

PROLEPSIS



Revista de Investigación en Psicología

ISSN: 1889-2957



*Conocimiento
que impulsa
la psicología
del presente
y del futuro*

INVESTIGACIÓN · INNOVACIÓN · EVIDENCIA



PSICOLOGÍA
EVOLUTIVA



EDUCACIÓN
Y APRENDIZAJE



BIENESTAR
Y SALUD MENTAL



METODOLOGÍA
Y EVALUACIÓN

NUEVO CICLO,
MISMA ESENCIA



PROLEPSIS

Revista de Investigación en Psicología



Revista del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León

Prolepsis

Revista de Investigación en Psicología

e-ISSN en trámite

PROLEPSIS

Equipo Editorial

Consejo Editorial

Editor en jefe



José Luis Rodríguez Sáez, Universidad de Valladolid, España

Gestora editorial



Paula Molinero González, Universidad de Valladolid, España

Editores asociados del área de Psicología del Desarrollo y la Educación



Luis Jorge Martín Antón, Universidad de Valladolid, España

Editores asociados del área de Psicología Social



Esteban Puente López, Universidad de Valladolid, España

Editores asociados del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento



Alejandro de Miguel Álvaro, Universidad de Valladolid, España

Editores asociados del área de Psicobiología



Alfonso Salgado Ruiz, Universidad Pontificia de Salamanca, España

Editores asociados del área de Psicología Básica



Almudena Duque Sánchez, Universidad Pontificia de Salamanca, España

Editores asociados del área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento



M^a José Rodríguez Conde, Universidad de Salamanca, España

Editor Asociado de Psicología y Práctica Profesional (Por el COPCYL, España)



David Cortejoso Mozo, Decano COPCYL, España



Alicia Fernández Parra, Universidad Europea Miguel de Cervantes, España.

Comité Científico

-  Leandro da Silva Almeida, Universidade do Minho, Portugal
-  Eva María Arroyo Anlló, Universidad de Salamanca, España
-  Irene Maria Dias Cadime, Universidade do Minho, Portugal
-  Rui Alexandre Godinho da Costa Campos, Universidade de Évora, Portugal
-  Rebeca Cerezo Menéndez, Universidad de Oviedo, España
-  Romina De Cicco, Università telematica Niccolò Cusano, Italia
-  Ana María del Caso Fuertes, Universidad de León, España
-  Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira, Universidade de Coimbra, Portugal
-  António Rui Silva Gomes, Universidade do Minho, Portugal
-  José Luis Herrero Rubio, Institute of Bioelectronic Medicine, Feinstein Institutes for Medical Research
-  Rute Pires, Universidade de Lisboa, Portugal
-  M^a Consuelo Saiz Manzanares, Universidad de Burgos, España
-  João Manuel Castro Faria Salgado, Universidade da Maia, Portugal
-  M^a José Rodríguez Conde, Universidad de Salamanca, España

ÍNDICE

Comienza una nueva etapa José Luis Rodríguez-Sáez	5-7
Más allá de la suma unitaria: una propuesta de corrección alternativa para instrumentos psicométricos Armando González-Sánchez	8-19
Una mirada al bienestar, las expectativas y la adaptación psicológica de la enfermedad celíaca, desde un enfoque biopsicosocial Silvia Díez Rodríguez	20-41
Evaluación neuropsicológica y afectación emocional tras un accidente laboral in itinere: estudio de caso forense Jordi Balada Farré	42-59
Inteligencia emocional, rendimiento académico y diferencias según sexo en estudiantes de grado Ángela Pascual Miguel, Marina Muñoz Arranz, Raquel Martínez Sinovas, Luisa María Arias Lozano y Diego Olivar Aldudo	60-74
Indicadores de complejidad en salud mental en personas con discapacidad intelectual: prevalencia y principales características Raquel Morentin Gutiérrez & Carla Redondo Jimeno	75-96
El papel del apoyo cercano y la participación comunitaria en la soledad no deseada de las personas mayores Eva María Picado Valverde, Amaia Yurrebaso Macho, Ester García Valverde y Raquel Guzmán Ordaz	97-116

Comienza una nueva etapa

José Luis Rodríguez-Sáez  Departamento de Psicología, Universidad de Valladolid, España

INFORMACIÓN

Recibido: 03/09/2026

Aceptado: 03/09/2026

Palabras clave:

Prolepsis,
Psicología,
Revisión por
pares

RESUMEN

Este editorial presenta la nueva etapa de *Prolepsis*, revista del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León, que desde 2008 ha contribuido a la divulgación científica y profesional de la Psicología. Tras un proceso de renovación, la publicación se transforma en una revista científica de revisión por pares, alineada con los estándares editoriales internacionales. Entre las principales mejoras destacan la creación de un Comité Editorial formado por profesorado universitario y de un Comité Científico Internacional integrado por especialistas de reconocido prestigio. Asimismo, se ha incorporado la plataforma Open Journal Systems (OJS) para optimizar la gestión editorial y se ha iniciado el proceso de adhesión a Crossref para la asignación de DOI a los artículos publicados. La revista adopta además un modelo de acceso abierto sin costes para los autores, favoreciendo una difusión más equitativa del conocimiento científico. Con estas iniciativas, *Prolepsis* refuerza su compromiso con la calidad, la innovación y el avance de la Psicología.

A new chapter begins

ABSTRACT

This editorial presents the new phase of "Prolepsis", the journal of the Official College of Psychology of Castile and León, which has contributed to the scientific and professional dissemination of psychology since 2008. Following a process of renewal, the publication has been transformed into a peer-reviewed scientific journal, in line with international editorial standards. Key improvements include the creation of an Editorial Board comprising university lecturers and an International Scientific Committee made up of specialists of recognised standing. Furthermore, the Open Journal Systems (OJS) platform has been implemented to optimise editorial management, and the process of joining Crossref has begun to ensure that published articles are assigned DOIs. The journal has also adopted an open-access model with no costs to authors, promoting a more equitable dissemination of scientific knowledge. Through these initiatives, Prolepsis reinforces its commitment to quality, innovation and the advancement of psychology.

Keywords,

Prolepsis,
Psychology,
Peer review

Carta del editor

Es un honor dirigirme a ustedes en un momento especialmente significativo para la revista *Prolepsis*. Tras años de dedicación, esfuerzo y compromiso con la Psicología, se inicia una nueva etapa destinada a situarla en el lugar que merece dentro de la comunidad científica y profesional.

Desde su nacimiento, a finales del 2008, la revista *Prolepsis* ha constituido uno de los principales instrumentos de divulgación científica y profesional del Colegio de Psicología de Castilla y León. Nacida con el propósito de favorecer el intercambio de conocimientos, experiencias e intervenciones psicológicas entre los profesionales de la comunidad, la revista ha ido consolidándose a lo largo de los años como un espacio de reflexión, actualización y difusión de la Psicología en sus diferentes ámbitos de aplicación. Inicialmente editada en formato impreso, *Prolepsis* inició en 2018 una nueva etapa completamente digital, adaptándose a las nuevas formas de comunicación y facilitando un acceso más amplio a sus contenidos. El último número publicado hasta la fecha corresponde a septiembre de 2023 y estuvo dedicado a los *Trastornos de la conducta alimentaria y la pandemia de COVID-19*, analizando el impacto que esta crisis sanitaria tuvo sobre la salud mental, la aparición y agravamiento de los trastornos alimentarios, así como las implicaciones para la prevención y la intervención psicológica.

Tras este compás de espera, la revista ha realizado en los últimos meses un proceso de transformación integral cuyo objetivo es convertir *Prolepsis* en una revista científica de revisión por pares, alineada con los estándares editoriales que caracterizan a las principales publicaciones de nuestra disciplina. Para ello, se ha conformado un Comité Editorial integrado por profesorado investigador de las universidades públicas y privadas de Castilla y León, un entorno académico rico y diverso que aporta solidez, prestigio y un profundo conocimiento del panorama científico actual. Asimismo, se ha constituido un Comité Científico Internacional integrado por reconocidos especialistas e investigadores procedentes de universidades y centros de investigación de referencia tanto nacionales como internacionales. La participación de estos profesionales de prestigio garantiza una visión amplia y plural de la disciplina, refuerza la calidad científica de la revista y favorece su proyección más allá del ámbito regional, promoviendo el intercambio de conocimiento y la colaboración con la comunidad científica internacional.

Además, la revista ha incorporado el sistema de gestión editorial *Open Journal Systems* (OJS), una plataforma ampliamente utilizada en el ámbito científico internacional que optimiza y estandariza los procesos de recepción, revisión, edición y publicación de manuscritos. Esta implementación supone un avance significativo en términos de transparencia, trazabilidad, eficiencia y garantía de calidad editorial. Paralelamente, el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León se ha hecho miembro de *Crossref*, con el objetivo de asignar identificadores digitales de objeto (DOI) a los artículos publicados. Esta iniciativa constituye un requisito fundamental para incrementar la visibilidad, accesibilidad e impacto de los trabajos, favoreciendo su integración en los circuitos internacionales de comunicación científica y facilitando su futura indexación en bases de datos y repositorios

especializados.

En coherencia con los valores y con la visión de una psicología abierta y accesible, *Prolepsis* adopta una política editorial basada en el acceso abierto y la equidad. Por ello, la revista no aplicará cargos por procesamiento de artículos (APC) en ninguna de sus fases. Creemos firmemente que la difusión del conocimiento científico no debe depender de la capacidad económica de los autores ni de sus instituciones, sino de la calidad y relevancia de sus contribuciones. Esta decisión garantiza que investigadores e investigadoras de cualquier contexto puedan publicar sus trabajos sin barreras económicas, manteniendo siempre los más altos estándares de revisión por pares y rigor académico.

Con estas mejoras, aspiramos a situar a *Prolepsis* al nivel de las revistas promovidas por otros Colegios Oficiales de Psicología de España, publicaciones que hoy gozan del reconocimiento de la comunidad científica. En un territorio como Castilla y León, que alberga cuatro universidades públicas y varias privadas, era el momento de que nuestro Colegio diera este paso adelante para contar con una revista acorde con la realidad de nuestro contexto profesional y académico.

En este proceso de renovación, queremos mantener intacta la esencia de *Prolepsis*, cuyo nombre hace referencia a la anticipación, una idea fundamental para comprender cómo la mente humana interpreta el presente y proyecta el futuro. Este concepto inspira nuestra vocación científica: ser una revista capaz de impulsar investigaciones que anticipen nuevas perspectivas, que abran debates emergentes y que contribuyan al avance del conocimiento psicológico.

Así, *Prolepsis* se afianza como un símbolo de innovación, rigor y pensamiento crítico. Una revista concebida para explorar los procesos que permiten a las personas imaginar, predecir y transformar su realidad.

Esperamos contar con su apoyo, su lectura y su participación en esta etapa ilusionante. Juntos, seguiremos construyendo una publicación que honre nuestra disciplina, nuestro territorio y nuestra capacidad —como psicólogos y psicólogas— de anticipar y dar forma al futuro.

Con nuestro agradecimiento más sincero,

José Luis Rodríguez Sáez

Editor Jefe de Prolepsis

Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Valladolid
Colegiado nº CL03132

Más allá de la suma unitaria: una propuesta de corrección alternativa para instrumentos psicométricos

Armando González-Sánchez 

Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca (España)

División de Tráfico y de la Seguridad del Consejo General de la Psicología (España)

Sociedad Española de Patología Dual (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 03/07/2026

Aceptado: 13/07/2026

Palabras clave:

PHQ-9, Ítems,
evaluación
clínica,
psicometría

RESUMEN

Antecedentes: La medición en salud mental suele utilizar sumas unitarias (como las escalas Likert), asumiendo que todos los ítems tienen la misma equidistancia y peso explicativo. Esto puede ignorar que síntomas diferentes impacten de forma distinta en constructos complejos, limitando la precisión diagnóstica. **Método:** En este artículo de reflexión metodológica se proponen tres métodos alternativos de corrección ponderada utilizando el cuestionario de depresión PHQ-9 como modelo metodológico: a) Enfoque de Bartlett: basado en el análisis de componentes principales, asignando multiplicadores lineales; b) Modelo de Crédito Parcial (PMC): Basado en la Teoría de Respuesta al Ítem, utilizando parámetros no lineales y umbrales de categoría; c) Interpretación clínica: basada en los criterios diagnósticos categoriales del DSM-5. **Resultados:** El enfoque de Bartlett corrige el sesgo unitario, aunque su eficacia depende de la muestra de calibración. El enfoque PMC dota a la prueba de independencia muestral, acotando el techo psicométrico real del paciente. El modelo clínico aporta valor predictivo y activa alarmas clínicas necesarias. **Conclusiones:** Prescindir de la suma clásica de puntos por sistemas de ponderación puede mejorar la exactitud explicativa de las pruebas. Aunque requiera recalibración y decimales, las capacidades computacionales actuales pueden justificar este avance metodológico.

Beyond the unit score: a proposal for an alternative correction method for psychometric instruments.

ABSTRACT

Keywords,

PHQ-9, items,
clinical
assessment,
psychometrics

Background: Measurement in mental health often uses unit sums (such as Likert scales), assuming that all items have the same equidistance and explanatory weight. This may fail to account for the fact that different symptoms have varying impacts on complex constructs, thereby limiting diagnostic accuracy. **Method:** In this methodological reflection article, three alternative weighted correction methods are proposed, using the PHQ-9 depression questionnaire as a methodological model: a) Bartlett's approach: based on principal component analysis, assigning linear multipliers; b) Partial Credit Model (PMC): based on Item Response Theory, using non-linear parameters and category thresholds; c) Clinical interpretation: based on the categorical diagnostic criteria of the DSM-5. **Results:** The Bartlett approach corrects unitary bias, although its effectiveness depends on the calibration sample. The PMC approach provides the test with sample independence, limiting the patient's actual psychometric ceiling. The clinical model provides predictive value and triggers necessary clinical alerts. **Conclusion:** Moving away from the traditional sum of points in favour of weighting systems may improve the explanatory accuracy of the tests. Although it requires recalibration and the use of decimals, current computational capabilities may justify this methodological advance.

Citar como: González-Sánchez, A. (2026). Más allá de la suma unitaria: una propuesta de corrección alternativa para instrumentos psicométricos. *Prolepsis. Revista de Investigación en Psicología*, 21 (1), 8-19. <https://doi.org/10.67799/prolepsis.2026.13.1.eij>

Autor y e-mail de correspondencia: Armando González Sánchez agonzalezsa@upsa.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Uso de los instrumentos psicométricos

El objetivo del uso de instrumentos psicométricos en salud mental, ya sean entrevistas estructuradas, autoinformes, pruebas de ejecución, test manipulativos, escalas de evaluación u otros procedimientos de medición, es detectar, describir y cuantificar de la manera más precisa posible la presencia, intensidad o evolución de los fenómenos psicológicos y psicopatológicos que se pretenden evaluar. Sin embargo, la adecuada medición de constructos abstractos, como los que se pretenden medir en el desempeño de la práctica de la profesión relacionada con la salud mental, exige considerar una amplia variedad de factores que pueden influir en la calidad y precisión de los resultados obtenidos.

En primer lugar, deben garantizarse condiciones ambientales adecuadas durante la evaluación. Aspectos físicos como una iluminación apropiada, temperatura y ventilación agradables, ausencia de ruido, distracciones e interrupciones, así como la disponibilidad de un espacio cómodo y privado, ayudan a reducir fuentes de error ajenas al fenómeno que se desea medir. Asimismo, deben considerarse factores contextuales relacionados con la percepción de confidencialidad, seguridad y confianza por parte del evaluador, ya que estos elementos favorecen respuestas más sinceras y una mayor colaboración durante el proceso de evaluación.

Por otra parte, conviene valorar las condiciones propias de la persona evaluada. El estado físico puede afectar al rendimiento en una prueba, por lo que, comúnmente, resulta deseable que el sujeto se encuentre suficientemente descansado, adecuadamente alimentado y libre de los efectos de sustancias psicoactivas, medicamentos o condiciones médicas que puedan alterar sus capacidades cognitivas o emocionales. Del mismo modo, deben considerarse si el sujeto se encuentra en un estado emocional suficientemente bueno como para poder atender instrucciones; un estado cognitivo suficiente como para aplicar adecuadamente las pruebas, así como atender a la capacidad intelectual. Además, conviene prestar atención a variables motivacionales relacionadas con el interés por participar, el esfuerzo invertido en la tarea y la sinceridad de las respuestas. La presencia de simulación, disimulación o respuestas socialmente deseables pueden comprometer la validez de las conclusiones obtenidas.

El evaluador también constituye una posible fuente de error: unas instrucciones mal dadas, una sugerencia de que los errores penalizan, o incluso un gesto puede interpretarse por el evaluado, de una forma no contemplada, cambiando quizá inintencionalmente los resultados de la prueba. La correcta administración e interpretación de los instrumentos requiere formación especializada en evaluación psicológica y psicometría, así como el conocimiento de las características, alcances y limitaciones de las herramientas empleadas. Además, el profesional debe actuar con neutralidad, objetividad, rigor metodológico y siguiendo los principios éticos de la profesión, evitando influir directa o indirectamente en las respuestas del evaluado y garantizando el respeto a su dignidad, privacidad y autonomía mediante procedimientos como el consentimiento informado y la protección de la confidencialidad de los datos.

Respecto al instrumento de medición, este debe poseer propiedades psicométricas sólidas. Debe demostrar validez, es decir, medir efectivamente el constructo para el cual fue diseñado; confiabilidad o fiabilidad, produciendo resultados consistentes y estables en condiciones similares; sensibilidad suficiente para detectar diferencias entre individuos o cambios a lo largo del tiempo; y especificidad adecuada para discriminar correctamente entre quienes presentan o no la característica evaluada, minimizando errores de clasificación. Asimismo, debe contar con baremos actualizados y representativos que permitan interpretar adecuadamente los resultados en función de las características de la población de referencia.

No obstante, la calidad psicométrica de una prueba no depende únicamente de estas propiedades. También influye que el instrumento haya sido adaptado y validado para la población específica en la que se utilice. Las diferencias culturales, lingüísticas, geográficas, educativas y sociales pueden modificar la manera en que las personas comprenden los ítems y responden a ellos, incluso cuando comparten el mismo idioma (Roncero, 2015). Por ello, resulta necesario comprobar que las propiedades psicométricas se mantienen en diferentes contextos y grupos poblacionales, evitando sesgos asociados al sexo, la edad, el nivel educativo, la pertenencia étnica o el contexto sociocultural. En algunos casos, estas diferencias pueden requerir ajustes en las puntuaciones (González Sánchez, 2023), modificaciones en los criterios de interpretación, el desarrollo de versiones específicas para determinados grupos o incluso ponderaciones diferenciadas debido al Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) (González-Sánchez & Vicente Villardón, 2015).

Además, una herramienta de evaluación debe poseer validez ecológica y utilidad práctica, de modo que los resultados obtenidos reflejen de manera razonable el funcionamiento real de la persona en su entorno cotidiano y puedan emplearse eficazmente para la toma de decisiones clínicas, educativas o de investigación. Una solución a la validez ecológica se propone en el EMA (Evaluación Ecológica Momentánea), la cual consiste en una monitorización, a tiempos aleatorios, del rasgo (quizá con una alarma aleatoria para solicitar la cumplimentación de un test de autoinforme). Además, el instrumento debe ser factible de aplicar, corregir e interpretar en tiempos razonables por profesionales adecuadamente capacitados. Una prueba debe ser útil desde un punto de vista práctico y, si se puede, también clínico.

En la actualidad, el foco de atención para conocer la excelencia de un test se ha puesto en la calidad de sus ítems: cuanto más explicativo del rasgo sea, más asentado estará su puesto en la herramienta, pero ¿por qué no darle un peso mayor al ítem que más explica? ¿Por qué, en un test de depresión, el ítem de suicidio pesa lo mismo que el ítem de cansancio?

Actualmente la forma de evaluar rasgos psicológicos, en cuanto a las pruebas en las que el propio sujeto debe escoger entre unas opciones preestablecidas, está bastante extendida la técnica de medición de actitudes propuesta por Likert (Likert, 1930), que asume que, para un mismo ítem, puede establecerse un rango de niveles para que

evaluado elija entre ellas. Esta forma de trabajar toma el supuesto que el rango de cada segmento es equidistante, capturando eficientemente la variación en la intensidad del rasgo. Likert no ideó su escala de la nada, sino que parte del método Sigma, el cual se basa en la frecuencia relativa de respuestas de cada categoría, calculando sus puntuaciones Z y no cuestionando la equidistancia de los ítems que intentan explicar el constructo. Likert trabajó con el método Sigma y demostró que se podían obtenerse resultados casi idénticos al permitir que el evaluado estableciese por sí mismo esos rangos de cada ítem, lo que se entiende por equidistancia subjetiva. Debido a la simplicidad del método y que sus resultados son los mismos, actualmente se ha posicionado como un método ampliamente extendido en la evaluación en salud mental.

La equidistancia subjetiva de los ítems al comparar ambos métodos no se pone en duda, especialmente tras la revisión de la evidencia realizada por Likert. No obstante, actualmente los investigadores, clínicos y usuarios de las escalas basan el puntaje final en la suma de cada respuesta del evaluado; asumiendo un valor unitario por cada nivel del ítem e ignorando por completo cómo cada uno de esos ítems miden el rasgo. A menudo las escalas tipo Likert se denominan escalas sumativas. Otras alternativas a Likert utilizan la suma de puntos unitarios: como el diferencial semántico (Osgood et al., 1957), que a usa conceptos opuestos separados por segmentos numéricos equidistantes; también está la escala análoga-visual (Aitken, 1969), la cual para corregirla, a cada medida se le asocia un número natural, con independencia de que sus medias se sumen para cada rasgo; por otro lado, la Escala de Guttman (Guttman, 1944) al consistir en una ordenación jerárquica, el evaluador obtiene la puntuación del sujeto, a través de un punto marcado por la distancia del rasgo entre ítems de diferentes niveles de intensidad, pero sin establecer el peso de cada ítem. En cambio, la escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone (Thurstone, 1928) propone ponderación de los ítems mediante prueba de jueces, aunque estas ponderaciones tengan base en la opinión de expertos y no a través de haber estudiado la muestra de forma estadística.

Por su parte la Teoría de Respuesta al Ítem (Lord, 2012) no se centra en el valor diferenciado de cada ítem. Aunque estudia su índice de dificultad, igualmente parte del supuesto de que un ítem vale lo mismo que otro, ya que, aunque estudia los ítems por separado y evalúa su calidad, sigue usando la suma de puntos unitarios para calcular un puntaje, aunque el aporte del ítem a la explicación del factor sea diferente. Por otra parte, Masters (Masters, 1982) demostró la quimera de equidistancia entre niveles de un mismo ítem. Propuso el Modelo de Crédito Parcial (PCM por sus siglas en inglés), y para entenderlo conviene aclarar lo que entiende por umbral, que es la decisión subjetiva del sujeto de decidir entre cada uno de los niveles u opciones de respuesta de un ítem, separándolos en decisiones dicotómicas entre esa parte del nivel y la siguiente. De esta forma obtiene tantos umbrales como comparaciones por pares, lo que es lo mismo a opciones de respuesta menos uno. Estos umbrales se visualizan en la Curva Característica de las Categorías (CCC) evidenciando distancias diferentes entre cada una de las categorías de respuesta o niveles del ítem. Aunque el PCM transforma las respuestas ordinales en una escala de intervalo, realmente se centra en las diferencias entre opciones de respuesta en lugar de los pesos de los ítems.

Spearman (Spearman, 1927) defendía la idea de que no todos los ítems valen lo mismo, al teorizar la correlación entre el peso factorial y el factor latente teniendo en cuenta la proporción de saturación del factor en el ítem y de su variabilidad. La idea de la asignación de pesos factoriales a los ítems es básicamente la definición de Análisis Factorial más formalmente detallada por Bartlett (Bartlett, 1937).

También existen los criterios clínicos, los cuales implican la opinión de expertos debido a que deben fijarse en los aspectos que pueden o no encender las alarmas clínicas. Alternativamente y de forma más formal, los Modelos de Diagnóstico Cognitivo (CDM) implican analizar no el test en su conjunto, sino por cada uno de sus síntomas de forma aislada (Rupp et al., 2010). A través de los modelos de Orden Superior (de la Torre, 2011) se asume la existencia de un rasgo latente continuo de carácter general que rige la probabilidad de presentar los síntomas específicos. Posteriormente y bajo esta idea han surgido adaptaciones que han desarrollado metodologías para la derivación de índices continuos de gravedad o criticidad global (y no de forma aislada de cada uno de sus componentes) (Zhan & He, 2021).

El objetivo de este manuscrito es proponer formas alternativas de corrección de test psicométricos, utilizando el cuestionario de depresión PHQ-9 como modelo metodológico.

