Mediana	
<b>Ansiedad</b>	5.57	5.00	4.54	4.00	1.03
<b>Depresión</b>	5.54	5.00	4.48	4.00	1.06
<b>Somatización</b>	4.92	4.00	4.47	4.00	0.45
<b>Agresividad</b>	3.28	3.00	2.11	1.00	1.17
<b>Desesperanza</b>	5.21	5.00	4.05	3.00	1.16
<b>Incivismo</b>	4.53	4.00	4.77	4.00	-0.24
<b>Intolerancia</b>	3.50	3.00	3.13	3.00	0.37
<b>Desajuste familiar</b>	3.61	3.00	2.59	2.00	1.02
<b>Temores</b>	6.45	6.00	6.49	6.00	-0.04

*Fuente:* Elaboración propia.

En la tabla 10 se exponen los resultados no paramétricos (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon), al comparar los valores obtenidos en cada una de las escalas del inventario INDACPS-2020 entre los grupos de sinceridad y mentiras. Se observa que en 8 escalas las diferencias son altamente significativas. Solo en la escala de temores las diferencias no resultan significativas.

**Tabla 10**

*Pruebas no paramétricas de contrastación de las muestras*

	Ansiedad	Depresión	Somatización	Agresividad	Desesperanza	Incivismo	Intolerancia	Desajuste familiar	Temores
<b>Mann-Whitney U</b>	185002.5	181134.0	206047.5	165186.5	177205.0	203976.5	202332.0	180605.0	225039.5
<b>Wilcoxon W</b>	314797.5	310929.0	335842.5	294981.5	307000.0	598692.5	332127.0	310400.0	354834.5
<b>Z</b>	-5.67	-6.21	-2.76	-8.48	-6.76	-3.13	-3.30	-6.32	-1.13
<b>Asymp. sig. (2-tailed)</b>	.000	.000	.006	.000	.000	.002	.001	.000	.895

*Nota:* Asymp. sig. = significación asintótica.

*Fuente:* Elaboración propia.

## 6. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio estuvo centrado en describir y comparar los resultados obtenidos en cada una de las 9 escalas del inventario INDACPS-2020, considerando dos grupos muestrales de contraste denominados grupo de sinceridad y grupo de mentiras. El propósito era demostrar que el grupo de mentiras presentaba puntajes significativamente más altos en cada una de las 9 escalas del inventario INDACPS-2020. Si en la escala de mentiras se encontraban puntajes altos, en las escalas del inventario este grupo debía tener resultados diferentes al grupo de sinceridad. Por el contrario, si no se presentaban diferencias significativas entre ambos grupos, no tenía sentido emplear la escala de mentiras como complemento del inventario.

Este estudio fue realizado con una muestra de 1397 personas, predominantemente de la costa del Perú, de sexo femenino, de edades comprendidas entre los 21 y 60 años, mayormente profesionales y estudiantes del nivel universitario. Los participantes fueron separados en dos grupos: uno de sinceridad y otro de mentiras. Estos grupos muestrales se conformaron basándose en el mayor y el menor puntaje promedio en la escala de mentiras (ver tablas 3, 5 y 7); se partió de la hipótesis de que los grupos de sinceridad y mentiras difieren en los resultados obtenidos en cada una de las 9 escalas del inventario INDACPS-2020, y que el grupo que tiene un puntaje alto o muy alto en la escala de mentiras presenta menos puntuación en los indicadores de desajuste del comportamiento psicosocial que el grupo que puntúa bajo en dicha escala y que es considerado de sinceridad.

Si bien diversos autores han sostenido que la escala de mentiras empleada en los inventarios es, más bien, una escala de deseabilidad social y sería parte de un rasgo de personalidad de quienes tratan de dar la mejor imagen de sí mismos (Crowne & Marlowe, 1960; Michaelis & Eysenck, 1971; Eysenck & Eysenck, 1970), esto solo ocurriría en situaciones normales, sin alguna motivación externa o presión de por medio, frente a las cuales las personas quieren mostrarse tal como son; por el contrario, no sucedería en situaciones de evaluación e investigación, donde las personas son conscientes de que serán examinadas con determinados propósitos.