Para facilitar la explicación de la aplicación de diferentes formas de corrección ponderada por los pesos de los ítems, supongamos un test de depresión como lo es el PHQ-9, el cual es sólido y robusto en su medición del constructo (González Sánchez, 2023; González-Sánchez et al., 2023), cuyos ítems tienen opciones de respuesta que van de 0 a 3. Esta escala sirve para evaluar el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y básicamente convierte en ítems los nueve preceptos del DSM-5 para la detección del TDM. Siempre hay que tener en cuenta el diagnóstico diferencial, pero a efectos de la explicación psicométrica se obvia este hecho. De los nueve ítems que considera el test, intentando cubrir las características de la depresión, el ítem más saliente (el que tiene un índice de dificultad más bajo) es el de baja energía; este ítem se erige como el ítem que es más fácil superar, el que primero aparece cuando la depresión aflora: el ítem más sensible. En cambio, el ítem más difícil es el de suicidio. Existe controversia sobre si el suicidio debiera formar parte del constructo de la depresión o quedarse como una entidad aislada y por tanto un factor aparte. Sea como fuere, no creo que sea discutible la valoración clínica de estos dos ítems: a un clínico la información que le da el cansancio no le hace saltar las alarmas, pero, aunque tenga un valor de uno en el test debido a haber marcado el ítem de suicidio, sí que lo hace. Si este fuese el caso, el clínico debería iniciar protocolos específicos ante el suicidio.

Con este ejemplo quiero poner en evidencia que, tratándose de suma de puntos, en el supuesto de que tengamos dos sujetos y ambos hayan puntuado con uno sobre 27 en el test, no da la información que estamos buscando, ya que pueden dar esa puntuación tanto marcando uno en cansancio o uno en suicidio; aunque clínicamente no tengan el mismo peso estos ítems. La TRI o Guttman solventan este problema al dibujarse un patrón en las respuestas: no tiene sentido que un sujeto haya seleccionado uno en suicidio si no ha

seleccionado también otros menos extremos. Esta forma de corregir ignora la variabilidad humana y cristaliza el rasgo, ignorando los procesos personales y cómo los desarrolla el individuo. No siempre los ítems están ordenados jerárquicamente, especialmente en entidades con partes del rasgo que pueden aflorar paralelamente, y por tanto el superar un ítem no implica haber superado todos los anteriores. Aunque a la hora de la verdad en la suma de puntos no tomamos en cuenta este patrón de respuestas.

Hablando de la parte del suicidio en la depresión, tampoco se tendría en cuenta el suicidio dentro de la depresión si se considera que el suicidio se posiciona como una entidad a parte de la depresión, en este caso tendríamos dos factores y no uno. Este hecho podría allanar el terreno para considerar este ejemplo de test concreto en un exponente de modelo jerárquico. Sea como fuere puede ser entendido como una laguna o deficiencia considerar los tramos de los rasgos como unidades métricas si cada uno de los ítems aporta una explicación diferente al factor que desea medir. Dicho de otra forma (y dentro del contexto de considerar depresión y suicidio como una única entidad, unifactorial): no tiene sentido considerar ausencia de depresión si se ha marcado un uno en suicidio.

Por ello se propone una alternativa: dar pesos a cada ítem. Para llevar a cabo esta ponderación, una propuesta rápida y simple radica en el peso factorial que permite explicar el factor por parte del ítem. Aunque hay alternativas, es básicamente la definición de factor y análisis factorial: la explicación de la variabilidad del factor por parte del ítem.

En la actualidad, con las facilidades de cómputo, cobra especial sentido no corregir los test por suma unitaria de puntos. Defendiendo esta postura, sí que su simplicidad interpretativa facilita su uso, en cambio, el peso de cada ítem a cada factor ayuda a explicar de forma minuciosa su aporte a la explicación del rasgo medido.

Como dificultades se encuentra que es difícil encontrar un estudio de análisis factorial lo suficientemente robusto como para que exista una correspondencia única de cada muestra. Dicho de otra forma: la consistencia entre muestras varía necesariamente y consecuentemente el comportamiento del test ante ellas; pero cuanto más robusto sea el test, mejor detectará el rasgo en diferentes muestras.

La psicometría se basa en la mejora de los métodos de medición. Esta propuesta intenta hacer eso mismo: utilizar herramientas conocidas de una forma que antes no había tenido cabida. Algo simple: ponderar cada ítem con su explicación al factor y de ahí hacer una suma de puntos ponderada.

Una de las implicaciones de utilizar este método lleva a una recalibración de los test: una baremación usando la misma inspiración que está llevando hasta ahora, pero un ligero aumento de la complejidad de la interpretación, ya que, necesariamente habrá decimales en los puntajes finales.

Formas alternativas de corrección

A continuación, se mostrarán diferentes formas de corregir un mismo test. Tomando la aproximación de Bartlett, de PMC y de forma clínica. Los puntos de corte para la detección

del rasgo se mantendrían en los dos primeros, ya que, para establecer gravedad o curso, se toman en cuenta otros aspectos que no evalúa el PHQ-9. Este manuscrito se complementa con un archivo Excel que detalla los pasos aplicados en cada tipo de corrección (véase material suplementario).

Corrección mediante el enfoque de Bartlett

Parte del Análisis de Componentes Principales (ACP) y pondera el aporte de cada ítem a su factor mediante la matriz de coeficientes de puntuación factorial de Bartlett. Este enfoque asume que los saltos entre opciones de respuesta tienen el mismo recorrido: es lineal y continuo. Dicho de otra forma: los segmentos en los que se subdivide las opciones de respuesta de los ítems mantienen idéntica distancia. Pasar de la opción 0 a la 1 es la misma que de la 1 a la 2 e igual que de la 2 a la 3: son métricamente idénticos y constantes. El peso asignado al ítem actúa como un multiplicador fijo sobre la puntuación (posteriormente estandarizada) que el sujeto haya elegido.

Constituye una ponderación que corrige el sesgo de otorgar los mismos pesos a todos los ítems con independencia de su aporte real al constructo. No obstante, depende de la media y desviación típica de su grupo, por lo que la corrección queda supeditada al grupo de calibración, restringiendo su utilidad como un indicador absoluto de criterio.

A continuación, se detallan los pasos a seguir para operar mediante esta técnica:

- Paso 1 (Extracción de Datos de Partida): A partir de los resultados del ACP para los ítems se extrajeron tres estadísticos de la muestra: el coeficiente de puntuación de componente de Bartlett, la media y su desviación típica.
- Paso 2 (Tipificación de Extremos de Respuesta): Se calculan las puntuaciones estándar teóricas para las respuestas extremas de cada ítem. Se determinó la puntuación Z mínima (el escenario en el que el paciente responde cero) y la puntuación Z máxima (cuando el paciente responde siempre tres), aplicando la fórmula de tipificación tradicional basada en la media y la desviación típica del grupo de calibración: puntuación menos la media partido la desviación típica.
- Paso 3 (Cálculo de Límites Factoriales): Multiplicando el coeficiente de Bartlett por las puntuaciones Z mínimas y máximas de cada ítem, se obtienen las matrices de aportes límite individuales. El sumatorio vertical de estos aportes (uno por cada ítem) da como resultado el rango factorial del test completo (el suelo y el techo factorial del constructo).
- Paso 4 (Determinación de Pesos Finales y Ajuste de Escala): Para que los datos finales tengan puntuaciones interpretables (el máximo y mínimo del PHQ-9 son cero y 27), se calculó un multiplicador escalar que divide el rango objetivo del instrumento entre el rango factorial obtenido. Este multiplicador se aplica a la relación entre el coeficiente y la desviación típica de cada reactivo para obtener los Pesos Finales (V_i). Finalmente, y para que la puntuación mínima siempre sea cero, se calcula una constante de ajuste global que neutraliza el desplazamiento

provocado por las medias de la muestra.

Corrección mediante el enfoque del Modelo de Crédito Parcial

Parte de la TRI teniendo como base los parámetros de discriminación y umbrales de categoría, calculados mediante ecuaciones de estimación logística. Asume que las distancias entre opciones de respuesta no son lineales ni equidistantes, permitiendo dar un peso diferencial a cada ítem y a cada opción de respuesta. Supone un cambio con respecto al enfoque de Barttlet dado que concede libertad métrica absoluta: el peso del ítem solo está limitado por la puntuación máxima del test. Mediante el reescalamiento Min-Max Global, los pesos se transforman en valores acumulados, estrictamente crecientes y positivos, blindando al sistema frente a distorsiones y acotando el resultado final en el rango universal de los extremos de la puntuación del test.

No depende de la estandarización de su muestra de referencia, por lo que el rasgo puede medirse con independencia del nivel de rasgo de la muestra de la que se obtuvo, pudieron establecerse puntos de corte diferenciales y hacer comparaciones más precisas. Al liberar al test de las restricciones de la muestra, la puntuación obtenida refleja la gravedad intrínseca de la sintomatología del paciente.

Pasos para el cálculo mediante la corrección del PMC:

- Paso 1 (extracción de parámetros logísticos): Primero se realiza una calibración no lineal del PHQ-9 mediante ecuaciones de estimación politómica (por ejemplo, mediante *lavaan* usando R (R Core Team, 2026) (véase anexo, Tabla I)). De este análisis se obtienen los parámetros de discriminación ($[a]_{ij}$), que miden la potencia de cada pregunta para distinguir la gravedad del rasgo, y los tres umbrales de categoría (conocidos en inglés como *thresholds*) (b_{ij}), que marcan el nivel de depresión necesarios para pasar de un nivel de respuesta al siguiente.
- Paso 2 (modelado de pesos acumulativos por nivel): A partir de la ecuación del PMC, se pasan de los umbrales lógicos aislados a umbrales de tipo acumulativo por opción de respuesta. Para evitar puntuaciones latentes negativas provocadas por el centrado poblacional del programa, se ejecuta una transformación lineal que desplaza el origen de la escala. Esto genera una matriz de pesos independientes, estrictamente crecientes y positivos, explicitando cada nivel del ítem en el test.
- Paso 3 (establecimiento del techo psicométrico): Se suman los pesos acumulados correspondientes al nivel máximo (respuesta tres en el test de todos ítems). Este sumatorio fija el límite superior del rasgo o "Techo Latente Absoluto" de la sintomatología del paciente.
- Paso 4 (reescalado proporcional directo): En lugar de utilizar constantes de sustracción poblacionales, se evalúa la respuesta del paciente, se extrae el peso positivo condicional que le corresponde a su nivel y se realiza un sumatorio directo. Esta puntuación se divide por el Techo Latente Absoluto y se multiplica

por la constante 27 (que es la puntuación máxima teórica del test). Al ser una proporción pura del rasgo, se dota de independencia de la muestra y se acotan las puntuaciones máximas y mínimas.

Corrección mediante interpretación clínica

Concretamente el PHQ-9 está basado en el DSM-IV y este no ha cambiado en su definición de depresión en el DSM5. Este tipo de corrección no implica sustituir los cálculos anteriores, sino darle un significado explicativo y predictivo; así como dotar de alertas clínicas.

Siguiendo las indicaciones del DSM5 en cuanto al TDM, su corrección como presencia o ausencia se marca en el mismo: cinco o más de los nueve ítems, en entre los que, al menos, deben estar presentes el de estado de ánimo y el de pérdida de interés o placer. Además, cobra relevancia el décimo e ignorado ítem del PHQ-9, que se refiere del malestar clínicamente significativo en las áreas social, laboral u otras áreas importantes. Desgraciadamente se marcan unos criterios diferenciales que implicarían evaluaciones diferentes: las utilizadas para descartar otros trastornos clínicos con los que pueden confundirse, respuestas normales del sujeto o acontecimientos inducidos o transitorios. Igualmente, para evaluar la gravedad o el curso del TDM se requiere de otras herramientas.

Para la corrección del test mediante criterios del DSM5 se tuvieron en cuenta sus condicionantes: al menos superar en un punto los ítems uno o dos (cualquiera de los dos), haber superado al menos cinco de los ítems (con puntuaciones mayores a cero) y haber superado el ítem de malestar significativo en las áreas importantes de la vida.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Descargo de responsabilidad

Se utilizó el programa Ollama con su modelo de IA nomotron-3-super:cloud como apoyo en limpieza y ejecución en el programa estadístico R.

Fuentes de Financiación

El autor declara que no recibió financiación para la realización de este estudio

Referencias

- Aitken, R. C. B. (1969). A Growing Edge of Measurement of Feelings. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62(10), 989–993. <https://doi.org/10.1177/003591576906201005>
- Bartlett, M. S. (1937). The statistical conception of mental factors. *British Journal of Psychology. General Section*, 28(1), 97–104. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1937.tb00863.x>

- González-Sánchez, A. (2023). *Mejoras psicométricas en la evaluación de la salud pública: depresión en Costa Rica* [Universidad de Salamanca]. <https://doi.org/10.14201/gredos.158237>
- González-Sánchez, A., Ortega-Moreno, R., Villegas-Barahona, G., Carazo-Vargas, E., Arias-LeClaire, H., & Vicente-Galindo, P. (2023). New cut-off points of PHQ-9 and its variants, in Costa Rica: a nationwide observational study. *Scientific Reports*, 13(1), 14295. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-41560-0>
- González-Sánchez, A., & Vicente Villardón, J. L. (2015). *Detección del funcionamiento diferencial de los ítems en el test MMSE en la población española* [Universidad de Salamanca]. <http://hdl.handle.net/10366/128281>
- Guttman, L. (1944). A Basis for Scaling Qualitative Data. *American Sociological Review*, 9(2), 139. <https://doi.org/10.2307/2086306>
- Likert, R. (1930). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55.
- Lord, F. M. (2012). *Applications of Item Response Theory To Practical Testing Problems*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203056615>
- Masters, G. N. (1982). A Rasch Model for Partial Credit Scoring. *Psychometrika*, 47(2), 149–174. <https://doi.org/10.1007/BF02296272>
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. University of Illinois Press.
- R Core Team. (2026). *R: A language and environment for statistical computing* (4.6.1). R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental. *Salud Mental*, 38(4), 235–236. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.032>
- Spearman, C. (1927). *The abilities of man: Their nature and measurement*. Macmillan.

Anexos

Tabla 1

Relación de comandos R, sus usos y sus librerías.

Comando/Función	Uso Específico	Librería	Notas de Compatibilidad
library(mirt)	Intento inicial para modelo PCM (falló por errores de versión en itemtype y extracción de parámetros)	mirt	Problemas: Unknown itemtype: pcm, errores en coef(..., IRTpars=TRUE)
library(eRm)	Intento intermedio (falló por ausencia de thresh() y estructura inesperada de \$betas)	eRm	Problemas: Error en thresh(pcm_model): no se pudo encontrar la función "thresh"
library(lavaan)	Solución final exitosa	lavaan	Funcionó con cfa() + estimator="WLSMV" + parameterEstimates()
as.data.frame(lapply(..., factor(..., levels=0:3, ordered=TRUE)))	Conversión de variables numéricas a factores ordinales (requisito para WLSMV en lavaan)	base R	Esencial para manejar correctamente datos de escala Likert (0-3)
cfa(modelo, data=phq_ordinal, ordered=..., estimator="WLSMV")	Estimación de modelo factorial confirmatorio unidimensional con estimador robusto para datos ordinales	lavaan	WLSMV es el oro estándar para variables ordinales como el PHQ-9
parameterEstimates(fit)	Extracción universal y version-independent de todos los parámetros del model	lavaan	Solucionó errores de lavInspect() (ej: "lambda" desconocido); funciona en todas las versiones de lavaan
pe[pe\$op == "=~", ...]	Filtra cargas factoriales (λ) de parameterEstimates()	lavaan	op == "=~" = relaciones latente ← ítem (análogas a discriminación)
`pe[pe\$op == " ", ...]`	Filtra umbrales (τ) de parameterEstimates()	lavaan	op == " " = umbrales de categoría (ítem \ nivel)
fitMeasures(fit, c(...))	Extracción robusta de índices de ajuste (evita problemas de slots en objetos lavaan)	lavaan	Alternativa segura a fit@test[[1]]\$stat etc. (que falló en su versión)
reliability(fit)\$omega.total	Cálculo de confiabilidad omega (equivalente moderno a alfa de Cronbach)	lavaan	Más adecuado para modelos factoriales que alfa de Cronbach tradicional

Una mirada al bienestar, las expectativas y la adaptación psicológica de la enfermedad celíaca, desde un enfoque biopsicosocial

Silvia Díez Rodríguez ¹

¹ Grupo de Trabajo Sin Gluten del Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León (COPCYL)
Supervisión: Miembros del Grupo de Trabajo Sin Gluten COPCYL
Coordinación y Supervisión: María Consuelo Cuenca Velasco

INFORMACIÓN

Recibido: 01/03/2026
Aceptado: 05/06/2026

Palabras clave:

enfermedad
celíaca, calidad
de vida,
perspectiva
biopsicosocial,
síntomatología
emocional,
asesoramiento
psicológico.

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad celíaca (EC) presenta un impacto que trasciende el plano digestivo, afectando a dimensiones emocionales, sociales y cognitivas que condicionan notablemente la calidad de vida. Su dimensión biológica mantiene una interdependencia sostenida con las áreas física, social y psicológica, de manera que cualquier cambio en una de ellas tiende a generar efectos en las demás. **Método:** Mediante una revisión de alcance, se ofrece una síntesis actualizada de once estudios recientes. Analiza, desde un enfoque biopsicosocial, los principales factores que intervienen en la percepción subjetiva de pérdida de bienestar. **Resultados:** Se evidencia que la ansiedad derivada de la vigilancia constante, la carga social asociada a la gestión alimentaria, la fatiga y determinados procesos cognitivos configuran un escenario de malestar persistente. Esta situación se mantiene incluso cuando se consigue mantener la sintomatología física bajo control. **Conclusiones:** La carga emocional constante y multifactorial exige nuevos enfoques con una amplitud holística y transversal. Resulta necesario proveer asesoramiento psicológico y estrategias de adaptación a la cronicidad acordes a cada individualidad. Utilizar esta sinergia desde la psicología permite no solo aliviar el malestar, sino mejorar la adherencia a la dieta sin gluten (DSG), repercutiendo positivamente en el bienestar conjunto.

A look at well-being, expectations and psychological adaptation in coeliac disease, from a biopsychosocial perspective

ABSTRACT

Keywords:

celiac disease,
quality of life,
biopsychosocial
perspective,
emotional
symptoms,
psychological
support.

Background: Coeliac disease (CD) has an impact that extends beyond the digestive system, affecting emotional, social and cognitive aspects that significantly influence quality of life. Its biological dimension is closely interlinked with the physical, social and psychological aspects, such that any change in one of these tends to have an effect on the others. **Method:** Through a systematic review, this paper provides an up-to-date synthesis of eleven recent studies. It analyses, from a biopsychosocial perspective, the main factors involved in the subjective perception of a loss of well-being. **Results:** Evidence suggests that anxiety arising from constant vigilance, the social burden associated with dietary management, fatigue and certain cognitive processes contribute to a state of persistent distress. This situation persists even when physical symptoms are successfully kept under control. **Conclusion:** The constant, multifactorial emotional burden calls for new approaches with a holistic and cross-cutting scope. It is necessary to provide psychological counselling and strategies for adapting to chronic conditions tailored to each individual. Utilising this synergy through psychology not only alleviates distress but also improves adherence to the gluten-free diet (GFD), thereby having a positive impact on overall well-being.

Citar como: Díez Rodríguez, S. (2026). Una mirada al bienestar, las expectativas y la adaptación psicológica de la enfermedad celíaca, desde un enfoque biopsicosocial. *Prolepsis. Revista de Investigación en Psicología*, 21(1), 20-41. <https://doi.org/10.67799/prolepsis.2026.13.1.01>

Autor y e-mail de correspondencia: Silvia Díez Rodríguez sinruidonigluten@gmail.com

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Introducción

La enfermedad celíaca (EC) ha pasado en las últimas décadas de ser considerada un trastorno gastrointestinal. La enfermedad celíaca (EC) ha pasado en las últimas décadas de ser considerada un trastorno gastrointestinal relativamente acotado, a una condición autoinmune multisistémica y crónica con profundas implicaciones en la vida diaria de quienes la padecen. Este cambio de perspectiva se debe, en parte, al aumento del número de diagnósticos, pero también a la creciente evidencia que muestra que los efectos de la enfermedad no se limitan al intestino delgado, sino que alcanzan dimensiones neuropsicológicas, emocionales y sociales (Stroebele-Benschop et al., 2025). La prevalencia global estimada, que supera ya el 1 % de la población, junto con el carácter crónico de la enfermedad, sitúa a la EC como un asunto relevante para los sistemas sanitarios y para la investigación interdisciplinar (Marsilio et al., 2020).

Aunque la dieta sin gluten (DSG) continúa siendo el tratamiento de referencia y, en la mayoría de los casos, la vía más eficaz para revertir la respuesta inmunitaria y prevenir complicaciones, numerosos estudios señalan que su cumplimiento no garantiza una recuperación integral del bienestar. Muchas personas experimentan mejoras fisiológicas claras, pero estas no siempre se acompañan de la proporcional reducción que podría esperarse del malestar emocional o de las dificultades sociales asociadas al manejo cotidiano de la enfermedad (Elwenspoek et al., 2024; Dochat et al., 2024). Esa divergencia entre “estar clínicamente mejor” y “sentirse mejor” es uno de los aspectos que ha impulsado la necesidad de abordar la EC desde marcos explicativos más amplios.

Además, la propia naturaleza del tratamiento (basado en la evitación austera, continua y sin posibilidad de error), impone una carga de responsabilidad sobre el paciente que resulta extraordinariamente elevada. La posibilidad permanente de contaminación cruzada, incluso en alimentos etiquetados como seguros, genera un obligado estado de alerta constante que afecta a la capacidad para disfrutar de actividades sociales y a la percepción de control sobre la propia salud (Payette et al., 2025). A ello se suma la falta de conocimiento generalizado en la población, que obliga a muchas personas celíacas a asumir el rol de “educadores” en su vida cotidiana, explicando repetidamente las implicaciones de su dieta y justificando precauciones que no siempre son comprendidas por el entorno.

Paralelamente, la evidencia reciente ha puesto de manifiesto que la EC puede asociarse con alteraciones cognitivas y emocionales, así como con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, incluso antes del diagnóstico o durante los primeros años de adaptación a la DSG (Alkhayyat et al., 2021; Fisicaro et al., 2022). Estos hallazgos han impulsado una revisión crítica y urgente del modelo biomédico tradicional, que se centraba en el daño intestinal, y han favorecido la adopción del enfoque biopsicosocial como marco capaz de integrar los aspectos médicos, psicológicos, relacionales y culturales que intervienen en la experiencia de la enfermedad.

Desde esta perspectiva, la EC no puede entenderse únicamente como una condición fisiológica, sino como un proceso complejo que exige una reorganización profunda de la

vida diaria. El diagnóstico constituye, para muchas personas, un punto de inflexión que obliga a replantear rutinas, hábitos sociales, decisiones alimentarias y expectativas personales. El modo en que se transita este periodo inicial tiene un peso determinante en la adaptación futura y, según muestran varios estudios, puede influir en el riesgo de desarrollar ansiedad, evitación social o comportamientos alimentarios desadaptativos entre otras consecuencias (Lee et al., 2021; Wheeler et al., 2022).

El enfoque biopsicosocial permite comprender la EC como una condición crónica en la que interactúan de forma dinámica factores biológicos, psicológicos y sociales; esta perspectiva resulta coherente con la creciente atención al eje intestino-cerebro, desde el que se ha señalado que los procesos digestivos, inmunológicos, neurobiológicos y psicológicos pueden influirse de manera recíproca en distintas enfermedades gastrointestinales crónicas (Günther et al., 2021). Desde este enfoque, los síntomas físicos, la respuesta inmunitaria y las exigencias dietéticas no pueden analizarse de manera aislada, ya que se relacionan con procesos emocionales, creencias sobre la enfermedad, estrategias de afrontamiento, apoyo social, participación en contextos cotidianos y percepción subjetiva de control, entre otros factores. En el caso de la EC, este marco resulta especialmente pertinente porque el tratamiento no se limita a una pauta médica puntual, sino que exige una reorganización sostenida de hábitos alimentarios, rutinas familiares, actividades sociales y expectativas personales lo que sitúa el impacto de la enfermedad en una comprensión no solo desde su dimensión digestiva o inmunológica, sino también desde las formas en que condiciona la identidad, la autonomía, la calidad de vida y la adaptación psicológica a largo plazo.

En este contexto, el objetivo de la presente revisión es examinar a modo “estado del arte” cómo la EC afecta a la calidad de vida y al bienestar emocional desde una perspectiva amplia, integrando los datos aportados por once estudios recientes. El propósito es no solo identificar los principales factores que condicionan la experiencia subjetiva de vivir con EC, sino también contribuir a que los modelos de atención incorporen, de manera más explícita, las necesidades psicológicas y sociales que suelen quedar fuera del abordaje clínico tradicional.

Método

Diseño del estudio

La presente investigación se diseñó como una revisión de alcance (*scoping review*) orientada a mapear la evidencia científica reciente sobre el impacto biopsicosocial de la enfermedad celíaca (EC), con especial atención a la calidad de vida, el bienestar emocional, la adaptación psicológica, la adherencia a la dieta sin gluten (DSG), el impacto social, la fatiga, los síntomas cognitivos y las conductas alimentarias asociadas. Este tipo de revisión se consideró adecuado debido al carácter amplio y exploratorio del objetivo planteado, centrado no en responder a una pregunta clínica cerrada ni en estimar la eficacia de una intervención concreta, sino en identificar, organizar y sintetizar los principales ejes temáticos presentes en la literatura reciente.

La elaboración del trabajo se guio por las directrices PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*), propuestas por Tricco et al. (2018), con el fin de reforzar la transparencia, la trazabilidad y la replicabilidad del proceso de búsqueda, selección y síntesis de los estudios incluidos. Asimismo, con el fin de reforzar la trazabilidad metodológica tras la revisión por pares, se realizó una búsqueda retrospectiva de verificación y actualización, cuyos resultados se incorporaron al proceso de selección documentado mediante el diagrama PRISMA-ScR.

Pregunta de revisión y objetivos

La pregunta que orientó la revisión fue la siguiente: ¿qué dimensiones biopsicosociales han sido descritas en la literatura reciente en relación con la calidad de vida, el bienestar emocional y la adaptación psicológica de las personas con enfermedad celíaca?

A partir de esta pregunta, el objetivo principal fue identificar y sintetizar la evidencia disponible sobre los factores psicológicos, sociales, cognitivos y conductuales que influyen en la experiencia subjetiva de vivir con EC. De forma específica, se buscó:

- a) Describir los principales ámbitos de afectación biopsicosocial señalados por la literatura.
- b) Identificar patrones comunes entre estudios de distinto diseño metodológico.
- c) Analizar la relación entre adherencia a la DSG, calidad de vida y malestar emocional
- d) Señalar las posibles implicaciones para la práctica psicológica y la atención interdisciplinar.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica inicial se realizó a través del portal de investigación profesional de Sacyl. Con el fin de reforzar la trazabilidad metodológica del proceso de selección y adecuar el manuscrito a las recomendaciones PRISMA-ScR, se llevó a cabo una búsqueda retrospectiva de verificación y actualización en PubMed. PubMed fue seleccionada como fuente principal para esta búsqueda retrospectiva porque los once estudios finalmente incluidos en la revisión de alcance se encontraban localizables en esta base de datos. La búsqueda se complementó con la comprobación manual de los títulos, revistas, años de publicación y DOI de los estudios seleccionados, con el fin de verificar su correspondencia con los criterios de elegibilidad definidos para la revisión.

La estrategia de búsqueda se centró en estudios publicados entre 2020 y 2025, escritos en inglés o español, con disponibilidad de texto completo y relacionados con la enfermedad celíaca, la calidad de vida, el bienestar emocional, la adaptación psicológica y otras dimensiones biopsicosociales asociadas. Se utilizaron términos en inglés y español, adaptados a la sintaxis de PubMed y combinados mediante operadores booleanos.

La búsqueda final ajustada fue la siguiente: (“celiac disease”[Title/Abstract] OR “coeliac disease”[Title/Abstract]) AND (“quality of life”[Title/Abstract] OR “mental

health"[Title/Abstract] OR anxiety[Title/Abstract] OR "social anxiety"[Title/Abstract] OR "psychological adjustment"[Title/Abstract] OR "well-being"[Title/Abstract] OR wellbeing[Title/Abstract]) AND ("gluten-free diet"[Title/Abstract] OR adherence[Title/Abstract] OR fatigue[Title/Abstract] OR "eating behavior"[Title/Abstract] OR "disordered eating"[Title/Abstract] OR stigma[Title/Abstract] OR "social support"[Title/Abstract] OR "cognitive symptoms"[Title/Abstract] OR "brain fog"[Title/Abstract]) AND ("2020"[Date - Publication] : "2025"[Date - Publication]).

Tras aplicar los filtros de disponibilidad de texto completo e idioma inglés o español, la búsqueda final ajustada arrojó 216 registros. Estos registros constituyeron la base documental sobre la que se reconstruyó el proceso de identificación y cribado representado en el diagrama PRISMA-ScR.

Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se muestran los criterios de inclusión y exclusión tenidos en cuenta para el presente estudio (Tabla 1)

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión aplicados en la selección de estudios

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios publicados entre 2020 y 2025.	Estudios no centrados específicamente en EC.
Trabajos escritos en español o inglés.	Investigaciones dedicadas exclusivamente a aspectos biomédicos, inmunológicos, genéticos o digestivos sin relación con variables psicológicas, sociales, conductuales o de calidad de vida.
Investigaciones centradas en personas con diagnóstico de EC.	Estudios sobre sensibilidad al gluten no celíaca u otras patologías digestivas cuando los resultados no se presentaban diferenciados para EC.
Estudios que analizaran al menos una dimensión psicológica, social, cognitiva, conductual o relacionada con la calidad de vida.	Revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor, comentarios, protocolos, capítulos de libro o documentos de opinión sin resultados empíricos originales.
Estudios empíricos con diseño cuantitativo, cualitativo, mixto, transversal, epidemiológico, correlacional o piloto.	Estudios sin acceso al texto completo.
Artículos con acceso al texto completo.	Publicaciones duplicadas.
Trabajos que aportaran resultados relevantes para comprender la experiencia biopsicosocial de la enfermedad celíaca.	Trabajos cuya muestra, variables o resultados no permitían responder a la pregunta de revisión.

Proceso de selección de los estudios

La búsqueda retrospectiva de verificación y actualización realizada en PubMed arrojó 216 registros tras aplicar los filtros de fecha de publicación, disponibilidad de texto completo e idioma inglés o español. Al tratarse de una búsqueda realizada en una única base de datos, no se identificaron duplicados, por lo que los 216 registros fueron sometidos a cribado por título y resumen.

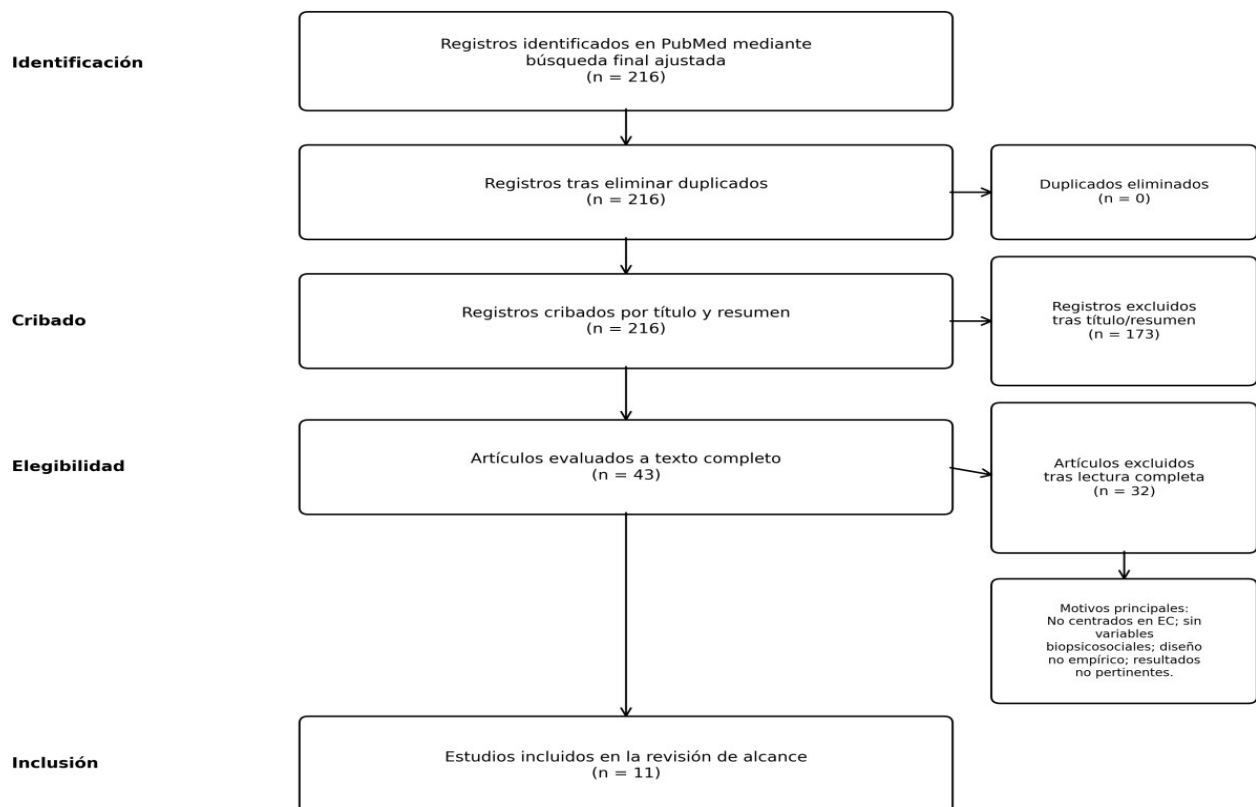
Durante esta fase inicial se excluyeron 173 registros por no ajustarse a la pregunta de revisión o a los criterios de elegibilidad.

Tras el cribado inicial, 43 artículos fueron evaluados a texto completo; de estos, se excluyeron 32 por no cumplir los criterios establecidos, principalmente por ausencia de resultados empíricos relevantes para la pregunta de revisión, falta de diferenciación específica de la EC, escasa relación con variables psicológicas o sociales, o limitada pertinencia para el enfoque biopsicosocial del estudio.

Finalmente, se incluyeron 11 estudios cuyo proceso completo de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión se representa en la Figura 1, elaborada conforme a la estructura PRISMA-ScR.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA-ScR



Nota. EC = enfermedad celíaca.

Evaluación metodológica de los estudios incluidos

Dado el carácter exploratorio de la revisión de alcance, la evaluación metodológica de los estudios incluidos no se utilizó como criterio de exclusión, sino como apoyo para interpretar la solidez y las limitaciones de la evidencia revisada. Se realizó una valoración descriptiva y crítica adaptada al diseño de cada estudio, atendiendo a la claridad de los objetivos, la adecuación de la muestra, la descripción de las variables analizadas, la pertinencia de los instrumentos o procedimientos utilizados y la coherencia entre objetivos, método y resultados.

En los estudios cuantitativos, transversales, correlacionales y epidemiológicos se consideró especialmente la definición de la muestra, la adecuación de las variables, el tipo de análisis realizado y la consistencia de los resultados. En los estudios cualitativos se valoró la congruencia entre el enfoque metodológico, el procedimiento de recogida de información y la interpretación de los hallazgos. En los estudios piloto se tuvo en cuenta su carácter exploratorio y la prudencia en la generalización de los resultados.

Síntesis de los resultados

La síntesis de los resultados se realizó de forma narrativa y temática, de acuerdo con el carácter exploratorio de la revisión de alcance, y tras la lectura de los estudios incluidos, los hallazgos se organizaron en torno a los principales ámbitos biopsicosociales identificados en la literatura revisada.

La agrupación temática permitió establecer cinco ejes principales: calidad de vida y persistencia del malestar emocional; ansiedad e hipervigilancia asociadas a la dieta sin gluten; impacto social, estigma y participación en contextos cotidianos; procesos cognitivos, fatiga y posibles correlatos neurobiológicos; y conductas alimentarias, adolescencia y vulnerabilidad psicológica.

No se realizó metaanálisis debido a la heterogeneidad de los diseños, muestras, variables e instrumentos empleados, así como al propósito exploratorio de la revisión. La representación porcentual de los ejes temáticos que aparece en el apartado de resultados se elaboró como una estimación descriptiva de su peso relativo, tomando como referencia su presencia y relevancia en los once estudios incluidos; no constituye un análisis estadístico inferencial ni una codificación cuantitativa formal, sino un recurso visual orientado a facilitar la lectura sintética de los resultados.

Consideraciones éticas

Al tratarse de una revisión de alcance basada en estudios previamente publicados, no fue necesaria la aprobación por parte de un comité de ética ni la obtención de consentimiento informado; no obstante, se respetaron los principios de integridad académica, citación rigurosa de las fuentes, transparencia metodológica y uso responsable de la información científica revisada.

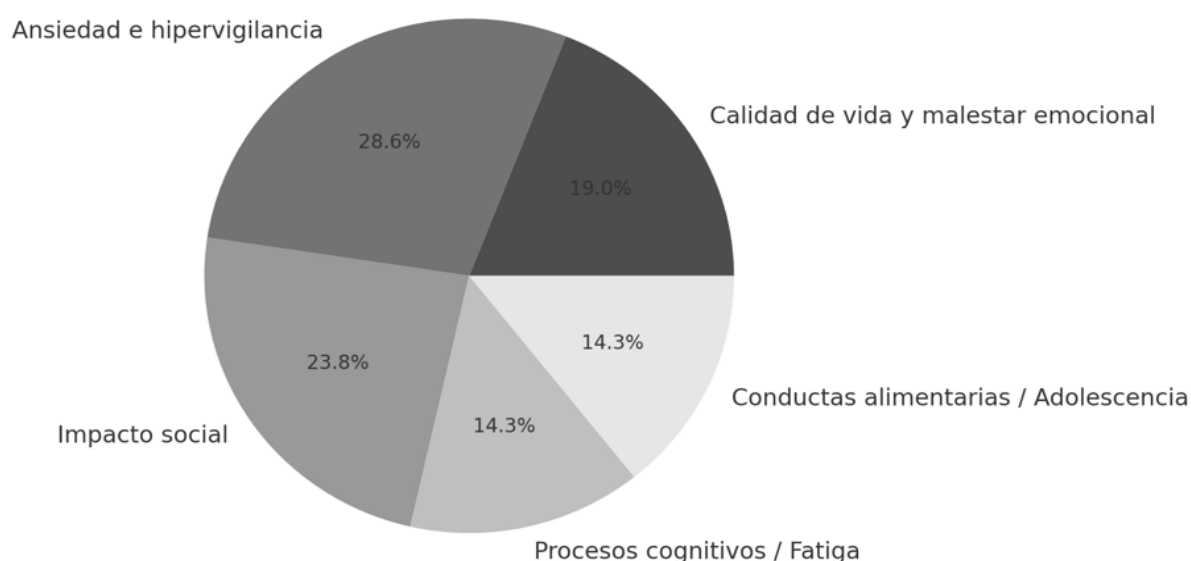
Resultados

La revisión de los 11 estudios seleccionados permitió identificar un conjunto de temas que convergen en la experiencia de la EC. Las características metodológicas y los hallazgos principales de estos estudios se presentan en la Tabla A1 (véase Tabla A1 anexada).

A continuación, se presenta de manera sintetizada la interpretación de los principales hallazgos, atendiendo tanto a los resultados cuantitativos como a la narrativa de carácter cualitativo que emerge de la literatura, estos patrones comunes se resumen en la Tabla A2 (véase Tabla A2 anexada).

Figura 2

Estimación descriptiva del peso relativo de los ejes temáticos identificados en la revisión



Nota. Estimación orientativa basada en la presencia y relevancia de los ejes temáticos en los once estudios incluidos. Los porcentajes no proceden de un análisis estadístico inferencial, sino de una síntesis narrativa y temática elaborada por la autora.

Como se muestra de forma orientativa en la Figura 2, el eje relativo a la ansiedad y la hipervigilancia concentra el mayor peso temático dentro de los estudios revisados. También destacan el impacto social y la calidad de vida vinculada al malestar emocional, dos dimensiones que atraviesan de manera recurrente la experiencia de vivir con EC. Con una presencia relativa menor, aunque clínicamente relevante, se sitúan los estudios que exploran procesos cognitivos y fatiga, así como aquellos centrados en conductas alimentarias y vulnerabilidad adolescente.

Calidad de vida y persistencia del malestar emocional

Uno de los rasgos más consistentes entre los estudios revisados es que la percepción sobre la calidad de vida de los pacientes con EC se sitúa sistemáticamente por debajo de la población sin la enfermedad, incluso cuando la adherencia a la dieta sin gluten (DSG)

es estricta. Según Marsilio et al. (2020), los participantes que seguían la DSG de forma rigurosa mostraban una mejoría física notable; sin embargo, esa mejoría no siempre se traducía en el bienestar emocional equivalente que podría esperarse. Este desajuste entre lo que ocurre a nivel biológico y la experiencia de vivencia diaria, es una constante que aparece repetida, con matices, en varios artículos.

El estudio de Elwenspoek et al. (2024) aporta un elemento adicional: la percepción subjetiva de dificultad para manejar la dieta parece ser más determinante que la propia sintomatología física. Pacientes sin grandes manifestaciones ni afectaciones clínicas, describen, aun así, una sensación de vulnerabilidad persistente. Muchos expresan que nunca tienen sensación de “tenerlo bajo control”, y esa incertidumbre termina configurando un estado emocional de fondo que acompaña al diagnóstico.

En esta línea, Dochat et al. (2024) muestra que la calidad de vida no responde a un único patrón, sino a distintos perfiles sintomáticos. Identifican, por ejemplo, personas con poca sintomatología física pero elevado malestar psicológico y, a la inversa, individuos con molestias físicas significativas que, sin embargo, mantienen un estado emocional relativamente estable. Este hallazgo ayuda a entender que la calidad de vida en la EC es un fenómeno multidimensional, donde las variables emocionales, cognitivas y sociales resultan tan relevantes como los síntomas médicos.

Ansiedad e hipervigilancia

En cuanto al peso de la autogestión diaria, la literatura coincide en que la EC implica una forma de vigilancia continua que no se limita al control de los alimentos, sino que se extiende a contextos sociales, decisiones cotidianas y espacios compartidos. Esta vigilancia permanente genera una forma de ansiedad sostenida en el tiempo.

Los datos de Lee et al. (2021) muestran que la ansiedad social es especialmente elevada entre mujeres jóvenes y personas con menor apoyo social, lo cual sugiere que el malestar no procede solo del riesgo de exposición al gluten, sino también del temor a ser juzgado o incomprendido por el entorno. Para muchos pacientes, la gestión de la dieta se convierte en una fuente de presión social. Payette et al. (2025) describen esta carga como una “tarea invisible”, pero omnipresente: comprobar etiquetas, preguntar en restaurantes, adaptar menús, anticipar errores de terceros etc. Lo interesante de este estudio es que varias personas reconocen que la DSG no es difícil únicamente a nivel alimentario, sino por el nivel de exigencia mental: previsión, memoria, capacidad de negociación y una alerta que raramente o nunca se desactiva.

El trabajo de Stroebele-Benschop et al. (2025) confirma que esta ansiedad es particularmente intensa en los primeros años tras el diagnóstico, aunque puede mantenerse en niveles elevados cuando el entorno no proporciona suficiente apoyo o cuando la persona convive con experiencias previas de contaminación accidental.

Por último, el análisis epidemiológico de Alkhayyat et al. (2021) añade una capa objetiva al problema: las personas con EC presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar trastornos de ansiedad respecto a la población general, lo que da sentido a

esta revisión situando este fenómeno no como un efecto secundario aislado, sino como un componente clínicamente relevante del cuadro global de la enfermedad.

Dimensión social

De todos los temas analizados, la dimensión social es quizá donde los estudios muestran mayor convergencia. La vida social (reuniones, viajes, celebraciones, actividad laboral) suele estar tanto en nuestra cultura como en muchas otras, estrechamente vinculada a la comida. Esta característica convierte muchas interacciones en otro escenario de riesgo para las personas celíacas, y es tan relevante que las acaba situando entre el aislamiento y la necesidad de ocultar la enfermedad.

En el trabajo cualitativo de Payette et al. (2025) aparecen testimonios que describen sentimientos de frustración, vergüenza o cansancio ante la necesidad de justificar continuamente la dieta y los motivos. La incompreensión del entorno se sitúa como una de las fuentes de malestar más frecuentes. Este elemento también está muy presente en Elwenspoek et al. (2024), cuyas respuestas en formato abierto muestran que una parte del sufrimiento emocional proviene de la sensación de soledad, o falta de compañía en la gestión de una dieta que exige tanto esfuerzo.

El estudio de Wheeler et al. (2022) profundiza aún más en el impacto social en la adolescencia, alumbrando el camino de la estigmatización. Varios participantes explican que prefieren ocultar su diagnóstico para evitar ser tratados como “diferentes”. Este mecanismo de protección (evitar hablar del tema, no corregir errores de otros, participar en comidas, aunque haya riesgo) aumenta la probabilidad de infringir la DSG, y genera un círculo de ansiedad, culpa y aislamiento.

Por su parte, Stroebele-Benschop et al. (2025) introducen una perspectiva cuantitativa que ayuda a dimensionar esta carga: estiman que las personas con EC invierten entre 30 y 80 minutos adicionales al día en tareas relacionadas con la preparación o supervisión de alimentos, además de un coste económico superior. Esta inversión no solo es temporal o económica, sino relacional: condiciona la espontaneidad y la participación social, pilares clave del bienestar.

Procesos cognitivos, fatiga y evidencia neurobiológica

Una aportación de especial relevancia proviene del estudio piloto de Fiscaro et al. (2022). Sus resultados muestran alteraciones hemodinámicas cerebrales en pacientes celíacos sin tratamiento, lo que abre la puerta a considerar que parte de los síntomas cognitivos descritos por los pacientes podrían tener un correlato biológico. La afectación del flujo sanguíneo en determinadas áreas cerebrales podría explicar sensaciones como la “niebla mental”, la lentitud cognitiva o la disminución de la atención sostenida.

Este hallazgo se da la mano con los resultados de Skjellerudsveen et al. (2022), que describen la fatiga como un fenómeno central e infravalorado en la EC. La fatiga no aparece solo en personas con sintomatología física intensa, sino también en quienes han visto mejorar su clínica tras iniciar la DSG. Los autores proponen que la fatiga podría estar

relacionada con vías neuroquímicas compartidas con la depresión, lo que explicaría el peso tan grande en la percepción de calidad de vida.

En su análisis de perfiles sintomáticos, Dochat et al. (2024) señalan que algunos grupos presentan un patrón particular: síntomas físicos moderados, pero fuerte afectación emocional y cognitiva. Esto apoya la idea de que el bienestar psicológico no siempre guarda una relación lineal con la sintomatología orgánica, sino que responde a dinámicas más complejas, en las que la dimensión cognitiva que puede tratarse desde la psicología tiene un papel central.

Conductas alimentarias, adolescencia y vulnerabilidad psicológica

Los datos de Efe & Tok (2024) resultan especialmente ilustrativos: entre adolescentes con EC, los niveles elevados de obsesividad y de asco ante ciertos alimentos se asocian con mayor probabilidad de desarrollar conductas alimentarias restrictivas o disfuncionales. La rigidez asociada a la DSG puede reforzar patrones cognitivos que constituyen factores de riesgo para trastornos alimentarios.

Complementariamente, Lee et al. (2021) muestran que la ansiedad social es un predictor claro de evitación alimentaria. La presión de tener que justificar lo que se come, explicar procedimientos o negociar menús crea un campo de cultivo para que algunas personas decidan limitar su participación en eventos sociales o adopten comportamientos alimentarios orientados a la evitación para pasar desapercibidos.

Finalmente, Wheeler et al. (2022) apuntan que la adolescencia es una etapa en la que las emociones que consideran estigmatizantes tienden a ocultarse, especialmente cuando el diagnóstico genera vergüenza o miedo a ser juzgado. Cuando este silenciamiento coincide con una dieta que exige tanta precisión, el riesgo de malestar psicológico aumenta significativamente.

Discusión

El análisis conjunto permite observar un patrón bastante sólido: la EC no solo altera dimensiones estrictamente biológicas, sino que permea otras áreas esenciales para el bienestar psicológico y social. Una visión estructurada de las implicaciones clínicas junto con sus propuestas para la práctica profesional puede consultarse en la Tabla A3 (véase la Tabla A3 anexada). Aunque la DSG constituye el pilar terapéutico, su impacto emocional y conductual está lejos de ser homogéneo. La mejora física derivada del tratamiento, aunque significativa en la mayoría de los casos, no es garantía de menor malestar mental, lo que sugiere que la vivencia de la enfermedad opera bajo lógicas más complejas de las que permite explicar el modelo biomédico tradicional.

Las publicaciones disponibles coinciden en señalar la ansiedad como uno de los síntomas más predominantes, tanto en personas recién diagnosticadas como en aquellas con años de experiencia en la DSG (Alkhayyat et al., 2021; Lee et al., 2021). No es una ansiedad inespecífica, sino una forma de preocupación constante ligada a la vigilancia

ambiental, a la anticipación del error y al temor a consecuencias físicas inesperadas. Esta forma de alerta permanente contribuye a un desgaste emocional que, en ocasiones, persiste incluso cuando la sintomatología digestiva se ha estabilizado, así, la enfermedad se experimenta no solo como un reto corporal, sino como una exigencia mental continua.

Un hallazgo que destaca en varios estudios revisados es el papel del entorno social como modulador del bienestar; la sensación de incompreensión, el tener que explicar los cuidados dietéticos y la percepción de ser juzgado por las propias necesidades alimentarias suponen una fuente de estrés persistente (Payette et al., 2025; Elwenspoek et al., 2024), y en este sentido, la calidad de vida parece depender tanto de la capacidad personal de gestionar la DSG como del grado de apoyo y reconocimiento de la comunidad. Allí donde el entorno se muestra receptivo y bien informado, la carga psicológica tiende a atenuarse; donde predomina la invisibilidad o se trivializa por desconocimiento, la experiencia emocional suele deteriorarse.