Tal como fue entendido desde un inicio, cuando se aplicaron instrumentos como el MMPI y el EPI (los primeros inventarios donde se empleó la escala de mentiras), consideramos que es importante tener en cuenta las puntuaciones obtenidas en esta escala como predictoras de falseamiento de las respuestas, puesto que las personas que puntúan alto en dicha escala tienden a falsear sus respuestas con respecto de aquellas que tienen menor puntuación.

Para estimar la confiabilidad de la escala de mentiras que sirvió para la conformación de los grupos, se aplicó el Alfa de Cronbach a ambos grupos, los mismos que obtuvieron un Alfa altamente significativo de 0.88 y 0.89, respectivamente (ver tablas 4 y 6).

En cuanto a la estadística descriptiva obtenida en ambos grupos en cada una de las escalas del INDACPS-2020, más precisamente respecto a sus puntajes medios (ver tabla 9), se observa que el grupo de sinceridad alcanzó mayores puntajes promedio que el grupo de mentiras en las escalas de ansiedad, depresión, somatización, agresividad, desesperanza, intolerancia y desajuste familiar; por otro lado, el grupo de mentiras puntuó algo más elevado en las escalas de incivismo y temores. Al contrastar los resultados de las puntuaciones de ambos grupos (ver tabla 10), se encontró que las diferencias son significativas en 8 de las 9 escalas. No se hallaron diferencias en la escala de temores, cuya puntuación fue alta para los dos grupos (medias: 6.45 y 6.49), pero el mayor puntaje correspondió al grupo de mentiras. Los temores corresponden a un comportamiento generalizado y objetivo en toda persona como consecuencia, por ejemplo, de la pandemia de la COVID-19, que fue el contexto en el cual se aplicó el instrumento; por tanto, no hay explicación para falsear o desvirtuar la respuesta ante esta escala.

De otro lado, se ha indicado que solo en la escala de incivismo la puntuación es un poco mayor en el grupo de mentiras; cabe anotar que el incivismo es la conducta que se opone a las normas y las reglas cívicas y que corresponde a una actitud u opinión de la persona; no es realmente un indicador de desajuste del comportamiento humano vinculado a la salud mental; ello explica el hecho de que los del grupo de mentiras hayan logrado un puntaje promedio algo mayor que el grupo de sinceridad (medias: 4.53 y 4.77, respectivamente).

Por los resultados se considera necesario continuar elaborando y mejorando las escalas psicológicas para detectar mentiras. La detección del engaño y la mentira es un desafío complejo y multidimensional (como los aspectos verbales, no verbales, fisiológicos y cognitivos), y no existe una única escala o instrumento que sea completamente infalible para detectar mentiras en todas las situaciones. Además, se están explorando enfoques más sofisticados, como el uso de la inteligencia artificial y el análisis de datos masivos (*big data*, metaanálisis, etc.), tanto para mejorar la precisión y la eficacia en la detección del engaño como para adoptar un enfoque crítico y reflexivo al utilizar estas herramientas y reconocer que ningún método es infalible.

Con el contraste de hipótesis, se concluye que se presentan diferencias significativas entre los resultados logrados por los grupos de sinceridad y de mentiras en 8 escalas del Inventario de Desajustes de Comportamiento Psicosocial (INDACPS-2020). El grupo de mentiras ha obtenido menor puntuación que el grupo de sinceridad en las siguientes escalas del INDCAPS-2020: ansiedad, depresión, somatización, agresividad, desesperanza, intolerancia y desajuste familiar. Solo en la escala de incivismo el grupo de mentiras obtuvo mayor puntaje que el grupo de sinceridad. A partir de los resultados se infiere que el grupo de mentiras aparenta tener menos desajustes en el comportamiento psicosocial que el grupo de sinceridad; en otras palabras, el grupo de sinceridad ha mostrado ser más honesto en sus respuestas, por lo cual sus puntajes medios indicadores de desajustes del comportamiento son más elevados que los del grupo de mentiras.