La adolescencia, como en otras áreas psicológicas, en la EC supone un periodo especialmente delicado, y los estudios centrados en población joven, como los de Wheeler et al. (2022) y Efe & Tok (2024), describen una combinación de factores que intensifica el malestar: mayor sensibilidad a la valoración social y el enjuiciamiento, inseguridad propia de la etapa y dificultad para expresar libremente necesidades o límites. En este marco, la EC puede llegar a interferir en procesos centrales del desarrollo, como la autonomía o la pertenencia al grupo de iguales, lo que apuntaría a la necesidad de intervenciones específicas en esta franja de edad, que no se limiten al plano nutricional, sino que aborden las dinámicas identitarias, sociales y por tanto emocionales que se suman al diagnóstico.

Otro elemento de interés proviene de los estudios que examinan la dimensión cognitiva y neurobiológica: los resultados de Fiscaro et al. (2022), junto con las observaciones sobre la fatiga persistente documentadas por Skjellerudsveen et al. (2022), añaden matices relevantes a la comprensión multidisciplinar: parte del malestar emocional podría estar reforzado por mecanismos fisiológicos que afectan a la atención, la capacidad de concentración o el rendimiento cognitivo, y aunque estas alteraciones no aparecen en todos los pacientes, su presencia justifica que se incorpore una valoración de la función mental dentro del seguimiento clínico.

En conjunto, los estudios revisados sugieren la conveniencia de avanzar hacia un modelo de atención integral en el que la psicología tenga un rol más visible, puesto que la introducción temprana de estrategias de afrontamiento, psicoeducación y apoyo emocional no solo contribuiría a mejorar la adaptación inicial al diagnóstico, sino que podría prevenir dificultades o patologías futuras relacionadas con la ansiedad, la evitación social o las conductas alimentarias desadaptativas (Dochat et al., 2024; Stroebele-Benschop et al., 2025). No se trata únicamente de acompañar un proceso clínico, sino de asesorar en una reconfiguración vital que será crónica, y afecta a la identidad, a las relaciones y a la percepción de control sobre la propia salud.

Desde el punto de vista aplicado, los hallazgos revisados apuntan a la conveniencia de incorporar intervenciones psicológicas breves y ajustadas al momento evolutivo y clínico

de cada paciente, en los que la psicoeducación puede favorecer una comprensión más realista de la enfermedad y de las exigencias de la DSG, reduciendo la culpa y la sensación de descontrol, especialmente cuando la calidad de vida se ve afectada por la percepción subjetiva de vulnerabilidad o dificultad para manejar la dieta (Elwenspoek et al., 2024; Dochat et al., 2024).

Las estrategias de regulación emocional y manejo de la ansiedad resultarían especialmente relevantes en pacientes con hipervigilancia, miedo a la contaminación cruzada o evitación de contextos sociales, dimensiones señaladas de forma recurrente en la literatura revisada (Lee et al., 2021; Payette et al., 2025; Stroebele-Benschop et al., 2025). Asimismo, las intervenciones centradas en afrontamiento, autoeficacia y flexibilidad psicológica pueden facilitar una adaptación más flexible a la cronicidad, mientras que el trabajo en comunicación asertiva y apoyo social puede ayudar a disminuir el aislamiento y la carga relacional asociada a la enfermedad (Hayes, 2015; Payette et al., 2025; Wheeler et al., 2022).

En adolescentes y jóvenes, resulta especialmente importante prestar atención a la imagen corporal, la presión del grupo, la ocultación del diagnóstico y la posible aparición de patrones alimentarios rígidos o evitativos (Efe & Tok, 2024; Lee et al., 2021; Wheeler et al., 2022).

Limitaciones

La presente revisión de alcance presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar sus resultados.

En primer lugar, la estrategia de búsqueda se reforzó mediante una búsqueda retrospectiva de verificación y actualización en PubMed, realizada con el objetivo de mejorar la trazabilidad del proceso de selección y adecuar el manuscrito a las recomendaciones PRISMA-ScR. Esta actualización permitió documentar de forma explícita la estrategia de búsqueda, los filtros aplicados, los criterios de elegibilidad y el flujo de identificación, cribado e inclusión de los estudios.

En segundo lugar, la revisión se centró en estudios publicados entre 2020 y 2025 y disponibles en inglés o español con acceso al texto completo, por lo que es posible que algunos trabajos relevantes publicados fuera de ese periodo, en otros idiomas o sin disponibilidad completa no hayan sido incluidos.

Asimismo, la heterogeneidad de los diseños, muestras, variables e instrumentos empleados impidió realizar una síntesis cuantitativa o metaanálisis.

Finalmente, dado el carácter exploratorio propio de una revisión de alcance, los resultados no deben interpretarse como conclusiones definitivas sobre la magnitud del impacto psicológico de la enfermedad celíaca, sino como una síntesis temática orientada a identificar áreas relevantes, patrones emergentes e implicaciones para la práctica psicológica y la investigación futura.

Conclusiones

Los resultados de esta revisión confirman que la enfermedad celíaca es una condición con repercusiones que superan ampliamente el plano digestivo; la interacción entre síntomas físicos, exigencias dietéticas, experiencias sociales y procesos emocionales genera un entramado complejo que condiciona la calidad de vida de las personas afectadas, y aunque la DSG sigue siendo el tratamiento central, su cumplimiento requiere un grado de autoexigencia y vigilancia que impacta de manera directa en el bienestar psicológico y en la participación social.

Los estudios revisados señalan repetidamente que la adherencia estricta a la DSG mejora la sintomatología física, pero no siempre conduce a un equilibrio emocional estable, puesto que la ansiedad asociada a la posibilidad de contaminación cruzada, el cansancio de sostener decisiones alimentarias en entornos poco adaptados y el riesgo de aislamiento configuran un escenario que demanda una mirada más amplia por parte de los sistemas de salud.

También se observa que la etapa vital en la que aparece el diagnóstico influye de forma notable en la adaptación. Los adolescentes y jóvenes, por ejemplo, presentan mayor vulnerabilidad a experimentar ansiedad social, evitación y comportamientos alimentarios rígidos, y en personas adultas, en cambio, el desgaste suele venir de la carga logística y del impacto en la vida profesional o familiar. Estas diferencias subrayan la necesidad de enfoques personalizados.

Por otro lado, el reconocimiento de posibles alteraciones cognitivas y neurobiológicas en algunos pacientes invita a considerar la EC como una condición que afecta a múltiples sistemas, y no solo al intestinal, y esta es una perspectiva que refuerza la legitimidad y la necesidad de incluir evaluaciones psicológicas y neurocognitivas en las intervenciones habituales.

Se identifican áreas que necesitan mayor atención investigadora, como el papel de los procesos cognitivos, el impacto a largo plazo de la ansiedad, o la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, fobias y patrones evitativos, entre otros, que podrían abordarse desde programas psicológicos específicos. En síntesis, la evidencia disponible apunta a la importancia de un abordaje biopsicosocial que incorpore apoyo psicológico desde el diagnóstico, y que contemple las necesidades emocionales, educativas y sociales de los pacientes, por lo que este artículo invita a detenerse en la necesidad de la integración de profesionales de la salud mental en los equipos multidisciplinares para facilitar una mejor adaptación, aumentar la adherencia a la DSG y mejorar aspectos cognitivos subjetivos y calidad de vida de quienes conviven con la enfermedad celíaca.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuentes de Financiación

Este estudio no ha contado con fuentes de financiación.

Referencias

- Alkhayyat, M., Qapaja, T., Aggarwal, M., Almomani, A., Abureesh, M., Al-otoom, O., Zmaili, M., Mansoor, E., & Abou Saleh, M. (2021). Epidemiology and risk of psychiatric disorders among patients with celiac disease: A population-based national study. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 36(8), 2165-2170. <https://doi.org/10.1111/jgh.15437>
- Dochat, C., Afari, N., Satherley, R.-M., Coburn, S., & McBeth, J. F. (2024). Celiac disease symptom profiles and their relationship to gluten-free diet adherence, mental health, and quality of life. *BMC Gastroenterology*, 24(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12876-023-03101-x>
- Efe, A., & Tok, A. (2024). Obsessive–Compulsive Symptomatology and Disgust Propensity in Disordered Eating Behaviors of Adolescents with Celiac Disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 85-96. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10163-4>
- Elwenspoek, M., Banks, J., Desale, P. P., Watson, J., & Whiting, P. (2024). Exploring factors influencing quality of life variability among individuals with coeliac disease: An online survey. *BMJ Open Gastroenterology*, 11(1), e001395. <https://doi.org/10.1136/bmigast-2024-001395>
- Fisicaro, F., Lanza, G., D'Agate, C. C., Pennisi, M., Cantone, M., Pennisi, G., Hadjivassiliou, M., & Bella, R. (2022). Cerebral hemodynamic changes to transcranial Doppler sonography in celiac disease: A pilot study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.931727>
- Günther, C., Rothhammer, V., Karow, M., Neurath, M. F., & Winner, B. (2021). The Gut-Brain Axis in Inflammatory Bowel Disease—Current and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(16), Article 16. <https://doi.org/10.3390/ijms22168870>
- Hayes, S. C. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Lee, A. R., Lebowitz, B., Lebowitz, J., Wolf, R. L., Ciaccio, E. J., & Green, P. H. R. (2021). Factors Associated with Maladaptive Eating Behaviors, Social Anxiety, and Quality of Life in Adults with Celiac Disease. *Nutrients*, 13(12), 4494. <https://doi.org/10.3390/nu13124494>
- Marsilio, I., Canova, C., D'Odorico, A., Ghisa, M., Zingone, L., Lorenzon, G., Savarino, E. V., & Zingone, F. (2020). Quality-of-Life Evaluation in Coeliac Patients on a Gluten-Free Diet. *Nutrients*, 12(10), 2981. <https://doi.org/10.3390/nu12102981>
- Payette, C. C., Desjardins, C., Lallanée, E., Marquis, M., & Perreault, M. (2025). Exploring Challenges Faced by Adults Living With Celiac Disease: A Food Literacy Perspective. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 38(2), e70057. <https://doi.org/10.1111/jhn.70057>
- Skjellerudsveen, B. M., Omdal, R., Hetta, A. K., Kvaløy, J. T., Aabakken, L., Skoie, I. M., & Grimstad, T. (2022). Fatigue: A frequent and biologically based phenomenon in newly diagnosed celiac disease. *Scientific Reports*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11802-8>

- Stroebele-Benschop, N., Rau, C. J., Dieze, A., & Bschaten, A. (2025). Life Challenges and Quality of Life of People Living With Coeliac Disease: Time of Diagnosis Matters. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 38(1). <https://doi.org/10.1111/jhn.13413>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Wheeler, M., David, A. L., Kennedy, J., & Knight, M. (2022). “I sort of never felt like I should be worried about it or that I could be worried about it” an interpretative phenomenological analysis of perceived barriers to disclosure by young people with coeliac disease. *British Journal of Health Psychology*, 27(4), 1296-1313. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12599>

Tabla A1

Características de los once estudios incluidos en la revisión de alcance

Autor y año	País	Diseño	Muestra	Variables principales	Hallazgo principal
Marsilio et al. (2020)	Italia	Estudio transversal	100 adultos con EC	Calidad de vida, adherencia a DSG	Disminución de la calidad de vida incluso con dieta estricta.
Lee et al. (2021)	EE. UU.	Estudio transversal	538 adultos con EC	Ansiedad social, conductas alimentarias, calidad de vida	La ansiedad social influye en el bienestar y en la participación social.
Alkhayyat et al. (2021)	EE. UU.	Estudio epidemiológico	112 340 pacientes con EC identificados en una base poblacional de 37 465 810 pacientes	Trastornos psiquiátricos asociados a EC	Mayor prevalencia de ansiedad frente a población general.
Elwenspoek et al. (2024)	Reino Unido	Encuesta online	215 personas con EC que completaron el cuestionario CD- QOL	Percepción de control, calidad de vida, dificultades con DSG	La vulnerabilidad percibida deteriora la calidad de vida.
Wheeler et al. (2022)	Reino Unido	Cualitativo (IPA)	7 jóvenes con EC (11-16 años)	Estigma, identidad, revelación del diagnóstico	Los jóvenes ocultan la EC por temor al juicio social.
Skjellerudsveen et al. (2022)	Noruega	Estudio transversal	90 pacientes con EC recién diagnosticada y 90 controles sanos emparejados por edad y sexo	Fatiga, síntomas físicos	La fatiga es un síntoma central incluso con tratamiento.
Payette et al. (2025)	Canadá	Cualitativo	743 adultos con EC	Alfabetización alimentaria, carga emocional	Gestión alimentaria percibida como sobrecarga cognitiva.
Fisicaro et al. (2022)	Italia	Estudio piloto (TCD)	15 personas con EC recién diagnosticada y 15 controles sanos emparejados por edad, sexo y nivel educativo	Perfusión cerebral, cognición	Se observan alteraciones hemodinámicas asociadas a síntomas cognitivos.

Tabla A1
Características de los once estudios incluidos en la revisión de alcance (continuación)

Autor y año	País	Diseño	Muestra	Variables principales	Hallazgo principal
Efe & Tok (2024)	Turquía	Estudio correlacional	148 adolescentes con EC y 104 controles emparejados por edad y sexo	Obsesividad, asco, conducta alimentaria	Elevado riesgo de conductas alimentarias desadaptativas.
Stroebele-Benschop et al. (2025)	Alemania	Estudio transversal	766 adultos con EC	Impacto diario, ansiedad, costes	La DSG conlleva un coste emocional y logístico elevado.
Dochat et al. (2024)	Reino Unido	Estudio mixto	523 adultos con EC autorreportada y confirmada por biopsia	Perfiles de síntomas, control percibido	El malestar emocional no siempre depende de los síntomas físicos.

Nota. La tabla resume características metodológicas y hallazgos clave de los estudios incluidos en la revisión. Elaboración propia.

Tabla A2

Síntesis temática de los hallazgos y su prevalencia en los once estudios seleccionados

Estudio	Calidad de vida y malestar emocional	Ansiedad e hipervigilancia	Impacto social	Procesos cognitivos / Fatiga	Conductas alimentarias y adolescencia
Marsilio et al. (2020)	Disminución de la calidad de vida incluso con adherencia a la DSG.	—	—	—	—
Lee et al. (2021)	—	Alta ansiedad social; presión ante comidas fuera de casa.	Dificultad para participar en eventos sociales.	—	Evitación alimentaria vinculada a ansiedad.
Alkhayat et al. (2021)	—	Mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en comparación con población general.	—	—	—
Elwenspoek et al. (2024)	Percepción de “falta de control”; vulnerabilidad persistente.	Hipervigilancia constante para evitar gluten.	Sentimiento de incomprensión en el entorno.	—	—
Wheeler et al. (2022)	—	—	Ocultación del diagnóstico; temor a estigma entre jóvenes.	—	Riesgo emocional y evitación en adolescencia.
Skjellerudsveen et al. (2022)	—	—	—	Fatiga intensa; posible base biológica.	—
Payette et al. (2025)	Malestar emocional continuo; sensación de “carga”.	Alerta permanente y sobrecarga cognitiva.	Frustración y desgaste por falta de alfabetización social.	—	—
Fisicaro et al. (2022)	—	—	—	Alteraciones hemodinámicas	—

Tabla A2
Síntesis temática de los hallazgos y su prevalencia en los once estudios seleccionados (continuación)

Estudio	Calidad de vida y malestar emocional	Ansiedad e hipervigilancia	Impacto social	Procesos cognitivos / Fatiga	Conductas alimentarias y adolescencia
				cerebrales; niebla mental.	
Efe & Tok (2024)	—	—	—	—	Obsesividad y asco asociados a riesgos alimentarios; perfiles vulnerables.
Stroebele- Benschop et al. (2025)	—	Ansiedad elevada en etapas iniciales; influencia del contexto.	Coste temporal y logístico de la DSG.	—	—
Dochat et al. (2024)	Perfiles sintomáticos diversos; malestar emocional no siempre ligado a síntomas físicos.	Preocupación persistente en determinados perfiles.	—	Asociación entre síntomas cognitivos y percepción de control.	—

Tabla A3

Implicaciones clínicas derivadas de los hallazgos y recomendaciones para la intervención profesional

Tema identificado	Implicación clínica	Recomendaciones para profesionales	Evidencia que lo respalda
Calidad de vida reducida a pesar de la adherencia a DSG	El bienestar emocional no mejora automáticamente con la dieta; persiste sensación de vulnerabilidad.	Explorar expectativas del paciente; trabajar la autoeficacia; validar la experiencia subjetiva; realizar seguimiento psicológico inicial tras el diagnóstico.	Marsilio et al. (2020); Elwenspoek et al. (2024); Dochat et al. (2024)
Ansiedad crónica e hipervigilancia	El miedo a la contaminación cruzada genera estrés continuo y desgaste mental.	Entrenamiento en regulación emocional; técnicas de manejo de ansiedad; psicoeducación sobre tolerancia a la incertidumbre; acompañamiento en la gestión diaria.	Lee et al. (2021); Payette et al. (2025); Stroebele-Benschop et al. (2025); Alkhayat et al. (2021)
Impacto social y aislamiento	La incomprensión del entorno y el miedo al juicio reducen la participación social.	Intervenciones centradas en habilidades de comunicación asertiva; trabajo en identidad; estrategias para abordar la revelación del diagnóstico; apoyo a redes sociales significativas.	Wheeler et al. (2022); Payette et al. (2025); Elwenspoek et al. (2024)
Fatiga y síntomas cognitivos	La fatiga persistente y la niebla mental afectan la concentración y el funcionamiento diario.	Evaluación neuropsicológica en fases iniciales; planificación de rutinas; gestión del descanso; psicoeducación para interpretar síntomas.	Skjellerudsveen et al. (2022); Fisicaro et al. (2022)
Riesgo en adolescencia: ansiedad social y conductas alimentarias desadaptativas	Mayor vulnerabilidad al impacto social, obsesividad y patrones alimentarios rígidos.	Trabajo específico en imagen corporal, autoaceptación y presión de grupo; prevención temprana de trastornos alimentarios; acompañamiento familiar.	Efe & Tok (2024); Wheeler et al. (2022); Lee et al. (2021)

Nota. La tabla integra los principales temas emergentes de la revisión y los vincula con recomendaciones psicológicas aplicables en la práctica clínica desde un enfoque biopsicosocial. Elaboración propia

Evaluación neuropsicológica y afectación emocional tras un accidente laboral *in itinere*: estudio de caso forense

Jordi Balada Farré

Doctorando, Universitat Jaume I (UJI), Castellón, España

INFORMACIÓN

Recibido: 22/05/2026

Aceptado: 12/06/2026

Palabras clave:

evaluación
psicológica
forense, daño
cerebral
adquirido,
depresión,
secuelas
neuropsico-
lógicas

RESUMEN

Antecedentes: Las secuelas neuropsicológicas y emocionales derivadas de accidentes laborales graves pueden afectar a la autonomía personal, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial. **Método:** Se presenta un estudio de caso único con enfoque multimétodo en una mujer de 63 años que sufrió un accidente laboral *in itinere* con posterior tromboembolismo pulmonar, parada cardiorrespiratoria e hipoxia cerebral. La evaluación incluyó entrevistas clínico-forenses, observación conductual y administración del Test Barcelona Abreviado, MMPI-2, LSB-50, BDI-II y SIMS. **Resultados:** Los hallazgos mostraron deterioro cognitivo moderado, especialmente en memoria verbal, atención sostenida y funciones ejecutivas; sintomatología depresiva grave; malestar psicológico clínicamente relevante; y afectación funcional. No se observaron indicadores psicométricos clínicamente significativos compatibles con simulación consciente o exageración deliberada de sintomatología. **Conclusiones:** Los resultados sugieren una afectación neuropsicológica y emocional compatible con las secuelas posteriores al accidente, destacando la utilidad del abordaje multimétodo en la evaluación psicológica forense de casos complejos.

Neuropsychological assessment and emotional impact following a commuting accident: a forensic case study

ABSTRACT

Keywords:

forensic
psychological
assessment,
acquired brain
injury,
depression,
neuro-
psychological
sequelae

Background: Neuropsychological and emotional sequelae resulting from severe occupational accidents may affect personal autonomy, quality of life, and psychosocial functioning. **Method:** A single-case study using a multimethod approach was conducted in a 63-year-old woman who suffered a commuting occupational accident followed by pulmonary thromboembolism, cardiorespiratory arrest, and cerebral hypoxia. The assessment included forensic-clinical interviews, behavioral observation, and administration of the Barcelona Short Test, MMPI-2, LSB-50, BDI-II, and SIMS. **Results:** Findings revealed moderate cognitive impairment, particularly in verbal memory, sustained attention, and executive functioning; severe depressive symptomatology; clinically significant psychological distress; and functional impairment. No clinically significant psychometric indicators compatible with conscious symptom simulation or deliberate symptom exaggeration were observed. **Conclusions:** The results suggest neuropsychological and emotional impairment consistent with post-accident sequelae, highlighting the usefulness of the multimethod approach in the forensic psychological assessment of complex cases.

Citar como: Balada Farré, J. (2026). Evaluación neuropsicológica y afectación emocional tras un accidente laboral in itinere: estudio de caso forense. *Prolepsis. Revista de Investigación en Psicología*, 21 (1), 42-59. <https://doi.org/10.67799/prolepsis.2026.13.1.02>

Autor y e-mail de correspondencia: Jordi Balada Farré al465580@uji.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Introducción

Las secuelas neuropsicológicas y emocionales derivadas de accidentes laborales graves constituyen una problemática de especial relevancia clínica y jurídico-forense debido a la complejidad inherente a su evaluación, evolución y repercusión funcional. En aquellos casos en los que concurren episodios de hipoxia cerebral secundaria a parada cardiorrespiratoria, las alteraciones cognitivas, emocionales y adaptativas pueden adquirir un carácter persistente, afectando significativamente la autonomía personal, el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida de las personas afectadas (López-Sendón, 2020). La valoración de este tipo de secuelas resulta particularmente compleja en contextos médico-legales, donde no solo debe determinarse la existencia de afectación neuropsicológica y emocional, sino también su plausibilidad clínica, consistencia sintomática y repercusión funcional real.

La literatura científica ha descrito que los procesos hipóxico-isquémicos cerebrales pueden producir alteraciones persistentes en memoria, atención sostenida, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas, observándose además una frecuente asociación entre deterioro cognitivo adquirido y sintomatología depresiva en población con daño neurológico vascular o adquirido (Bermúdez-García et al., 2023; Williams & Demeyere, 2021). Estas secuelas suelen coexistir con limitaciones funcionales y afectación psicosocial significativa, especialmente cuando aparecen discapacidades sensoriales o deterioro físico sobrevenido. Diversos estudios han evidenciado que la pérdida de autonomía, el aislamiento social y la alteración del rol laboral previo constituyen factores de riesgo relevantes para el desarrollo de cuadros depresivos reactivos y deterioro de la percepción subjetiva de calidad de vida (Lugo et al., 2023).

En este sentido, la discapacidad visual adquirida y las limitaciones funcionales persistentes pueden generar procesos complejos de adaptación psicológica caracterizados por sentimientos de inutilidad, pérdida identitaria, desesperanza y deterioro progresivo del funcionamiento adaptativo. La evidencia científica actual sostiene que las secuelas derivadas de daño cerebral adquirido no pueden comprenderse exclusivamente desde una perspectiva biomédica o neurológica, sino desde un modelo biopsicosocial integrador que contemple la interacción entre daño orgánico, afectación emocional, funcionamiento adaptativo y contexto psicosocial posterior (Samper, 2016). Asimismo, investigaciones recientes en neuropsicología clínica y forense han señalado la frecuente interacción entre deterioro neurocognitivo adquirido y sintomatología psicopatológica secundaria, especialmente en pacientes con alteraciones funcionales persistentes y discapacidad sobrevenida (Ariño Jordán & Gheorghe, 2024).

Desde el ámbito de la psicología jurídica y forense, la evaluación de este tipo de secuelas plantea importantes desafíos metodológicos y diagnósticos. La coexistencia de daño neurológico objetivo, afectación emocional clínicamente significativa y posibles contextos de reclamación judicial exige procedimientos de evaluación rigurosos que permitan valorar tanto la consistencia clínica del cuadro presentado como la posible existencia de fenómenos de sobreexpresión sintomática o simulación. En este contexto, la

evaluación multimétodo basada en entrevistas clínico-forenses, observación conductual y administración de instrumentos psicométricos validados constituye uno de los abordajes con mayor respaldo científico en la práctica pericial contemporánea (Tirapu-Ustárriz, 2007; American Psychological Association, 2013; Sweet et al., 2021). Del mismo modo, la neuropsicología forense aplicada ha destacado la necesidad de integrar múltiples fuentes de información para incrementar la fiabilidad diagnóstica y reducir sesgos interpretativos en la valoración de secuelas neurocognitivas complejas (Dujo López & Nagore Casas, 2024).

La evaluación de la validez sintomática adquiere una relevancia particular en procedimientos periciales relacionados con incapacidad, secuelas o reclamaciones indemnizatorias. Instrumentos como el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) y el Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) han demostrado utilidad clínica y forense para explorar patrones de respuesta inconsistentes, fenómenos de exageración sintomática y posibles indicadores de simulación, permitiendo mejorar la consistencia diagnóstica en contextos médico-legales (Arce, 2018). La evidencia actual sugiere que la valoración de la validez sintomática debe fundamentarse en la convergencia de múltiples indicadores clínicos, conductuales y psicométricos, evitando establecer conclusiones basadas exclusivamente en un único instrumento o criterio aislado (Slick et al., 1999; Sherman et al., 2020; Sweet et al., 2021). No obstante, la diferenciación entre malestar emocional genuino, amplificación sintomática y afectación funcional secundaria continúa representando uno de los principales retos metodológicos de la psicología forense aplicada.

A estas dificultades se añade la existencia de diversas controversias diagnósticas y metodológicas presentes en la literatura científica. En particular, la delimitación entre secuelas neurocognitivas directamente atribuibles al daño cerebral adquirido, alteraciones emocionales secundarias a dicho daño y reacciones psicológicas asociadas a la pérdida de autonomía o al cambio de rol vital continúa siendo objeto de debate. Del mismo modo, la interpretación de los síntomas en contextos médico-legales plantea desafíos específicos relacionados con la evaluación de la validez sintomática, la influencia de factores contextuales y la necesidad de diferenciar entre malestar psicológico genuino, amplificación involuntaria de síntomas y sobreexpresión deliberada (Sherman et al., 2020).

Estas cuestiones han llevado a diversos autores a defender modelos de evaluación integradores basados en la convergencia de múltiples fuentes de información, considerando insuficiente la utilización aislada de entrevistas clínicas o instrumentos psicométricos para la formulación de conclusiones periciales complejas (Sweet et al., 2021). Desde esta perspectiva, la integración de información clínica, neuropsicológica, conductual y documental constituye actualmente una de las estrategias con mayor respaldo para incrementar la fiabilidad de las conclusiones emitidas en contextos de evaluación forense (American Psychological Association, 2013; Slick et al., 1999; Sherman et al., 2020; Sweet et al., 2021).

Por otra parte, la literatura especializada ha señalado que las secuelas neuropsicológicas derivadas de daño cerebral adquirido presentan una elevada heterogeneidad clínica, observándose diferencias significativas en la evolución funcional, el impacto emocional y la capacidad adaptativa de las personas afectadas (Bermúdez-García et al., 2023; Williams & Demeyere, 2021). Esta variabilidad obliga a contextualizar cada caso desde una perspectiva individualizada, considerando antecedentes premórbidos, evolución clínica, entorno social y funcionamiento adaptativo previo y posterior al evento traumático (Samper, 2016; Ariño Jordán & Gheorghe, 2024).

En consecuencia, el estudio de casos clínico-forenses complejos continúa constituyendo una herramienta relevante para profundizar en la comprensión de los procesos neuropsicológicos, emocionales y funcionales asociados al daño cerebral adquirido en contextos médico-legales (Dujo López & Nagore Casas, 2024). En línea con esta perspectiva, el análisis individualizado de casos forenses permite integrar hallazgos clínicos, psicométricos y contextuales, favoreciendo una valoración más ajustada de la relación entre funcionamiento psicológico, capacidad adaptativa y relevancia jurídico-forense del cuadro evaluado (Miguel-Alvaro & Dujo López, 2026).

El presente estudio de caso tiene como objetivo analizar, desde una perspectiva psicológico-forense y neuropsicológica, las secuelas cognitivas, emocionales y funcionales observadas en una mujer que sufrió un accidente laboral *in itinere* con posterior tromboembolismo pulmonar, parada cardiorrespiratoria e hipoxia cerebral. Mediante un abordaje multimétodo basado en entrevistas clínico-forenses, observación conductual y administración de pruebas psicométricas estandarizadas (Sweet et al., 2021), se pretende explorar la afectación neuropsicológica y emocional de la participante, así como valorar la consistencia clínica de la sintomatología manifestada y su repercusión funcional en la vida cotidiana.

Método

Diseño

El presente trabajo se desarrolló mediante un estudio de caso único con enfoque multimétodo, integrando estrategias de evaluación cuantitativa y cualitativa propias del ámbito de la psicología jurídica y la neuropsicología forense. Este tipo de abordaje resulta especialmente útil en contextos médico-legales complejos, donde la comprensión del funcionamiento cognitivo, emocional y adaptativo requiere la integración de múltiples fuentes de información y procedimientos de evaluación complementarios (Dujo López & Nagore Casas, 2024).

El objetivo principal de la evaluación fue analizar las secuelas neuropsicológicas, emocionales y funcionales derivadas de un accidente laboral *in itinere* con posterior hipoxia cerebral secundaria a parada cardiorrespiratoria, explorando además la consistencia clínica de la sintomatología manifestada y su repercusión funcional en la vida cotidiana de la participante.

Participante

La participante fue una mujer de 63 años en situación de incapacidad permanente, con antecedentes de accidente laboral in itinere ocurrido en 2013. A nivel académico, cursó estudios de Veterinaria hasta tercer curso universitario. Previamente al accidente desarrolló una trayectoria laboral diversa, desempeñando funciones como empresaria, dependienta, comercial, secretaria, trabajadora de la limpieza y pescadera, siendo esta última su ocupación en el momento del accidente.

Según la información clínica y biográfica disponible, no constaban antecedentes psiquiátricos o psicológicos relevantes previos al evento traumático, ni antecedentes documentados de deterioro neurocognitivo. La participante refería un funcionamiento autónomo e independiente previo al accidente, manteniendo actividad laboral habitual, relaciones familiares estables y capacidad funcional conservada para las actividades de la vida diaria.

Entre los antecedentes médicos previos destacaban asma crónica, obesidad, tabaquismo y una fractura de maléolo peroneal izquierdo ocurrida meses antes del accidente. En relación con el consumo de sustancias, la participante refirió antecedentes de consumo de tabaco desde la adolescencia y consumo ocasional de alcohol previo al accidente, describiendo un incremento posterior de ambos hábitos tras la aparición de las secuelas y las limitaciones funcionales derivadas del evento traumático.

Tras el evento traumático presentó tromboembolismo pulmonar bilateral, parada cardiorrespiratoria e hipoxia cerebral, desarrollando posteriormente deterioro cognitivo, discapacidad visual severa, limitaciones funcionales persistentes y sintomatología depresiva de evolución crónica. Durante las entrevistas clínico-forenses, la participante refirió pérdida significativa de autonomía personal y afectación en las áreas social, laboral y emocional, así como dificultades relevantes para la realización de actividades cotidianas previamente normalizadas.

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo en un despacho profesional mediante un total de seis sesiones distribuidas entre entrevistas clínico-forenses, observación conductual y administración de pruebas psicométricas estandarizadas. Previamente al inicio de la exploración, la participante firmó el correspondiente consentimiento informado, garantizándose la confidencialidad, voluntariedad y protección de datos personales conforme a la normativa ética y deontológica aplicable a la práctica de la psicología forense.

Durante las entrevistas se exploraron antecedentes psicobiográficos, historial médico, evolución clínica posterior al accidente, funcionamiento adaptativo y repercusión psicosocial de las secuelas observadas. Paralelamente, se realizó observación conductual no participante en contexto formal de evaluación, prestando especial atención a la coherencia discursiva, comprensión de instrucciones, funcionamiento atencional y

manifestaciones emocionales observables.

La administración de las pruebas se adaptó a las limitaciones visuales de la participante, priorizando modalidades verbales y evitando tareas con elevada carga perceptiva visual. Posteriormente, los resultados obtenidos fueron integrados mediante análisis clínico-forense multimétodo, considerando la coherencia intermedida, la consistencia sintomática y la congruencia entre información documental, observación clínica y resultados psicométricos. Este enfoque resulta consistente con las recomendaciones actuales de la neuropsicología forense aplicada en la evaluación de secuelas neurocognitivas complejas (Dujo López & Nagore Casas, 2024).

Para la integración de la información obtenida se siguió un criterio clínico-forense basado en la convergencia progresiva de fuentes independientes. La entrevista clínico-forense permitió reconstruir la evolución psicobiográfica, médica, emocional y funcional de la participante; la observación conductual aportó información directa sobre su actitud ante la evaluación, comprensión de instrucciones, nivel de esfuerzo, coherencia discursiva y manifestaciones emocionales observables; la documentación médica permitió contextualizar la plausibilidad lesional y la evolución clínica posterior al accidente; y las pruebas psicométricas ofrecieron indicadores estandarizados sobre funcionamiento neuropsicológico, sintomatología emocional, personalidad clínica y validez sintomática.

La ponderación de los datos no se realizó atribuyendo valor concluyente a una única fuente de información, sino valorando el grado de congruencia entre ellas. Se otorgó mayor solidez interpretativa a aquellos hallazgos que aparecieron de forma consistente en diferentes procedimientos de evaluación, especialmente cuando existía correspondencia entre los antecedentes médicos documentados, las dificultades funcionales referidas, la conducta observada durante las sesiones y los resultados psicométricos obtenidos. Por el contrario, cualquier dato aislado, discordante o susceptible de estar influido por factores contextuales fue interpretado con cautela y contrastado con el resto de la información disponible antes de ser incorporado a la formulación clínico-forense final.

Este procedimiento permitió reducir el riesgo de inferencias basadas exclusivamente en autoinforme o en puntuaciones psicométricas aisladas, favoreciendo una interpretación integrada del funcionamiento cognitivo, emocional y adaptativo de la participante en el contexto específico de una evaluación psicológico-forense.

Instrumentos

Entrevista clínico-forense y observación conductual

La evaluación incluyó entrevistas clínico-forenses semiestructuradas orientadas a explorar antecedentes personales, evolución clínica, funcionamiento cotidiano y repercusión emocional y funcional posterior al accidente. Asimismo, se realizó observación conductual sistemática durante las sesiones de evaluación.

Test Barcelona Abreviado

Para la valoración neuropsicológica se utilizaron subpruebas seleccionadas del Test Barcelona Abreviado (Peña-Casanova, 2005). La elección de las tareas administradas respondió tanto a criterios clínicos como a las limitaciones funcionales derivadas de la discapacidad visual severa de la participante. Por este motivo, se priorizaron aquellas subpruebas cuya ejecución dependía fundamentalmente de procesos verbales, atencionales y ejecutivos, minimizando la influencia de demandas perceptivas visuales susceptibles de interferir en la interpretación de los resultados.

La selección permitió explorar dominios neuropsicológicos especialmente relevantes en pacientes con antecedentes de hipoxia cerebral, incluyendo memoria verbal inmediata y diferida, atención sostenida, memoria de trabajo, abstracción verbal y razonamiento. Asimismo, se incluyeron tareas orientadas a valorar aspectos del funcionamiento ejecutivo y de la capacidad de procesamiento cognitivo, frecuentemente afectados en cuadros de daño cerebral adquirido.

Esta adaptación metodológica tuvo como objetivo preservar la validez clínica de la exploración neuropsicológica, evitando que las limitaciones visuales condicionaran artificialmente el rendimiento observado. En consecuencia, los resultados obtenidos fueron interpretados conjuntamente con la observación conductual, los antecedentes médicos documentados y el resto de fuentes de información disponibles, siguiendo las recomendaciones actuales de la neuropsicología forense aplicada para la evaluación de casos complejos.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)

La evaluación de personalidad y sintomatología clínica se realizó mediante el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) (Butcher et al., 2001), instrumento ampliamente utilizado en contextos clínicos y forenses para la exploración psicopatológica y el análisis de validez de respuesta.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

La sintomatología depresiva fue evaluada mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck et al., 2011), con el objetivo de explorar la intensidad y características de la afectación depresiva.

Listado de Síntomas Breve (LSB-50)

El malestar psicológico global y la sintomatología psicopatológica asociada fueron explorados mediante el Listado de Síntomas Breve (LSB-50) (Abuín & de Rivera, 2014), instrumento utilizado para la evaluación multidimensional de síntomas psicológicos y psicosomáticos.

Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

Finalmente, se administró el Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)

con la finalidad de explorar posibles indicadores de simulación o exageración deliberada de sintomatología, aspecto especialmente relevante en contextos de evaluación pericial y reclamación médico-legal (Arce, 2018).

Resultados

Durante el proceso de evaluación, la participante mostró actitud colaboradora, adecuada comprensión de las instrucciones y ausencia de contradicciones relevantes en el discurso clínico. La información obtenida mediante entrevistas clínico-forenses, observación conductual, documentación médica aportada y pruebas psicométricas presentó una adecuada coherencia intermedia, observándose congruencia entre la sintomatología referida, las limitaciones funcionales descritas y los resultados obtenidos en la exploración neuropsicológica y psicopatológica.

Evaluación neuropsicológica

La administración del Test Barcelona Abreviado se adaptó a la discapacidad visual severa de la participante, excluyéndose aquellas subpruebas con elevada carga perceptiva visual. Los resultados obtenidos mostraron un rendimiento disminuido en memoria verbal, atención sostenida y funciones ejecutivas.

Dado que la exploración se realizó mediante una selección adaptada de subpruebas compatibles con la discapacidad visual de la participante, los hallazgos deben interpretarse como indicadores clínicos del funcionamiento neurocognitivo y no como una estimación global del rendimiento en la totalidad de dominios evaluables mediante la batería completa. No obstante, la consistencia observada entre las distintas tareas administradas permitió identificar un patrón homogéneo de dificultades cognitivas compatible con los antecedentes neurológicos documentados.

La interpretación de los resultados neuropsicológicos se realizó considerando las características individuales de la participante, particularmente su edad, nivel educativo, trayectoria ocupacional previa y la presencia de discapacidad visual severa adquirida tras el accidente. Debido a esta limitación sensorial, se excluyeron aquellas subpruebas cuya ejecución dependía significativamente del procesamiento visual, priorizándose tareas de naturaleza verbal y auditiva.

Por este motivo, los resultados obtenidos deben interpretarse desde una perspectiva clínica integradora más que exclusivamente normativa. Las puntuaciones observadas fueron valoradas conjuntamente con la observación conductual, la información funcional aportada durante las entrevistas y los antecedentes médicos documentados. Esta aproximación resulta especialmente relevante en contextos neuropsicológicos complejos, donde determinadas limitaciones sensoriales pueden influir parcialmente en el rendimiento observado sin constituir necesariamente el origen principal de las alteraciones cognitivas detectadas.

En memoria de textos obtuvo 8 puntos en evocación inmediata, 13 puntos en preguntas

de memoria inmediata, 6 puntos en evocación diferida y 12 puntos en preguntas de memoria diferida. En las tareas atencionales presentó 5 puntos en dígitos directos y 3 puntos en dígitos inversos. Asimismo, obtuvo 13 puntos en evocación categorial, 5 puntos en problemas aritméticos y 4 puntos en semejanzas-abstracción.

En conjunto, los resultados sugieren un perfil compatible con deterioro cognitivo moderado, especialmente en procesos relacionados con memoria verbal, atención sostenida, capacidad de abstracción y funcionamiento ejecutivo. Durante la exploración también se observaron lentificación cognitiva, dificultades en el mantenimiento del esfuerzo atencional y necesidad ocasional de repetición de instrucciones complejas.

Evaluación psicopatológica y de personalidad

En el MMPI-2, las escalas de validez mostraron puntuaciones $L = T 52$ y $K = T 38$, compatibles con baja defensividad psicológica y ausencia de estrategias evidentes de minimización sintomática. Las escalas F y Fb alcanzaron puntuaciones elevadas ($T 85$ y $T 82$, respectivamente), indicativas de malestar psicológico clínicamente significativo. Los índices VRIN ($T 47$) y TRIN ($T 44$) se situaron dentro de rangos normativos, sin evidenciar inconsistencias relevantes en el patrón de respuesta.

En las escalas clínicas destacaron elevaciones en Hipocondría ($Hs = T 78$), Depresión ($D = T 84$) e Histeria ($Hy = T 76$). Este perfil resulta compatible con sintomatología depresiva intensa, elevada preocupación somática y afectación emocional significativa, observándose además sentimientos de desesperanza, fatiga persistente y elevada focalización en las limitaciones funcionales derivadas de las secuelas físicas y neuropsicológicas.

En las escalas suplementarias del MMPI-2, la puntuación obtenida en PTSD-Keane fue de $T 48$, sin indicios destacados de sintomatología postraumática manifiesta. No obstante, la escala PTSD-Subtle alcanzó $T 63$, reflejando malestar emocional clínicamente relevante y afectación psicológica persistente asociada al proceso adaptativo posterior al accidente.

En relación con las escalas suplementarias asociadas al consumo de sustancias, la Addiction Acknowledgement Scale obtuvo una puntuación T de 67 y la Addiction Potential Scale una puntuación T de 72. Estos resultados sugieren reconocimiento de dificultades relacionadas con el consumo y una mayor vulnerabilidad hacia conductas potencialmente adictivas. No obstante, dichas puntuaciones deben interpretarse con cautela, ya que por sí solas no constituyen evidencia diagnóstica suficiente para establecer la existencia de un trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias, requiriéndose para ello una evaluación clínica específica complementaria.

Sintomatología emocional y malestar psicológico

En el Listado de Síntomas Breve (LSB-50) se observaron puntuaciones elevadas en ansiedad (79), depresión (82) y somatización (73). Estos resultados resultaron coherentes con la sintomatología descrita durante las entrevistas clínicas, especialmente en relación con desmotivación persistente, alteraciones del sueño, nerviosismo, fatiga y molestias

corporales inespecíficas.

Por su parte, en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), la participante obtuvo una puntuación total de 31 puntos, compatible con sintomatología depresiva grave. Destacaron especialmente los ítems relacionados con desesperanza, anhedonia, culpa, fatiga, llanto e indecisión, observándose una afectación emocional significativa y mantenida en el tiempo.

Análisis de validez sintomática

En el Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) se obtuvo una puntuación total de 12 puntos, situándose por debajo del punto de corte clínico de 17. Estos resultados no mostraron indicadores clínicamente significativos compatibles con simulación consciente o exageración deliberada de sintomatología.

La ausencia de elevaciones clínicamente significativas en el SIMS resultó congruente con las escalas de validez del MMPI-2, la observación conductual y la coherencia observada entre discurso clínico, limitaciones funcionales referidas y documentación médica aportada. Asimismo, durante las entrevistas clínico-forenses no se observaron indicadores relevantes de inconsistencia narrativa, contradicciones significativas, dramatización manifiesta o discrepancias sustanciales entre el funcionamiento referido y el observado durante la evaluación.

No obstante, desde una perspectiva metodológica, la ausencia de indicadores positivos en instrumentos de validez sintomática no permite descartar de forma absoluta cualquier posible alteración en los estilos de respuesta. En consecuencia, los resultados deben interpretarse en términos de probabilidad clínica y no de certeza absoluta. En el presente caso, la convergencia observada entre múltiples fuentes independientes de información reduce significativamente la probabilidad de simulación consciente o exageración deliberada de sintomatología, sin que puedan excluirse completamente otros factores inherentes a cualquier proceso de evaluación psicológica.

Integración clínico-forense de resultados

La integración multimétodo de los resultados obtenidos permitió identificar un perfil compatible con deterioro neuropsicológico moderado, sintomatología depresiva grave, malestar psicológico clínicamente significativo y afectación funcional relevante, observándose repercusión significativa en la autonomía personal, el funcionamiento cotidiano y la adaptación psicosocial de la participante.

Los hallazgos obtenidos mostraron coherencia entre antecedentes médicos, funcionamiento adaptativo descrito, observación clínica y resultados psicométricos, reforzando la plausibilidad clínica del cuadro neuropsicológico y emocional observado tras el accidente laboral y las secuelas neurológicas posteriores.

En la Tabla 1 se puede consultar la síntesis integrada de los resultados neuropsicológicos, psicopatológicos y de validez sintomática (Tabla 1)

Tabla 1

Resumen integrado de resultados neuropsicológicos, psicopatológicos y de validez sintomática

Área evaluada	Instrumento	Resultado principal	Interpretación clínica
Memoria verbal	Test Barcelona Abreviado	Rendimiento disminuido	Compatible con deterioro moderado
Atención y memoria de trabajo	Test Barcelona Abreviado	Alteración en dígitos directos e inversos	Dificultades atencionales
Funciones ejecutivas y abstracción	Test Barcelona Abreviado	Rendimiento inferior al esperado	Alteración ejecutiva moderada
Personalidad clínica	MMPI-2	Elevación en Hs, D y Hy	Malestar emocional significativo
Depresión	BDI-II	31 puntos	Sintomatología depresiva grave
Psicopatología general	LSB-50	Elevaciones en ansiedad, depresión y somatización	Malestar psicológico clínicamente relevante
Validez sintomática	SIMS	12 puntos	Sin indicadores significativos de simulación
Integración clínico-forense	Multimétodo	Convergencia entre fuentes	Alta coherencia clínica global

Discusión

Los resultados obtenidos mediante evaluación multimétodo sugieren la existencia de una afectación neuropsicológica y emocional clínicamente significativa compatible con las secuelas derivadas del accidente laboral sufrido por la participante. La integración de entrevistas clínico-forenses, observación conductual y evaluación psicométrica permitió identificar un patrón consistente de deterioro cognitivo moderado, sintomatología depresiva grave y pérdida funcional relevante, sin observarse indicadores clínicamente significativos compatibles con simulación consciente o exageración deliberada de sintomatología.

Desde una perspectiva neuropsicológica, los hallazgos observados en memoria verbal, atención sostenida y funciones ejecutivas resultan congruentes con la literatura científica relacionada con hipoxia cerebral secundaria a parada cardiorrespiratoria. Diversos estudios han descrito cómo los episodios de hipoxia cerebral pueden generar alteraciones persistentes en procesos mnésicos, funcionamiento ejecutivo y velocidad de procesamiento, especialmente cuando existe afectación neurológica prolongada posterior al evento crítico (López-Sendón, 2020; Bermúdez-García et al., 2023). En el presente caso, las limitaciones cognitivas observadas mostraron coherencia tanto con los antecedentes médicos documentados como con el funcionamiento cotidiano referido por la participante durante las entrevistas clínicas.

La ausencia de antecedentes neurocognitivos documentados previos al accidente y la

existencia de un funcionamiento académico, laboral y adaptativo conservado durante gran parte de su vida adulta aportan contexto clínico adicional para interpretar los déficits observados durante la evaluación actual. Aunque esta información no permite establecer relaciones causales definitivas, sí contribuye a valorar la plausibilidad temporal y clínica de las alteraciones identificadas tras el episodio hipóxico.

Asimismo, la elevada afectación emocional observada en el MMPI-2, LSB-50 y BDI-II refleja un cuadro depresivo de intensidad grave asociado a pérdida de autonomía, discapacidad visual severa y deterioro funcional persistente. La literatura científica ha evidenciado que las secuelas físicas y neurocognitivas posteriores a accidentes graves constituyen factores de riesgo relevantes para el desarrollo de sintomatología depresiva reactiva, especialmente cuando concurren limitaciones funcionales crónicas y alteraciones significativas de la calidad de vida (Lugo et al., 2023). En este sentido, la afectación emocional observada parece relacionarse tanto con el proceso de adaptación psicológica a la discapacidad adquirida y a la pérdida de autonomía funcional, como con la posible influencia de alteraciones neuropsiquiátricas secundarias al daño cerebral adquirido, sin que los datos disponibles permitan determinar el peso específico de cada uno de estos factores.

Un aspecto especialmente relevante en la interpretación de los resultados consiste en diferenciar la sintomatología depresiva reactiva asociada a las consecuencias funcionales del accidente de aquellas alteraciones emocionales potencialmente relacionadas con el daño cerebral adquirido. La literatura especializada ha señalado que ambos fenómenos pueden coexistir en personas que han sufrido episodios de hipoxia cerebral, observándose con frecuencia una interacción compleja entre los cambios neurobiológicos derivados de la lesión y los procesos psicológicos de adaptación a la discapacidad sobrevenida.

En el presente caso, la pérdida de autonomía personal, la discapacidad visual severa, la imposibilidad de reincorporación laboral y las limitaciones persistentes para el desarrollo de actividades cotidianas constituyen factores suficientemente relevantes para explicar parte del malestar emocional observado desde una perspectiva reactiva. Sin embargo, la existencia de antecedentes de hipoxia cerebral y deterioro neurocognitivo obliga igualmente a considerar la posible contribución de mecanismos neuropsiquiátricos secundarios al daño cerebral adquirido.

Por consiguiente, los datos disponibles no permiten atribuir la sintomatología emocional observada a un único mecanismo explicativo. Resulta más plausible interpretar el cuadro afectivo como el resultado de la interacción entre factores neuropsicológicos, emocionales y psicosociales que se han ido consolidando a lo largo del proceso evolutivo posterior al accidente.

Desde una perspectiva biopsicosocial, los resultados permiten interpretar el caso más allá del daño neurológico objetivable. La participante refirió alteraciones significativas en las áreas laboral, social y relacional, observándose una transformación sustancial de su funcionamiento previo y de su capacidad adaptativa. La pérdida de independencia funcional, la necesidad de apoyo para determinadas actividades cotidianas y el

aislamiento social descrito durante las entrevistas coinciden con investigaciones recientes que destacan la interacción entre deterioro neurocognitivo adquirido, discapacidad sobrevenida y afectación psicopatológica secundaria en contextos clínico-forenses (Ariño Jordán & Gheorghe, 2024).