## REFERENCIAS

- Armas, E., & García, P. (2009). ATRAMIC: La mentira informada. *Anuario de Psicología Jurídica*, 19(1), 125-133. <https://journals.copmadrid.org/apj/art/a60937eba57758ed45b6d3e91e8659f3>
- Blandón-Gitlin, I., López, R., Masip, J., & Fenn, E. (2017). Cognición, emoción y mentira: implicaciones para detectar el engaño. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 95-106. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.004>

- Castro, C., López, E., & Morales, G. (2013). Estudio cognitivo de la mentira humana. *Ciencia UANL. Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Autónoma de Nuevo León*, 16(64), 91-102. <http://cienciauanl.uanl.mx/wp-content/uploads/2014/01/Estudio-cognitivo-de-la-mentira.pdf>
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- DePaulo, B. (2010). *The hows and whys of lies*. Createspace Independent Publishing Platform.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. Dryden Press.
- Ekman, P. (2009). *Cómo detectar mentiras. Una guía para utilizar en el trabajo, la política y la familia*. Paidós.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1970). A factor analytic study of the lie of the Junior Eysenck Personality Inventory. *Personality*, 1, 3-10.
- Masip, J., & Herrero, C. (2015a). Nuevas aproximaciones en detección de mentiras I. Antecedentes y marco teórico. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 83-95. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2564.pdf>
- Masip, J., & Herrero, C. (2015b). Nuevas aproximaciones en detección de mentiras II. Estrategias activas de entrevista e información contextual. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 96-108. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2565.pdf>
- Matsumoto, D. (1991). Cultural influences on facial expressions of emotion. *Southern Communication Journal*, 56(2), 128-137. <https://doi.org/10.1080/10417949109372824>
- Meehl, P. E., & Hathaway, S. R. (1946). The K factor as a suppressor variable in the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Applied Psychology*, 30(5), 525-564. <https://doi.org/10.1037/h0053634>

- Michaelis, W., & Eysenck, H. J. (1971). The determination of personality inventory factor patterns and intercorrelations by changes in real-life motivation. *The Journal of Genetic Psychology. Research and Theory on Human Development*, 118(2), 223-234. <https://doi.org/10.1080/00221325.1971.10532611>
- Ortega, M. (2010). Comportamiento mentiroso: Un análisis conceptual desde una perspectiva interconductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/16910>
- Vrij, A. (2008). *Detecting lies and deceit: Pitfalls and opportunities*. John Wiley & Sons Ltd.
- Weiner, I., & Greene, R. (2017). *Handbook of personality assessment*. John Wiley & Sons, Inc.





## Presentación

HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI

## Artículos de investigación

Comportamientos psicosociales desajustados y su incidencia en la propensión a la conducta violenta en escolares adolescentes de Lima y Callao

HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI, PATRICIA MATOS RAMÍREZ  
Y CARLOS REYES ROMERO

Un estudio preliminar de propiedades psicométricas y diferencias de género de la Escala de Ambiente Invalidante Infantil (ICES) en adultos peruanos  
ALVARO OKUMURA CLARK, LEONARDO PERCY HUERTAS MANTILLA Y CLAUDIA PÉREZ MOSCOSO

La tríada ansiedad, depresión y somatización y su relación con los temores de la población de Lima en condición de confinamiento por la pandemia de la COVID-19

HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI, CARLOS REYES ROMERO Y PATRICIA MATOS RAMÍREZ

La capacidad empática en estudiantes universitarios durante la pandemia: un estudio exploratorio

ANA MARÍA COSSÍO ALE DE PRECIADO, CARLOS LEONARDO GARCÍA SOLÍS Y NIKOS ENCARNACIÓN CHÁVEZ

La importancia de la creatividad para la salud mental

MÁXIMO LUI LAM CAMPOS

La escala de mentiras o de deseabilidad social como criterio de exclusión en el empleo de los Inventarios de Comportamiento Psicosocial Desajustado

HÉCTOR HUGO SÁNCHEZ CARLESSI Y CARLOS REYES ROMERO



UNIVERSIDAD  
RICARDO PALMA



Instituto de Investigación  
en Salud Mental