En relación con el análisis de validez sintomática, resulta especialmente relevante la ausencia de indicadores consistentes de simulación. Tanto el SIMS como las escalas de validez del MMPI-2 mostraron perfiles compatibles con malestar psicológico genuino, sin evidenciar patrones claros de exageración deliberada. Este aspecto adquiere especial relevancia en contextos médico-legales, donde la evaluación diferencial entre afectación clínica real, amplificación sintomática y simulación constituye uno de los principales retos metodológicos de la psicología forense aplicada (Arce, 2018). La coherencia observada entre discurso clínico, observación conductual, documentación médica y resultados psicométricos refuerza la plausibilidad clínica del cuadro neuropsicológico y emocional presentado.

Conviene señalar, no obstante, que la evaluación de la validez sintomática en contextos médico-legales debe entenderse como un proceso probabilístico y multifactorial. Ningún instrumento aislado permite establecer con certeza absoluta la presencia o ausencia de simulación, por lo que las conclusiones deben fundamentarse en la integración de múltiples indicadores clínicos, conductuales y psicométricos. En este sentido, la consistencia observada entre las diferentes fuentes de información disponibles constituye uno de los principales argumentos que apoyan la plausibilidad clínica del cuadro presentado por la participante.

La integración multimétodo utilizada en la presente evaluación permitió incrementar la consistencia diagnóstica y reducir posibles sesgos interpretativos, aspecto especialmente relevante en casos complejos de daño cerebral adquirido con afectación emocional asociada. En consonancia con las propuestas recientes de la neuropsicología forense aplicada, la utilización combinada de entrevistas clínico-forenses, observación conductual y pruebas psicométricas estandarizadas facilita una comprensión más precisa del funcionamiento cognitivo, emocional y adaptativo de las personas evaluadas (Dujo López & Nagore Casas, 2024). Este tipo de abordaje resulta particularmente útil cuando confluyen secuelas neurológicas, deterioro funcional y necesidad de análisis de validez sintomática en contextos periciales.

Por otra parte, las puntuaciones obtenidas en las escalas suplementarias relacionadas con consumo de sustancias sugieren la posible existencia de factores de vulnerabilidad asociados a conductas de afrontamiento desadaptativas. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con prudencia, puesto que las escalas utilizadas evalúan predisposición, reconocimiento subjetivo de dificultades y riesgo potencial, pero no permiten establecer por sí mismas la presencia de un trastorno por consumo de alcohol.

La información obtenida durante las entrevistas indica que la participante refirió un incremento del consumo de alcohol tras el accidente y la aparición de las secuelas funcionales. No obstante, el presente estudio no incluyó instrumentos específicos para la

evaluación diagnóstica del consumo de sustancias, por lo que cualquier interpretación en este ámbito debe considerarse exploratoria y limitada al contexto de la valoración psicológica realizada.

La literatura científica ha señalado la elevada comorbilidad existente entre sintomatología depresiva y dificultades relacionadas con el consumo de sustancias en personas con daño neurológico adquirido o discapacidad sobrevenida, observándose con frecuencia una interacción bidireccional entre malestar emocional, pérdida funcional y estrategias de regulación emocional desadaptativas (Campuzano et al., 2021). Aunque el presente estudio no permite establecer relaciones causales concluyentes entre estos fenómenos, los datos obtenidos resultan compatibles con la existencia de una interacción clínicamente relevante entre deterioro funcional, afectación emocional persistente y vulnerabilidad psicológica.

Esta cautela interpretativa resulta especialmente relevante en contextos médico-legales, donde la diferenciación entre factores de riesgo, vulnerabilidad psicológica y trastornos clínicamente establecidos constituye un requisito fundamental para evitar inferencias que excedan el alcance de los datos empíricos disponibles.

Debe considerarse igualmente que la ausencia de antecedentes psiquiátricos relevantes previos al accidente, junto con la evolución clínica descrita y la temporalidad de aparición de la sintomatología, resulta compatible con la hipótesis de una afectación emocional reactiva asociada al evento traumático y a sus secuelas posteriores. No obstante, la naturaleza observacional del presente estudio no permite establecer relaciones causales definitivas, por lo que esta interpretación debe entenderse como una explicación clínicamente plausible sustentada en la información disponible.

Finalmente, el presente estudio pone de relieve la relevancia del abordaje multimétodo en la evaluación psicológica forense de secuelas neuropsicológicas complejas. La integración de múltiples fuentes de información permitió obtener una valoración clínico-forense más consistente del funcionamiento cognitivo, emocional y adaptativo de la participante, reforzando la utilidad de los protocolos multimétodo en contextos médico-legales donde confluyen daño neurológico adquirido, afectación psicopatológica y necesidad de análisis de validez sintomática.

Limitaciones

Los resultados del presente estudio deben interpretarse considerando diversas limitaciones metodológicas inherentes al diseño empleado. En primer lugar, se trata de un estudio de caso único, circunstancia que impide generalizar los hallazgos obtenidos a otras personas con daño cerebral adquirido, hipoxia cerebral o secuelas derivadas de accidentes laborales. La utilidad principal de este tipo de diseños reside en la profundidad descriptiva y en la comprensión detallada de casos complejos, más que en la extrapolación de resultados a poblaciones amplias.

En segundo lugar, debe considerarse la posible influencia de variables premórbidas sobre el funcionamiento actual de la participante. Aunque la información disponible no

evidenció antecedentes psiquiátricos relevantes ni deterioro neurocognitivo previo al accidente, la reconstrucción retrospectiva del funcionamiento premórbido depende parcialmente de información autobiográfica y documental, lo que introduce limitaciones inherentes a cualquier evaluación retrospectiva.

Asimismo, el tiempo transcurrido entre el accidente y la evaluación constituye un elemento relevante para la interpretación de los resultados. La exploración se realizó varios años después del evento traumático, por lo que los hallazgos observados reflejan un estado funcional consolidado y no necesariamente las alteraciones presentes durante las fases iniciales de recuperación. La evolución clínica acumulada, los procesos adaptativos desarrollados a lo largo del tiempo y la influencia de acontecimientos vitales posteriores podrían haber contribuido parcialmente al perfil cognitivo y emocional observado.

Por otra parte, la discapacidad visual severa adquirida tras el accidente obligó a adaptar parte del procedimiento neuropsicológico y a excluir determinadas tareas con elevada carga perceptiva visual. Aunque se seleccionaron subpruebas compatibles con las capacidades funcionales de la participante y se priorizó la evaluación de procesos verbales y auditivos, no puede descartarse completamente la influencia indirecta de las limitaciones sensoriales sobre algunos aspectos del rendimiento observado.

Finalmente, la naturaleza multidimensional del daño cerebral adquirido dificulta el establecimiento de relaciones causales absolutas entre los hallazgos neuropsicológicos, emocionales y funcionales observados. La interacción entre secuelas neurológicas, procesos adaptativos, discapacidad sobrevenida, contexto psicosocial y factores emocionales obliga a interpretar los resultados desde una perspectiva biopsicosocial integradora, evitando explicaciones unidimensionales del funcionamiento actual de la participante.

Conclusiones

Los hallazgos obtenidos mediante una estrategia de evaluación multimétodo resultan compatibles con la existencia de una afectación neuropsicológica y emocional clínicamente significativa en una persona que sufrió un accidente laboral in itinere con posterior hipoxia cerebral. La integración de entrevistas clínico-forenses, observación conductual, documentación médica y pruebas psicométricas permitió identificar un patrón consistente de deterioro cognitivo moderado, sintomatología depresiva grave y afectación funcional persistente.

No obstante, la naturaleza observacional del estudio y las limitaciones inherentes al diseño de caso único obligan a interpretar los resultados con cautela, evitando establecer relaciones causales definitivas. En este contexto, el presente trabajo pone de relieve la utilidad de los enfoques multimétodo para incrementar la consistencia diagnóstica y la validez de las conclusiones emitidas en evaluaciones psicológico-forenses complejas, especialmente cuando confluyen secuelas neurocognitivas, afectación emocional y necesidad de valoración de la validez sintomática.

Conflicto de Interés

El autor declara no presentar ningún conflicto de interés económico, profesional o personal que pudiera haber influido en la elaboración, análisis o interpretación de los resultados del presente estudio.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no recibió financiación específica de organismos públicos, entidades privadas ni organizaciones sin ánimo de lucro.

Referencias

- Abuín, M. R., & de Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25(2), 131–141. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.001>
- American Psychological Association. (2013). Specialty guidelines for forensic psychology. *American Psychologist*, 68(1), 7–19. <https://doi.org/10.1037/a0029889>
- Arce, R. (2018). Evaluación del daño psicológico: Psicometría, entrevista y técnica forense. En E. Carbonell, D. Pineda, & M. Novo (Eds.), *Psicología jurídica: Ciencia y profesión* (pp. 235–244). Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Ariño Jordán, C., & Antonio Gheorghe, M. (2024). Deterioro neurocognitivo y psicopatológico secundarios a tratamiento oncológico: un estudio de caso. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 24(1), 225–242.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2011). *BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II*. Pearson Educación.
- Bermúdez-García, M. V., Dehesa-Fontecilla, M. A., & Ovejero-Gómez, V. J. (2023). Abordaje de las complicaciones psicológicas en un paciente diagnosticado de accidente cerebrovascular en Cantabria. *Nuberos Científica*, 6(38), 6–14. <https://ciberindex.com/c/nc/6380614nc>
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2*. TEA Ediciones.
- Campuzano, A., Castaño, G., & Restrepo, D. (2021). Consumo de alcohol y comorbilidad psiquiátrica en pacientes con trastornos neurológicos adquiridos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 112–120.
- Dujo López, V., & Nagore Casas, A. (2024). La neuropsicología forense en el ámbito criminal. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 24(1), 1–54.
- López-Sendón, J. (2020). Secuelas cognitivas y emocionales tras parada cardiorrespiratoria e hipoxia cerebral. *Revista Española de Cardiología*, 73(9), 745–752.
- Lugo, L. H., García, H. I., & Cano, B. C. (2023). Calidad de vida y discapacidad en personas con secuelas derivadas de lesiones graves. *Acta Neurológica Colombiana*, 39(1), 22–31.

- Miguel-Alvaro, A., & Dujo López, V. (2026). Assessment of criminal responsibility in sexual offenses committed by individuals with mild intellectual disability and personality disorder: Forensic case analysis and discussion of attenuation criteria. *International E-Journal of Criminal Sciences*, 21, 3, 1–34. <https://doi.org/10.1387/inecs.28412>
- Peña-Casanova, J. (2005). *Test Barcelona abreviado: Manual de aplicación*. Masson.
- Samper, P. (2016). Trauma psicológico, personalidad y adaptación emocional tras acontecimientos vitales traumáticos. *Clínica Contemporánea*, 7(1), 45–57.
- Sherman, E. M. S., Slick, D. J., & Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neurocognitive dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 735–764. <https://doi.org/10.1093/arclin/acia019>
- Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13(4), 545–561. <https://doi.org/10.1076/clin.13.4.545.1743>
- Sweet, J. J., Boone, K. B., Van Gorp, W. G., & Suhr, J. A. (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(6), 1053–1106. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896036>
- Tirapu-Ustárriz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189–211.
- Williams, O. A., & Demeyere, N. (2021). Association of depression and anxiety with cognitive impairment 6 months after stroke. *Neurology*, 96(15), e1966–e1974. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000011748>

Inteligencia emocional, rendimiento académico y diferencias según sexo en estudiantes de grado

Ángela Pascual Miguel ¹, Marina Muñoz Arranz ² , Raquel Martínez Sinovas ¹ , Luisa María Arias Lozano ³, Diego Olivar Aldudo ⁴

¹ Departamento de Psicología (Universidad de Valladolid); ² Departamento de Psicología (Universidad de Burgos);

³ CEIP Cardenal Mendoza (Valladolid); ⁴ CEIP Pedro Gómez Bosque (Valladolid)

INFORMACIÓN

Recibido: 04/06/2026

Aceptado: 10/06/2026

Palabras clave:

inteligencia
emocional,
rendimiento
académico,
educación
superior, sexo.

RESUMEN

Antecedentes: La inteligencia emocional constituye un constructo de creciente interés en el ámbito educativo debido a su posible influencia sobre el rendimiento académico y el bienestar del alumnado. **Método:** Este estudio pretende analizar las diferencias en inteligencia emocional según el sexo y examinar la relación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en alumnado de grado de la Universidad de Valladolid. Se llevó a cabo un estudio no experimental, descriptivo, transversal y correlacional con una muestra de 218 universitarios (84 % mujeres y 16 % hombres), de 18 a 29 años. La inteligencia emocional se evaluó mediante la escala Trait Meta-Mood Scale-24, que mide las dimensiones de atención, claridad y reparación emocional. **Resultados:** No se observaron diferencias significativas en claridad emocional, reparación emocional ni rendimiento académico. Asimismo, se encuentra una ausencia de correlación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico. **Conclusiones:** Estos hallazgos contribuyen al debate sobre la relación entre inteligencia emocional y desempeño académico en alumnado universitario.

Emotional intelligence, academic performance and gender differences among undergraduate students

ABSTRACT

Keywords:

emotional
intelligence,
academic
performance,
higher
education,
gender.

Background: Emotional intelligence is a construct of growing interest in the field of education due to its potential influence on students' academic performance and well-being. **Method:** This study aims to analyse differences in emotional intelligence by gender and to examine the relationship between emotional intelligence and academic performance among undergraduate students at the University of Valladolid. A non-experimental, descriptive, cross-sectional and correlational study was conducted with a sample of 218 university students (84% women and 16% men), aged between 18 and 29. Emotional intelligence was assessed using the Trait Meta-Mood Scale-24, which measures the dimensions of emotional attention, emotional clarity and emotional repair. **Results:** No significant differences were observed in emotional clarity, emotional repair or academic performance. Furthermore, no correlation was found between emotional intelligence and academic performance. **Conclusion:** These findings contribute to the debate on the relationship between emotional intelligence and academic performance among university students.

Citar como: Pascual Miguel, A., Muñoz Arranz, M., Martínez Sinovas, R., Arias Lozano, L.A., & Olivar Aldudo, D. (2026). Inteligencia emocional, rendimiento académico y diferencias según sexo en estudiantes de grado. *Prolepsis. Revista de Investigación en Psicología*, 21(1), 60-74. <https://doi.org/10.67799/prolepsis.2026.13.1.03>

Autor y e-mail de correspondencia: Ángela Pascual Miguel. angela.pascual@uva.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Introducción

En las últimas décadas, la inteligencia emocional (IE) ha adquirido una relevancia creciente dentro del ámbito educativo y psicológico debido a su influencia sobre múltiples dimensiones del desarrollo humano, entre ellas el bienestar psicológico, la adaptación social y el rendimiento académico. Tradicionalmente, el éxito académico fue explicado principalmente a partir de variables cognitivas como el coeficiente intelectual, las habilidades lógico-matemáticas o la memoria; sin embargo, las investigaciones contemporáneas han demostrado que los factores emocionales desempeñan un papel fundamental en los procesos de aprendizaje y en el desempeño educativo de los estudiantes universitarios (Torres-Zapata et al., 2022). En este contexto, la inteligencia emocional ha emergido como un constructo clave para comprender cómo los estudiantes afrontan las exigencias académicas, regulan sus emociones y desarrollan estrategias adaptativas frente a las demandas del entorno universitario.

El concepto de inteligencia emocional fue introducido inicialmente por Salovey & Mayer (1990), quienes la definieron como la capacidad para percibir, comprender, expresar y regular las emociones propias y ajenas. Posteriormente, Goleman (1996) popularizó el término al afirmar que el éxito personal y profesional no depende exclusivamente de las capacidades cognitivas, sino también del manejo adecuado de las emociones. Desde entonces, la inteligencia emocional ha sido objeto de múltiples investigaciones en distintos campos, particularmente en el ámbito educativo, debido a su influencia sobre la motivación, la convivencia, el bienestar psicológico y el rendimiento académico de los estudiantes.

De acuerdo con Mayer & Salovey (1997), la inteligencia emocional está integrada por cuatro habilidades fundamentales: percepción emocional, facilitación emocional del pensamiento, comprensión emocional y regulación emocional. Estas habilidades permiten reconocer adecuadamente las emociones, interpretarlas y utilizarlas de forma adaptativa para resolver problemas y tomar decisiones eficaces. En la misma línea, Martínez-Rodríguez & Ferreira (2023) señalan que la inteligencia emocional comprende habilidades relacionadas con la atención emocional, la claridad emocional y la reparación emocional, dimensiones que favorecen el equilibrio psicológico y la adaptación académica de los estudiantes universitarios. Asimismo, Bisquerra & Pérez-Escoda (2007) sostienen que la inteligencia emocional se relaciona estrechamente con las competencias emocionales, entendidas como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular adecuadamente las emociones.

Las competencias emocionales constituyen un elemento esencial dentro del desarrollo integral de los estudiantes, especialmente en el contexto universitario, donde las exigencias académicas y sociales requieren elevados niveles de adaptación. Según Bisquerra & Pérez-Escoda (2007), dichas competencias incluyen cinco dimensiones principales: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social y competencias para la vida y el bienestar. Estas habilidades favorecen la resolución de conflictos, la cooperación, la toma de decisiones y la adaptación a

situaciones complejas, contribuyendo al bienestar emocional y al éxito académico. En consecuencia, diversos autores sostienen que la educación emocional debe incorporarse de manera transversal en todos los niveles educativos, incluyendo la educación superior (Martínez-Rodríguez & Ferreira, 2023).

La etapa universitaria representa un periodo de importantes cambios personales, sociales y académicos. Los estudiantes deben adaptarse a nuevas metodologías de aprendizaje, asumir mayores responsabilidades y enfrentar situaciones de estrés, ansiedad y presión académica. En este sentido, la inteligencia emocional se convierte en un recurso fundamental para afrontar adecuadamente estas demandas, permitiendo una mejor regulación de las emociones y favoreciendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces (Idrogo Zamora & Asenjo-Alarcón, 2021). Los estudiantes con mayores niveles de inteligencia emocional suelen mostrar mayor capacidad de resiliencia, habilidades sociales más desarrolladas y una actitud más positiva frente a las dificultades académicas.

Diversas investigaciones han evidenciado la existencia de una relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Torres-Zapata et al. (2022) señalan que los estados emocionales influyen significativamente en el desempeño académico y destacan que las emociones forman parte de todas las acciones humanas, condicionando la manera en que los estudiantes aprenden y enfrentan las exigencias educativas. Del mismo modo, Rodríguez Rodríguez et al. (2021), en una revisión sistemática sobre inteligencia emocional y rendimiento académico, concluyeron que la mayoría de los estudios reportan correlaciones positivas entre ambas variables, indicando que los estudiantes con mayores competencias emocionales tienden a obtener mejores resultados académicos.

En concordancia con estos hallazgos, Mallqui Maguiña & Campana Concha (2026) encontraron una relación directa y significativa entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios de Lima Norte ($r = .76$, $p < .001$). Los autores concluyeron que las competencias emocionales favorecen la organización del estudio, la motivación académica y la participación activa en las actividades educativas, repercutiendo positivamente en el desempeño universitario. Asimismo, Hussain et al. (2025) y Pita et al. (2025) sostienen que la inteligencia emocional fortalece la capacidad de afrontamiento frente al estrés académico y mejora procesos cognitivos fundamentales como la concentración, la memoria y la toma de decisiones.

Sin embargo, no todos los estudios han encontrado resultados concluyentes respecto a esta relación. Martínez-Rodríguez & Ferreira (2023), en una investigación realizada con estudiantes de Grado y Máster de la Universidad de León, identificaron que no existe correlación significativa entre el rendimiento académico y algunas dimensiones de la inteligencia emocional, como la atención emocional y la reparación emocional. No obstante, los autores sí encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el rendimiento académico y la dimensión de claridad emocional, lo cual sugiere que ciertas competencias emocionales específicas podrían influir más directamente en el desempeño

académico que otras.

De manera similar, Arntz Vera & Trunce Morales (2019) reportaron que no existe relación significativa entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios de nutrición, mientras que Jaimes (2008) encontró únicamente una asociación moderada entre ambas variables. Por el contrario, investigaciones como las de Villacorta (2010), Carrasco (2013), Páez Cala & Castaño Castrillón (2015), Perera & DiGiacomo (2015), Pulido Acosta & Herrera Clavero (2017), Fernández Lasarte et al. (2019) y Gilar Corbi et al. (2020) han reportado correlaciones positivas entre inteligencia emocional y desempeño académico en diferentes contextos universitarios. Esta diversidad de resultados evidencia que la relación entre ambas variables continúa siendo objeto de debate científico y requiere seguir siendo estudiada desde diferentes perspectivas metodológicas y contextuales.

El rendimiento académico es considerado un fenómeno complejo y multidimensional, influenciado por múltiples factores internos y externos (Martínez-Rodríguez & Ferreira, 2023). Tradicionalmente, este concepto se relacionó exclusivamente con las calificaciones obtenidas por los estudiantes; sin embargo, actualmente se reconoce que variables psicológicas, emocionales, sociales y contextuales también influyen significativamente en el desempeño académico. Entre los factores internos destacan la motivación, la salud emocional, la autoeficacia y las habilidades de autorregulación; mientras que entre los factores externos sobresalen el entorno familiar, la calidad educativa, las relaciones interpersonales y el contexto socioeconómico.

Desde una perspectiva teórica, la relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico puede explicarse mediante diferentes enfoques psicológicos. La teoría de regulación emocional de Gross & John (2003) plantea que los individuos desarrollan estrategias cognitivas y conductuales para gestionar adecuadamente sus emociones y adaptarse a situaciones complejas. En el ámbito académico, estas estrategias favorecen la concentración, la persistencia y la resolución de problemas. Del mismo modo, la teoría del aprendizaje autorregulado de Pintrich (2000) sostiene que los estudiantes ajustan continuamente sus pensamientos, emociones y comportamientos para alcanzar sus metas académicas, siendo la regulación emocional un componente esencial de dicho proceso.

Asimismo, Bandura (1997) argumenta que la percepción de autoeficacia influye directamente en el rendimiento académico, ya que los estudiantes que confían en sus capacidades muestran mayor perseverancia y compromiso frente a las dificultades. En este sentido, las emociones desempeñan un papel central en la construcción de la motivación y la confianza académica. Complementariamente, la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner reconoce la importancia de las inteligencias interpersonal e intrapersonal como dimensiones estrechamente vinculadas con la inteligencia emocional y el desarrollo integral del individuo.

La literatura científica ha mostrado que existen diferencias de sexo en determinadas dimensiones de la inteligencia emocional. Diversos estudios realizados con el TMMS-24

indican que las mujeres suelen presentar mayores niveles de atención emocional, mientras que las diferencias en claridad y reparación emocional son menos consistentes (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005; Fernández-Berrocal et al., 2004). Estas diferencias han sido atribuidas a procesos de socialización emocional diferenciados que favorecen una mayor conciencia y expresión emocional en las mujeres. No obstante, los resultados encontrados en población universitaria continúan siendo heterogéneos, por lo que resulta pertinente seguir analizando estas diferencias en distintos contextos académicos.

Tras revisar el estado de la cuestión y exponer los antecedentes más relevantes sobre esta temática, en este estudio se plantea analizar las posibles diferencias en función del sexo en las variables objeto de estudio: inteligencia emocional (atención, claridad y reparación) y rendimiento académico.

Más concretamente, el objetivo de esta investigación es, no sólo analizar el nivel de inteligencia emocional (atención, claridad y reparación emocional) según la variable sexo, sino también comprobar la relación entre el rendimiento académico y el nivel de inteligencia emocional del alumnado de grado de la Universidad de Valladolid (UVA).

Por ello, las hipótesis planteadas en dicha investigación son las siguientes:

H1. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones de la inteligencia emocional percibida.

H2. Existe una relación significativa entre el rendimiento académico y el nivel de inteligencia emocional del alumnado de grado de la UVA.

Método

Se desarrolló un estudio de diseño no experimental, descriptivo, transversal, de alcance descriptivo-correlacional, utilizando una medida única. El objetivo principal era determinar la inteligencia emocional y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de grado de la Universidad de Valladolid.

Muestra

La muestra del presente estudio está compuesta por 218 estudiantes de la Universidad de Valladolid. El muestreo se ha realizado por conveniencia y proximidad, realizando un muestro por bola de nieve. Desde el punto de vista de la representatividad, considerando que no hay un sistema aleatorio probabilístico de selección de la muestra y teniendo en cuenta los parámetros en la selección de la muestra, trabajando sobre un universo aproximado de 19800 estudiantes de Grado de la Universidad de Valladolid, (según la última memoria académica de la Universidad de Valladolid) y con un intervalo de confianza del 95% (la probabilidad de que la muestra refleje de forma precisa las actitudes de la población), se genera un porcentaje de error de 6.5%. Se considera que es un margen de error no muy elevado; además, el estudio supone una primera aproximación de carácter exploratorio del objeto estudiado.

Tabla 1*Descripción de la muestra*

		Recuento (N=218)	Porcentaje
Sexo	Varón	34	15.6%
	Mujer	184	84.4%
Rama	Otras ramas	36	16.5%
	Ciencias Sociales	182	83.5%
	Palencia	30	13.8%
Campus	Segovia	30	13.8%
	Soria	24	11.0%
	Valladolid	134	61.5%
Curso	1º	36	16.5%
	2º	71	32.6%
	3º	82	37.6%
	4º/5º	28	12.9%
	M (SD)	Mínima	Máxima
Edad	21.32 (2.28)	18	29
Nota media	7.22 (.95)	5	9

Tal y como muestra la Tabla 1, la muestra está compuesta por 34 hombres y 184 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 29 años. En cuanto a las titulaciones cursadas, aunque en el cuestionario se preguntaba por la titulación concreta para el análisis posterior, se creó una nueva variable, de tal manera que se distribuyeron las 52 titulaciones ofertadas en la Universidad de Valladolid en las cinco ramas de estudio. De forma global, se puede apreciar cómo la mayor parte de la muestra pertenece a la rama de Ciencias Sociales y Jurídicas. En cuanto al curso, la mayor parte está cursando el tercer curso de su titulación. En relación con la nota media de la muestra, esta es de 7.22.

Instrumentos

Todos los participantes completaron un cuestionario anónimo de autoevaluación que incluía variables sociodemográficas y de rendimiento académico (nota media), y la versión en español de la escala TMMS-24.

Se ha aplicado la escala TMMS-24, se trata de una escala de inteligencia emocional basada en la autopercepción que evalúa las siguientes dimensiones: atención a los sentimientos, que refleja el grado en que las personas creen que prestan atención a sus estados emocionales; claridad emocional (es decir, la capacidad de identificar y comprender correctamente las propias emociones); y reparación emocional (es decir, la capacidad percibida para reducir o eliminar las emociones negativas y prolongar las positivas) (Salovey et al., 1995). La adaptación al español de Fernández-Berrocal et al., (2004) contiene 24 ítems de tipo Likert de cinco puntos, siendo 1 (*nada de acuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*). En el presente estudio el instrumento presenta coeficientes de fiabilidad de $\omega = .90$ para las escalas de atención emocional y reparación emocional, y de $\omega = .91$ para la claridad emocional. Un ejemplo de ítem es: «Presto mucha atención a cómo me siento».

Procedimiento

El alumnado participante fue contactado a través de la plataforma del campus virtual de la universidad en la que el personal docente de la asignatura colgaba el enlace a un formulario online donde se recogían las respuestas. Se solicitó el consentimiento informado, en el cual se dio a conocer el objetivo del estudio, se explicitó la voluntariedad de la participación y el carácter anónimo y confidencial del uso de la información. Este estudio fue aprobado y cuenta con el informe favorable y la aceptación del Comité de Ética de la Investigación del Área de Salud Valladolid Este con nº PI 21-2241 NO HCUV.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 29, seleccionándose las pruebas estadísticas en función de los objetivos planteados. Se llevó a cabo un análisis de la fiabilidad, utilizando el ω de McDonald, y un análisis descriptivo de los datos.

Se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Los resultados mostraron valores de significación inferiores a .05 en todas las variables analizadas (rendimiento académico: $p < .001$; atención emocional: $p < .001$; claridad emocional: $p = .028$; reparación emocional: $p < .001$), por lo que se rechazó la hipótesis nula de normalidad. En consecuencia, al no cumplirse el supuesto de distribución normal, se optó por la utilización de pruebas no paramétricas para el análisis de los datos.

Con la finalidad de comprobar las posibles diferencias en función del sexo, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en las variables objeto de estudio: rendimiento académico (nota media del último curso), atención emocional, claridad emocional y reparación emocional. Además de los análisis de significación estadística, se calculó el tamaño del efecto de las diferencias encontradas mediante el estadístico r (Rosenthal, 1991), con el objetivo de estimar la magnitud de las diferencias entre hombres y mujeres en las variables analizadas.

Los análisis de relación entre las dimensiones de la inteligencia emocional y el rendimiento académico se realizaron mediante la correlación Rho de Spearman. Asimismo, para interpretar los coeficientes de correlación se tomaron como referencia los criterios de Cohen (1988), según los cuales valores inferiores a .10 indican una correlación nula; entre .10 y .30, una correlación pequeña; entre .30 y .50, una correlación moderada; y superiores a .50, una correlación fuerte.

Resultados

En la Tabla 2, se muestran los resultados obtenidos tras la aplicación del TMMS-24 para cada dimensión evaluada y su respectivo nivel (bajo, adecuado, alto). Para atención emocional, se observa que el 50.9 % ($n = 111$) de los estudiantes se ubica en el nivel adecuado de IE, para la dimensión claridad emocional, el 49.5% ($n = 108$) de los encuestados se ubica en el nivel adecuado de IE, finalmente, en cuanto a reparación emocional, el 54.6 % ($n = 119$) se ubicó en el nivel adecuado de IE.

Tabla 2*Distribución porcentual para los niveles de inteligencia emocional según el sexo*

		Mujeres		Varones		Total	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Atención emocional	Poca	38	20.7	12	35.3	50	22.9
	Adecuada	97	52.7	14	41.2	111	50.9
	Demasiada	49	26.6	8	23.5	57	26.1
Claridad emocional	Debe mejorar	73	39.7	14	41.2	87	39.9
	Adecuada	90	48.9	18	52.9	108	49.5
	Excelente	21	11.4	2	5.9	23	10.6
Reparación emocional	Debe mejorar	62	33.7	7	20.6	69	31.7
	Adecuada	98	53.3	21	61.8	119	54.6
	Excelente	24	13.0	6	17.6	30	13.8

A continuación, en la Tabla 3, se muestran los resultados de la ejecución de la prueba *U de Mann Whitney* para evaluar las diferencias en rendimiento académico y en cada nivel de inteligencia emocional en función de la variable sexo.

Se observaron diferencias significativas en Atención emocional, $U = 2102$, $Z = -3.04$, $p = .002$, con un tamaño del efecto pequeño ($r = .21$). No se encontraron diferencias significativas en función del sexo para el resto de variables objeto de estudio.

Tabla 3*Diferencia según sexo en rendimiento académico y niveles de inteligencia emocional*

	Mujeres <i>Mdn</i>	Varones <i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Rendimiento académico	7	7	2525.0	.060	-
Atención emocional	31	27	2102.0	.002	.206
Claridad emocional	25	27.50	2769.0	.287	-
Reparación emocional	27	29	2549.5	.087	-

Respecto a la relación entre el rendimiento académico y la inteligencia emocional, se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para analizar la asociación entre la nota media del alumnado y las tres dimensiones de la inteligencia emocional (atención, claridad y reparación emocional). Los resultados mostraron correlaciones positivas de baja magnitud entre el rendimiento académico y la atención emocional ($\rho = .11$, $p = .097$), así como entre el rendimiento académico y la claridad emocional ($\rho = .06$, $p = .378$). Asimismo, se observó una correlación negativa prácticamente nula entre el rendimiento académico y la reparación emocional ($\rho = -.01$, $p = .863$). En ningún caso las correlaciones

alcanzaron significación estadística ($p > .05$), lo que indica que no se encontraron evidencias de una asociación significativa entre el rendimiento académico y las dimensiones de la inteligencia emocional en la muestra estudiada.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar las diferencias en inteligencia emocional según el sexo y examinar la relación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en estudiantes de grado de la Universidad de Valladolid. Los resultados obtenidos permiten contrastar parcialmente las hipótesis planteadas y aportar evidencia adicional a un campo de investigación que continúa mostrando resultados heterogéneos.

En relación con la primera hipótesis (H1), los hallazgos indican la existencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres únicamente en la dimensión de atención emocional. Concretamente, las mujeres obtuvieron puntuaciones superiores a las de los hombres, aunque el tamaño del efecto encontrado fue pequeño. Por el contrario, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en claridad emocional, reparación emocional ni rendimiento académico. Estos resultados coinciden con investigaciones previas que señalan una mayor tendencia de las mujeres a prestar atención a sus estados emocionales y a reflexionar sobre ellos (Fernández-Berrocal et al., 2004; Martínez-Rodríguez & Ferreira, 2023). Desde una perspectiva sociocultural, esta diferencia podría estar relacionada con procesos de socialización diferencial que favorecen una mayor expresión y conciencia emocional en las mujeres desde edades tempranas.

No obstante, la ausencia de diferencias significativas en claridad y reparación emocional sugiere que, aunque mujeres y hombres pueden diferir en el grado de atención prestada a las emociones, ambos grupos presentan niveles similares en cuanto a la comprensión y regulación emocional. Este resultado respalda la idea de que determinadas dimensiones de la inteligencia emocional pueden estar influenciadas por factores distintos y no necesariamente evolucionan de forma paralela. Asimismo, la ausencia de diferencias significativas en el rendimiento académico según el sexo coincide con investigaciones desarrolladas en educación superior que señalan que las variables demográficas presentan una capacidad explicativa limitada frente a factores como la motivación, la autorregulación o el rendimiento previo (Schneider & Preckel, 2017). Asimismo, estudios y metaanálisis realizados con población universitaria han mostrado que las diferencias de rendimiento entre hombres y mujeres suelen ser pequeñas o depender del contexto académico específico, sin evidenciar una ventaja sistemática de un sexo sobre otro cuando se considera el rendimiento global (Matz et al., 2017; Odom et al., 2021).

Respecto a la segunda hipótesis (H2), los resultados obtenidos no permiten confirmar la existencia de una relación significativa entre el rendimiento académico y ninguna de las dimensiones de la inteligencia emocional evaluadas. Los coeficientes de correlación obtenidos fueron muy bajos y no alcanzaron significación estadística, lo que indica que, en

esta muestra, la atención, claridad y reparación emocional no se asocian de manera relevante con la nota media de los estudiantes. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por Arntz Vera & Trunce Morales (2019), quienes tampoco encontraron una relación significativa entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios, así como con los resultados de Martínez-Rodríguez & Ferreira (2023), que identificaron una ausencia de relación significativa para algunas dimensiones específicas de la inteligencia emocional. Sin embargo, los resultados difieren de los reportados por autores como Mallqui Maguiña & Campana Concha (2026), Rodríguez Rodríguez et al. (2021) o Torres-Zapata et al. (2022), quienes encontraron asociaciones positivas entre ambas variables.

Las discrepancias observadas entre estudios podrían explicarse por diversas razones metodológicas y contextuales. En primer lugar, el rendimiento académico es un constructo complejo y multidimensional que depende de numerosos factores cognitivos, motivacionales, sociales y contextuales, además de los emocionales. Variables como la motivación académica, los hábitos de estudio, la autoeficacia, el apoyo familiar o el nivel socioeconómico pueden ejercer una influencia más directa sobre las calificaciones obtenidas que la inteligencia emocional percibida. En segundo lugar, las diferencias en los instrumentos utilizados para evaluar la inteligencia emocional, así como las características de las muestras analizadas, podrían contribuir a explicar la variabilidad de los resultados encontrados en la literatura científica.

Por otra parte, es importante señalar que la inteligencia emocional evaluada mediante el TMMS-24 se basa en la percepción subjetiva que los individuos tienen de sus propias competencias emocionales. En consecuencia, los resultados reflejan la inteligencia emocional percibida y no necesariamente las habilidades emocionales reales o el desempeño emocional efectivo en situaciones académicas concretas. Esta característica podría limitar la capacidad de detectar relaciones más consistentes con el rendimiento académico.

A pesar de la ausencia de correlaciones significativas con las calificaciones, los resultados no restan importancia al papel de la inteligencia emocional en el contexto universitario. La literatura científica ha mostrado de forma consistente que las competencias emocionales contribuyen al bienestar psicológico, la adaptación a la vida universitaria, la resiliencia, la reducción del estrés y el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias (Cejudo et al., 2016; Restrepo et al., 2023; Rodríguez-Sáez et al., 2025). Por ello, la promoción de programas de educación emocional en la universidad continúa siendo una estrategia relevante para favorecer el desarrollo integral del alumnado, independientemente de su impacto directo sobre el rendimiento académico.

En este sentido, el estudio de la inteligencia emocional en estudiantes universitarios mantiene una notable relevancia desde las perspectivas educativa, social y psicológica. El fortalecimiento de las competencias emocionales mediante programas de educación emocional, tutorías o acciones de acompañamiento psicológico puede favorecer la adaptación al entorno universitario, el bienestar personal y el desarrollo de recursos para afrontar las demandas académicas. De este modo, la universidad puede contribuir no solo a la formación académica, sino también al desarrollo integral y humanista de los futuros

profesionales.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. En segundo lugar, el muestreo por conveniencia limita la capacidad de generalizar los resultados al conjunto del alumnado universitario. Además, la muestra presenta una distribución desigual por sexo, con una representación notablemente superior de mujeres, lo que podría haber influido en los resultados obtenidos. Finalmente, el uso de medidas de autoinforme puede estar sujeto a sesgos de deseabilidad social o percepción subjetiva.

Como líneas futuras de investigación, sería conveniente realizar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la inteligencia emocional a lo largo de la trayectoria universitaria y su posible influencia sobre diferentes indicadores de éxito académico. Asimismo, resultaría de interés incorporar variables mediadoras como la motivación, la autoeficacia académica, el estrés percibido o las estrategias de aprendizaje, con el fin de comprender mejor los mecanismos que vinculan la inteligencia emocional con el desempeño académico. Del mismo modo, sería recomendable ampliar la muestra y garantizar una representación más equilibrada de las distintas ramas de conocimiento y del sexo de los participantes.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran que las mujeres presentan mayores niveles de atención emocional que los hombres, aunque con un tamaño del efecto pequeño, mientras que no se observan diferencias significativas en claridad emocional, reparación emocional ni rendimiento académico. Asimismo, no se encontró evidencia de una relación significativa entre las dimensiones de la inteligencia emocional y el rendimiento académico. Estos hallazgos contribuyen al debate existente sobre la relación entre inteligencia emocional y desempeño académico en la educación superior y ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando este fenómeno desde enfoques multidimensionales e integradores.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuentes de Financiación

Los autores declaran que no recibieron financiación para la realización de este estudio

Referencias

- Arntz Vera, J., & Trunce Morales, S. (2019). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios de nutrición. *Investigación En Educación Médica*, 8(31), 82-91. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.31.18130>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Bisquerra Alzina, R., & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10(1), 61-82. <https://doi.org/10.5944/educxx1.1.10.297>
- Carrasco Díaz, I. Y. (2013). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios de Farmacia y Bioquímica en Huancayo. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 3(1), 36-50. <https://doi.org/10.18259/acs.2013005>
- Cejudo, J., López-Delgado, M. L., & Rubio, M. J. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia: Su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*, 46(2), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2016.07.001>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). *Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el metaconocimiento de los estados emocionales: Una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale*. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 101-122. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2005/anyes2005a10.pdf>
- Fernández Lasarte, O., Ramos Díaz, E., & Axpe Sáez, I. (2019). Rendimiento académico, apoyo social percibido e inteligencia emocional en la universidad. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9(1), 39-49. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v9i1.315>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3 Pt 1), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Gilar Corbi, R., Pozo Rico, T., Castejón, J. L., Sánchez, T., Sandoval Palis, I., & Vidal, J. (2020). Academic Achievement and Failure in University Studies: Motivational and Emotional Factors. *Sustainability*, 12(23), Article 9798. <https://doi.org/10.3390/su12239798>
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional* (E. Mateo, Trad.). Kairós. (Trabajo original publicado en 1995).
- 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>

- Hussain, M., Muhammad, Z., Ali, R., & Siddique, A. (2025). Students' Emotional Intelligence and its Effect on Academic Achievement at University Level. *Journal of Asian Development Studies*, 14(1). <https://doi.org/10.62345/jads.2025.14.1.47>
- Idrogo Zamora, D. I., & Asenjo-Alarcón, J. A. (2021). Relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Investigación Psicológica*, 26, 69–79. <https://doi.org/10.53287/ryfs1548js42x>
- Jaimes, F. (2008). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de la Facultad de Educación y Humanidades de la Universidad Alas Peruanas. *Ciencia y Desarrollo*, 9, 11-19. <http://dx.doi.org/10.21503/cyd.v9i0.1176>
- Mallqui Maguiña, J. C., & Campana Concha, A. R. (2026). Inteligencia emocional y rendimiento académico: Un estudio correlacional en universitarios de Lima Norte. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 10(2), 163–180. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2.23042
- Martínez-Rodríguez, A., & Ferreira, C. (2023). Relación entre rendimiento académico e inteligencia emocional en estudiantes universitarios de Grado y Máster de la Universidad de León. *Revista Complutense de Educación*, 34(4), 795–807. <https://doi.org/10.5209/rced.80128>
- Matz, R. L., Koester, B. P., Fiorini, S., Grom, G., Shepard, L., Stangor, C. G., Weiner, B., & McKay, T. A. (2017). Patterns of gendered performance differences in large introductory courses at five research universities. *AERA Open*, 3(4), 1–14. <https://doi.org/10.1177/2332858417743754>
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). Basic Books.
- Odom, S., Boso, H., Bowling, S., Brownell, S., Cotner, S., Creech, C., Drake, A. G., Eddy, S., Fagbodun, S., Hebert, S., James, A. C., Just, J., St Juliana, J. R., Shuster, M., Thompson, S. K., Whittington, R., Wills, B. D., Wilson, A. E., Zamudio, K. R., Zhong, M., ... Ballen, C. J. (2021). Meta-analysis of Gender Performance Gaps in Undergraduate Natural Science Courses. *CBE Life Sciences Education*, 20(3), ar40. <https://doi.org/10.1187/cbe.20-11-0260>
- Páez Cala, M. L., & Castaño Castrillón, J. J. (2015). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 268-285. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21341030006>
- Perera, H. N., & DiGiacomo, M. (2015). The role of trait emotional intelligence in academic performance during the university transition: An integrative model of mediation via social support, coping, and adjustment. *Personality and Individual Differences*, 83, 208-213. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.04.001>
- Pintrich, P. (2000). The role of goal orientation in self-regulated learning. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*(pp. 451–502). Academic Press.

- Pita, Z., Malavé, J., Sánchez, Z., Aguilera, N., & Delgado, Y. (2025). Influencia de la Inteligencia Emocional en el Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios. *Polo del Conocimiento*, 10(10), 499-524. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/10551/27697>
- Pulido Acosta, F., & Herrera Clavero, F. (2017). La influencia de las Emociones sobre el rendimiento académico. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 29-39. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1344>
- Restrepo, J. E., Bedoya-Cardona, E. Y., Cuartas-Montoya, G. P., Cassaretto, M., & Vilela, P. (2023). Academic stress and adaptation to university life: Mediation of cognitive-emotional regulation and social support. *Anales de Psicología*, 39(1), 62–71. <https://doi.org/10.6018/analesps.472201>
- Rodríguez Rodríguez, J. C., Rodríguez Rodríguez, J. A., Rodríguez Góngora, J., & Bojórquez Díaz, C. (2021). Inteligencia emocional y rendimiento académico en universitarios: Una revisión sistemática. *Espacios*, 42(7), 145–151. <https://doi.org/10.48082/espacios-a21v42n07p10>
- Rodríguez-Sáez, J. L., Martín-Antón, L. J., Salgado-Ruiz, A., & Carbonero-Martín, M. Á. (2025). Emerging adulthood, socioemotional variables and mental health in Spanish university students. *BMC Psychology*, 13, Artículo 531. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02804-y>
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (Rev. ed.). Sage Publications
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-225.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J. Pennebaker (ed.), *Emotion, Disclosure and Health*. (pp. 125-154). American Psychological Association.
- Schneider, M., & Preckel, F. (2017). Variables associated with achievement in higher education: A systematic review of meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 143(6), 565–600. <https://doi.org/10.1037/bul0000098>
- Torres Zapata, Á. E., Pérez Jaimes, A. K., Lara Gamboa, C. C., Estrada Reyes, C. U., Brito Cruz, T. del J., & Sánchez May, M. del C. (2022). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Estado actual del conocimiento. *RECUS. Revista Electrónica Cooperación Universidad Sociedad*, 7(3), 19–25. <https://doi.org/10.33936/recus.v7i3.3470>
- Villacorta, E. (2010). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de Medicina humana de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. *Ciencia y Desarrollo*, 12, 41-56. <http://dx.doi.org/10.21503/CienciayDesarrollo.2010.v12.04>

Indicadores de complejidad en salud mental en personas con discapacidad intelectual: prevalencia y principales características

Raquel Morentin Gutiérrez y Carla Redondo Jimeno

Plena inclusión Castilla y León

INFORMACIÓN

Recibido: 12/06/2026

Aceptado: 14/07/2026

Palabras clave:

discapacidad
intelectual,
salud mental,
indicadores de
complejidad,
prevalencia,
psicofármacos

RESUMEN

Antecedentes: Las personas con discapacidad intelectual (DI) presentan una elevada vulnerabilidad a sufrir alteraciones de salud mental, habitualmente infradiagnosticadas por eclipsamiento diagnóstico o dificultades comunicativas. Este estudio estimó la prevalencia e indicadores de complejidad en salud mental (diagnóstico formal, alteraciones de conducta y uso de psicofármacos) en adultos con DI en Castilla y León. **Método:** Se realizó un estudio transversal en 25 entidades de Plena inclusión. La recogida de datos se basó en dos cuestionarios completados por profesionales sobre 4.715 usuarios. **Resultados:** Un 34% ($n = 1.604$) cumplió al menos un criterio de inclusión. De la muestra ampliada ($n = 1.393$), el 35.5 % contaba con diagnóstico formal de enfermedad mental, el 56.3% presentaba alteraciones graves de conducta y el 95% consumía psicofármacos. Se hallaron relaciones significativas entre las alteraciones graves de conducta con la ausencia de diagnóstico formal y con el consumo de psicofármacos, pero no entre el diagnóstico formal y su prescripción. **Conclusiones:** Se evidencia una elevada prescripción de psicofármacos y un desfase entre alteración conductual y diagnóstico formal. Es prioritario mejorar la detección, la evaluación clínica y la coordinación sociosanitaria para ofrecer apoyos integrales que eviten abordar la complejidad conductual o emocional únicamente desde la respuesta farmacológica.

Indicators of complexity in mental health among people with intellectual disabilities: prevalence and key characteristics

ABSTRACT

Keywords:

intellectual disability, mental health, complexity indicators, prevalence, psychotropic medication

Background: People with intellectual disabilities (ID) are highly vulnerable to mental health disorders, which are often underdiagnosed due to diagnostic overshadowing or communication difficulties. This study estimated the prevalence and indicators of complexity in mental health (formal diagnosis, behavioural disorders and use of psychotropic medication) among adults with ID in Castilla y León. **Method:** a cross-sectional study was conducted across 25 Plena inclusión organisations. Data collection was based on two questionnaires completed by professionals regarding 4,715 service users. **Results:** 34% ($n = 1,604$) met at least one inclusion criterion. Of the expanded sample ($n = 1,393$), 35.5% had a formal diagnosis of mental illness, 56.3% exhibited severe behavioural disturbances and 95% were taking psychotropic medication. Significant associations were found between severe behavioural disturbances and the absence of a formal diagnosis, as well as with the use of psychotropic drugs; however, no association was found between a formal diagnosis and the prescription of such drugs. **Conclusion:** There is evidence of high rates of psychotropic medication prescription and a disconnect between behavioural disturbances and formal diagnosis. It is a priority to improve detection, clinical assessment and social and healthcare coordination in order to provide comprehensive support that avoids addressing behavioural or emotional complexity solely through pharmacological intervention.

Citar como: Morentin Gutiérrez, R. & Redondo Jimeno, C. (2026). Indicadores de complejidad en salud mental en personas con discapacidad intelectual: prevalencia y principales características *Prolepsis. Revista de Investigación en Psicología*, 21 (1), 75-96. <https://doi.org/10.67799/prolepsis.2026.13.1.04>

Autor y e-mail de correspondencia: Raquel Morentin Gutiérrez innovacion@plenainclusioncyl.org
Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Introducción

La salud mental constituye un área de creciente interés social, sanitario y científico, también en la atención y prestación de apoyos a las personas con discapacidad intelectual (DI). Plena inclusión Castilla y León reconoce la complejidad de esta realidad, en la que coexisten factores personales, clínicos, sociales y contextuales, así como la necesidad de avanzar hacia modelos de apoyo centrados en la persona, basados en derechos y con perspectiva comunitaria también en el ámbito de la salud mental.

Diversos estudios han mostrado que las personas con DI presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar problemas de salud mental que la población general, situándose las cifras de prevalencia entre el 20 y el 40%, si bien existe una gran heterogeneidad en función de las muestras, los instrumentos y los criterios utilizados (Cooper et al., 2007; Deb et al., 2001a, 2001b; Patel et al., 2023); moviéndose generalmente las cifras entre el 20 y el 40%. Esta heterogeneidad refuerza la necesidad de precisar qué y cómo se mide en cada estudio, así como con qué criterios se identifica a las personas participantes (Komenda-Shned et al., 2024).

Por otro lado, en personas con DI, especialmente cuando existen mayores necesidades de apoyo, limitaciones comunicativas o dificultades para expresar síntomas internos, los sistemas diagnósticos generales pueden no captar adecuadamente la expresión clínica de determinados trastornos mentales. En estos casos, el malestar psicológico o psiquiátrico puede manifestarse a través de cambios conductuales, alteraciones del sueño, irritabilidad, retraimiento, agitación o conductas que suponen un reto para los apoyos. Esta complejidad ha llevado al desarrollo de guías y sistemas diagnósticos adaptados, como el *Diagnostic Manual–Intellectual Disability –DM-ID-2–*, orientados a facilitar un diagnóstico psiquiátrico más preciso en personas con DI (Fletcher et al., 2016).

Una de las barreras más relevantes es el denominado eclipsamiento diagnóstico, fenómeno por el cual síntomas emocionales, conductuales o psiquiátricos pueden ser atribuidos erróneamente a la propia discapacidad intelectual, dificultando la identificación de trastornos mentales coexistentes. En consecuencia, la ausencia de diagnóstico formal no puede interpretarse necesariamente como ausencia de problema de salud mental. Este fenómeno fue descrito clásicamente por Reiss et al. (1982) y continúa siendo una cuestión relevante en la evaluación clínica de personas con DI.

Las alteraciones graves de conducta, denominadas también conductas desafiantes o conductas que nos preocupan, añaden una complejidad adicional. Estas conductas no deben interpretarse como equivalentes a un trastorno mental ni como un problema inherente a la persona. Sin embargo, pueden constituir una forma de expresión de malestar, necesidades no cubiertas, dolor, dificultades de comunicación, condiciones contextuales inadecuadas o problemas de salud mental no identificados. Matson & Shoemaker (2011) destacan precisamente la complejidad de la psicopatología en personas con DI y la necesidad de diferenciar entre trastornos psicopatológicos y manifestaciones conductuales que requieren análisis funcional y contextualizado.

En esta línea, publicaciones recientes del movimiento Plena inclusión, como *Conductas que nos preocupan* y la *Guía de Apoyo Conductual Positivo*, insisten en superar respuestas centradas exclusivamente en el control de la conducta o en el diagnóstico, promoviendo modelos preventivos, éticos, personalizados y orientados a la calidad de vida. Desde esta perspectiva, la conducta grave no se considera un trastorno mental en sí misma, sino un posible indicador de complejidad que puede requerir evaluación especializada y coordinación entre los sistemas social y sanitario.

Otro elemento relevante es el tratamiento psicofarmacológico. El consumo de psicofármacos no identifica necesariamente la existencia de un trastorno mental diagnosticado, pero sí identifica personas que probablemente están siendo atendidas por dispositivos de salud mental o presentan una complejidad clínica relevante. De hecho, en la práctica asistencial, determinadas alteraciones graves de conducta o manifestaciones de malestar pueden ser abordadas mediante tratamiento psicofarmacológico, aun cuando no exista un diagnóstico psiquiátrico formal claramente registrado. Esta situación lleva tiempo generando preocupación en la literatura científica. Sheehan et al. (2015), en un estudio poblacional en Reino Unido, observaron que la proporción de personas con discapacidad intelectual tratadas con psicofármacos superaba ampliamente la proporción de personas con enfermedad mental registrada. Asimismo, Tyrer et al. (2008) cuestionaron ya en su día el uso rutinario de antipsicóticos para el tratamiento de conductas agresivas desafiantes en personas con discapacidad intelectual.

Por ello, el elevado uso de psicofármacos en esta población debe interpretarse con cautela y analizarse en relación con la indicación clínica, el seguimiento, la duración del tratamiento y la disponibilidad de intervenciones psicológicas, conductuales, contextuales y de apoyo. Las recomendaciones clínicas actuales insisten en la necesidad de realizar evaluaciones integrales y adaptadas, implicar a la persona y a sus apoyos significativos, y evitar respuestas exclusivamente farmacológicas cuando la conducta puede estar relacionada con factores comunicativos, ambientales, físicos o emocionales.

Por todo ello, en personas con DI, el estudio de la salud mental exige una mirada amplia y prudente. Diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y tratamiento psicofarmacológico son realidades conceptualmente diferentes y no deben considerarse equivalentes. Sin embargo, en el contexto de la DI, las barreras diagnósticas, la expresión conductual del malestar y la respuesta farmacológica forman parte de una misma realidad asistencial que requiere evaluación integral, seguimiento y planificación de apoyos.

En este marco, el presente estudio no pretende estimar exclusivamente la prevalencia clínica de trastorno mental diagnosticado. Su objetivo es identificar la prevalencia de personas adultas con discapacidad intelectual atendidas en entidades de Plena inclusión Castilla y León que presentan al menos uno de tres indicadores registrados de complejidad relacionados con la salud mental: diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y/o consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Asimismo, se analizan distintas variables asociadas, con el fin de ampliar la información

para comprender en mayor medida esta compleja realidad.

Método

Diseño

El presente estudio se ha llevado a cabo a través de una metodología cuantitativa y un diseño transversal, estableciendo como variables independientes (asignadas) las características sociodemográficas de la persona y del tipo de centro/recurso donde acude; y, como variables dependientes (de estudio) el diagnóstico formal de enfermedad mental, la existencia de alteraciones graves de conducta y el consumo de psicofármacos.

Estas tres variables de estudio constituyeron, de hecho, los tres criterios de inclusión en la investigación. Tal como se ha explicado en la introducción, la inclusión de estos tres criterios responde a una concepción aplicada y multidimensional de la complejidad en salud mental en personas con DI. Se trata de dimensiones conceptualmente diferenciadas, por lo que no se interpretan como equivalentes entre sí ni como diagnóstico clínico único. Sin embargo, en el contexto de la discapacidad intelectual, estos tres indicadores se han considerado claves como indicadores de complejidad vinculados a la salud mental.

Por tanto, los resultados no deben interpretarse como una estimación de la prevalencia de enfermedad mental, sino como una aproximación a la proporción de personas que presentan al menos un indicador asociado a la complejidad de la salud mental en este colectivo. Esta decisión metodológica, aunque puede considerarse que en cierto modo limita la validez de constructo del indicador compuesto, sin embargo, responde a una clara intencionalidad aplicada, con la pretensión de avanzar en la identificación, detección, evaluación, seguimiento, intervención y coordinación socio-sanitaria.

Participantes

Los criterios de inclusión de los participantes fueron por tanto tres, no siendo además excluyentes entre sí. La definición de cada uno de ellos se realizó de manera restrictiva, con el fin de delimitar en mayor medida la muestra.

- a) *Diagnóstico formal de enfermedad/trastorno mental.* Este diagnóstico debía ser oficial y estar realizado por profesionales de la salud mental (del sector público/privado), dejando por tanto fuera de este criterio aquellas personas de las que “se sospecha de enfermedad/trastorno mental”, pero no existía un diagnóstico formal. Respecto al sistema clasificatorio, se refirieron a la clasificación CIE-10, por ser la comúnmente referida en los diagnósticos formales de los participantes en el momento de realización del estudio.
- b) *Presencia de alteraciones graves de conducta.* Se destaca en este criterio la referencia exclusivamente a conductas que se consideran “graves” y no a la mera presencia de alteraciones de conducta. Para ello, partiendo de la definición

de Emerson (“aquellas conductas anormales desde el punto de vista cultural, de tal frecuencia, duración o intensidad que ponen en riesgo la seguridad física, el bienestar o la calidad de vida de la persona o de otros, o bien que impiden a la persona que las muestra el acceso a los recursos ordinarios de la comunidad”), la identificación del cumplimiento del criterio se limitó a aquellos participantes que obtuvieran en la subescala de problemas de conducta del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP; Bruininks et al., 1986; adaptación española de Montero, 1996) al menos una puntuación de 3 en gravedad o en frecuencia. Se utilizó este instrumento por ser el único que evaluaba las alteraciones de conducta y que era empleado de forma sistemática por todas las entidades participantes, lo que permitía homogeneizar el criterio de evaluación.

- c) *Consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico.* Dado el amplio porcentaje de personas con DI que tienen epilepsia, se excluyó del estudio el consumo de antiepilépticos cuando su prescripción se debía al tratamiento exclusivo de epilepsia (sin estar relacionado con una intervención psiquiátrica).

Se realizó un proceso de muestreo incidental respecto a las entidades federadas en Plena inclusión Castilla y León, resultando 25 entidades en disposición a colaborar (un 86.2% de todas las entidades susceptibles de participar). El flujo muestral del estudio fue el siguiente:

En primer lugar, se tomó como población de referencia a las 4.715 personas adultas con DI que recibían apoyos en los 122 centros o servicios de esas 25 entidades colaboradoras.

De ellas, 1.604 personas fueron identificadas por cumplir al menos uno de los tres criterios de inclusión: diagnóstico formal de enfermedad mental, presencia de alteraciones graves de conducta y/o consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico.

En una segunda fase, con objeto de obtener información más exhaustiva de las personas identificadas, se desarrolló un cuestionario ampliado, el cual resultó aplicado para un total de 1.393 casos. Esto fue debido principalmente a la realización de muestreos en aquellos centros donde el número de personas identificadas era elevado (con objeto de no sobrecargar al profesional que cumplimentaba los cuestionarios). En esas situaciones, 11 centros de 3 entidades participantes, se ha mantenido la misma distribución por sexo que existía en el grupo de personas con DI identificadas previamente.

El total de personas con DI sobre las que se ha cumplimentado este cuestionario más exhaustivo de información (1.393) se corresponde al 86.85% de las personas con DI identificadas (1.604), por lo que los resultados siguen siendo representativos y generalizables.

Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizaron dos cuestionarios estructurados,

cumplimentados ambos en formato web. El primero, *Cuestionario de datos identificativos*, más breve y conciso, permitió identificar a las 1.604 personas con DI que cumplían al menos algún criterio de inclusión. Incluía tres apartados con un total de 14 ítems: (a) instrucciones para el encuestador y la identificación de casos, (b) datos del encuestador y (c) datos de la entidad.

A continuación, para no sobrecargar a los profesionales de las entidades, se aplicó el segundo cuestionario, *Cuestionario de prevalencia*, a una submuestra de ellos ($n=1.393$). Este segundo cuestionario, conformado por 66 ítems, recopilaba información más exhaustiva sobre cada persona con DI identificada. Más concretamente, en torno a: (a) características socio-demográficas de la persona con DI identificada, (b) información sobre indicadores de complejidad en salud mental (diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta, consumo de psicofármacos) y sobre otras dificultades asociadas a la salud; (c) información sobre la respuesta sanitaria recibida y (d) respuesta por parte del servicio social en el que se atiende a la persona.

Ambos cuestionarios fueron diseñados ad-hoc para este estudio por un equipo de trabajo integrado por profesionales de Plena inclusión Castilla y León, profesionales de entidades participantes con experiencia directa en el apoyo a personas con DI y alteraciones de la salud mental y personal investigador experto de la Universidad de Valladolid.

Al tratarse de instrumentos elaborados específicamente para este estudio y no de escalas psicométricas estandarizadas, no se dispone de análisis psicométricos completos. Sin embargo, con el fin de reforzar su validez de contenido, los ítems fueron revisados mediante juicio experto (valorando su pertinencia, claridad, adecuación terminológica y coherencia con los objetivos del estudio y la realidad de los servicios participantes), lo que permitió ajustar la formulación de las preguntas, la estructura del instrumento y las categorías de respuesta antes de su aplicación definitiva. Un total de 7 profesionales conformaron ese comité de expertos: 5 profesionales de entidades (psicólogos), con amplia formación avalada en el objeto del estudio y larga trayectoria profesional en la atención al colectivo diana; 1 profesor titular de Universidad con amplia trayectoria investigadora en el campo de las alteraciones graves de conducta y las personas con DI y un profesional de Plena inclusión Castilla y León, experta en salud mental con formación profesional e investigadora y trayectoria profesional vinculada al objeto del estudio.

Procedimiento

Tras aprobarse el estudio y comunicarse a las entidades, se conformó un equipo investigador para diseñar los cuestionarios y trasladarlos a formato web. Se elaboraron instrucciones de cumplimentación y se realizaron 3 sesiones de formación con encuestadores (un total de 56 encuestadores, la mayoría psicólogos/as con experiencia, valía y formación constatada y con conocimiento experto sobre la persona con DI sobre la que recogían la información).

La información para cumplimentar los cuestionarios fue aportada por estos

profesionales, principalmente a partir del conocimiento profesional de cada caso y de la información disponible en los servicios donde reciben los apoyos. Durante la recogida, se aplicaron controles de calidad para asegurar la fiabilidad y validez de los datos, así como la confidencialidad y anonimato de los participantes.

Finalizado el trabajo de campo, se depuró la base de datos y se realizaron los análisis oportunos, contando para ello con la colaboración del Departamento de Psicología de la Universidad de Valladolid.

Análisis de datos

La base de datos fue sometida a revisión y depuración antes de pasar a la fase de análisis. Asimismo, los casos con alguna variable incompleta “no indispensable” para el estudio fueron excluidos únicamente de los análisis correspondientes a esa variable afectada, manteniéndose el tamaño muestral disponible en cada análisis.

Depurada la base de datos, se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron mediante la prueba de χ^2 . Para explorar las variables asociadas al diagnóstico formal de enfermedad mental se ajustó un modelo de regresión logística binaria, tomando como variable dependiente la presencia o ausencia de diagnóstico formal de enfermedad mental. El nivel de significación estadística se estableció en $p < .05$.

Los análisis se realizaron con los programas SAS, SPSS y STATA.

Consideraciones éticas y protección de datos

El estudio fue aprobado institucionalmente por Plena inclusión Castilla y León y contó con la participación voluntaria de las entidades federadas, si bien se reconoce la ausencia de solicitud y aprobación formal por un comité de ética (tal como sugiere la guía STROBE). La información fue aportada por profesionales de referencia que conocían muy bien a las personas con DI (principalmente psicólogas/os), sin que las propias personas con DI intervinieran directamente en el proceso. Los datos fueron tratados de forma anonimizada y agregada, sin incorporar información identificativa personal en la base de análisis. El estudio se desarrolló respetando los principios de confidencialidad, protección de datos y uso responsable de la información.

Resultados

Sobre un total de 4.715 personas adultas con DI atendidas en los centros participantes, 1.604 personas cumplieron al menos uno de los criterios de inclusión. Los análisis descriptivos e inferenciales más detallados se realizaron sobre la submuestra de 1.393 personas en torno a las cuales se cumplimentó el cuestionario ampliado.

Características de los participantes identificados

Las principales características sociodemográficas de los participantes identificados por

cumplir al menos alguno de los criterios de inclusión (y sobre los que se aplicó el cuestionario ampliado, $n = 1.393$) pueden consultarse en la siguiente Tabla (Tabla 1), encontrándose el rango de edad de los participantes entre los 18 y los 81 años ($M = 47$, $DT = 13.3$).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes identificador por cumplir alguno de los criterios de inclusión

Variable	Categoría	%
Sexo	Mujeres	45.4
	Hombres	54.6
Tipo de centro	Centros de día / ocupacionales	91.5
	Centros especiales de empleo	8.5
Ámbito	Urbano	52.2
	Rural	47.8
Porcentaje de discapacidad	> 74%	48.0
	65% – 74%	40.6
	33% – 64%	9.4
	No consta / no valorado	2.0
Nivel de discapacidad	DI moderada	36.5
	DI leve o ligera	35.2
	DI grave o severa	19.0
	Inteligencia límite	7.0
	DI profunda	1.9
	No especificado	0.5
Grado de dependencia	Grado II	35.3
	Grado III	24.2
	Grado I	23.6
	Sin valorar / desconocido	16.9
Tiempo de institucionalización	> 15 años	51.1
	< 1 año	2.8
Problemas de salud relevantes	Presenta al menos un problema de salud	73.9
	Epilepsia	25.9
	Déficit sensorial	18.2
	Problemas gastrointestinales	18.1
	Dolores crónicos o recurrentes	16.7
	Alteraciones del sueño	13.5

Nota. Los porcentajes de los problemas de salud específicos no suman 100% porque las categorías no son mutuamente excluyentes (un mismo participante puede presentar más de un problema de salud).

Prevalencia y estimaciones poblacionales

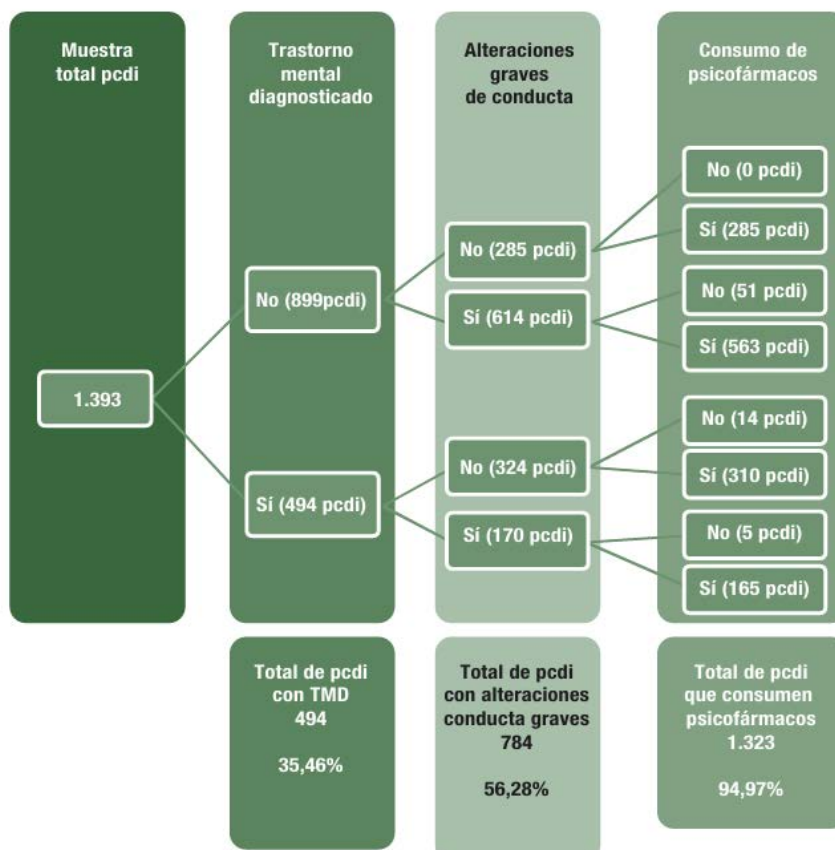
Respecto a los resultados de prevalencia global, los resultados indican que del total de personas con DI mayores de edad que reciben apoyo en las entidades federadas (4.715), el 34% ($n = 1.604$) cumplen al menos uno de los tres criterios de inclusión en el estudio, resultado alineado con la literatura científica previa.

Como se ha explicado anteriormente, para no sobrecargar a los profesionales que cumplimentaban los cuestionarios, se realizó una submuestra dentro de las personas identificadas, sobre las que se aplicó un cuestionario más exhaustivo. Esa submuestra fue de 1.393 personas (86.9% de las 1.604 identificadas). Sobre este último grupo se aplicó el cuestionario ampliado, el cual permite diferenciar la distribución por criterios y, además, profundizar con mayor exhaustividad en los resultados (Figura 1).

Así, considerando que los criterios (indicadores de complejidad en salud mental) no son excluyentes entre sí, un 35.5% de la muestra ($n = 494$) cumplió el primer criterio (diagnóstico formal de enfermedad mental), el 56.3% presentaba alteraciones graves de conducta ($n = 784$) y el 95% consumía psicofármacos como tratamiento psiquiátrico ($n = 1.323$).

Figura 1

Distribución de las personas con DI que cumplen los criterios de inclusión en el estudio



A partir de los datos, considerando la amplia muestra de este estudio y su representatividad, se realizaron estimaciones poblacionales, trasladando estos resultados de prevalencia a la población de personas con DI mayores de edad de Castilla y León ($N = 17.399$ personas adultas con DI, según datos vigentes en el momento de realización del estudio del *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León*, (Junta de Castilla y León, 2017). Así, se realizaron estimaciones poblacionales con un error muestral muy aceptable ($EM = 2.52$ puntos porcentuales) y un nivel de confianza del 95% ($p = q = .50$). Los resultados muestran lo siguiente respecto a cada indicador de complejidad en salud mental incluido en el estudio: a) el 12.1% de las personas con DI mayores de edad en Castilla y León tienen una enfermedad mental diagnosticada formalmente; b) el 19.2% de las personas con DI mayores de edad en Castilla y León presentan alteraciones graves de conducta; y c) el 32.3% de las personas con DI mayores de edad en Castilla y León consume psicofármacos como tratamiento psiquiátrico.

En todo caso, aunque el estudio cuenta con una muestra amplia, estas estimaciones poblacionales deben interpretarse con cierta cautela y no extrapolarse sin matices a todas las personas adultas con DI de Castilla y León, puesto que los participantes de la muestra proceden de entidades prestadoras de apoyos y en una gran proporción acuden a servicios institucionalizado. Por ello, a pesar de la amplia muestra del estudio, la interpretación debe ser prudente, especialmente en lo que se refiere a personas con DI que viven en la comunidad y reciben apoyos menos intensos o exclusivamente comunitarios.

Relaciones entre criterios

Respecto al cumplimiento simultáneo de varios criterios, tal como se muestra en la Figura 1, los resultados descriptivos tras la aplicación del cuestionario ampliado ($n = 1.323$) muestran que un 33.9% cumplía los tres criterios simultáneamente, un 60% cumplía los dos últimos criterios (alteraciones graves de conducta + consumo de psicofármacos), un 1.3% los dos primeros (diagnóstico enfermedad mental + alteraciones graves de conducta) y un 0.2% el primero y tercer criterio (diagnóstico enfermedad mental + consumo de psicofármacos).

Al profundizar en estos resultados, encontramos relaciones significativas interesantes entre criterios. Así, se constató asociación significativa entre alteraciones graves de conducta y ausencia de diagnóstico de enfermedad mental ($\chi^2 = 148.77$; $p < .001$), encontrándose una proporción significativamente superior de personas con DI con alteraciones graves de conducta entre aquellas que no tienen diagnóstico de enfermedad mental, en tanto y cuanto tener diagnosticada formalmente una enfermedad mental se asocia con una menor probabilidad de mostrar alteraciones graves de conducta.

También fue significativa la relación entre consumo de psicofármacos y alteraciones graves de conducta ($\chi^2 = 9.18$; $p = .002$), constatándose que la proporción de personas con DI que consumen psicofármacos es significativamente superior entre aquellas que presentan alteraciones graves de conducta. Por el contrario, no fue significativa la relación

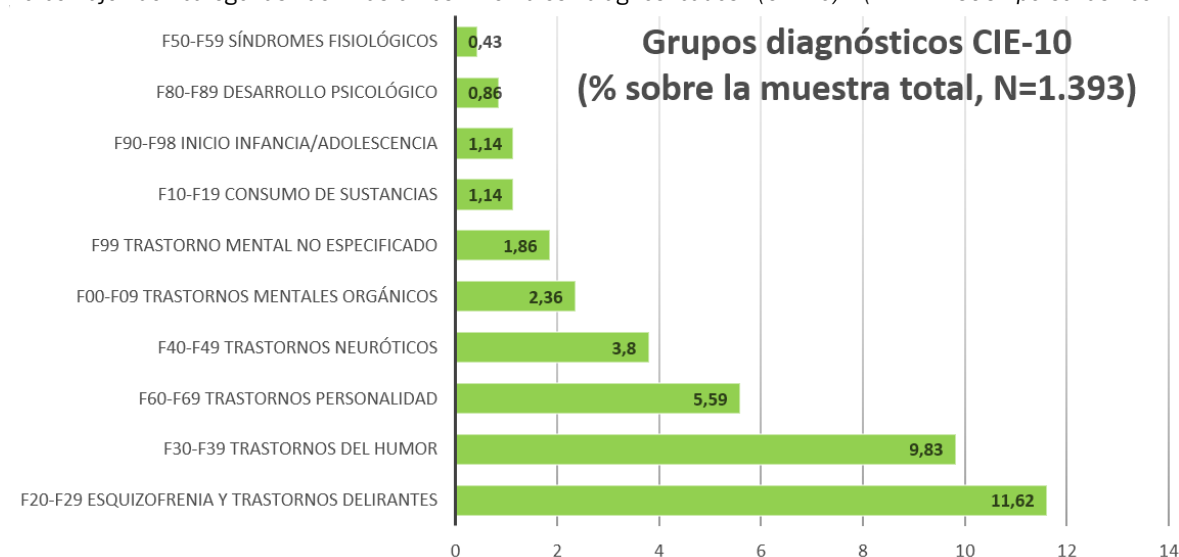
entre ese consumo de psicofármacos y el diagnóstico de enfermedad mental ($\chi^2 = 1.33$; $p = .249$). Ambos resultados, tomados conjuntamente, pueden estar apoyando la preferencia por un tratamiento más centrado en “reducir síntomas conductuales” y no tanto en el diagnóstico.

Resultados por criterios: diagnóstico formal de enfermedad mental

Si nos centramos en cada uno de los criterios, respecto al primero, diagnóstico formal de enfermedad mental (Figura 2), encontramos que el diagnóstico más frecuente fue “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, con un 11.6% del total de casos de la muestra (un 32.8% de total de 494 personas de la muestra que tienen un diagnóstico formal); a continuación, los “Trastornos del humor afectivos”, con un 9.8% del total de casos de la muestra (un 27.7% del total de casos diagnosticados), seguido de los “Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto”, con un 5.6% del total de casos de la muestra (y un 15.8% del total e casos que cuentan con diagnóstico formal).

Figura 2

Porcentaje de categorías de trastornos mentales diagnosticados (CIE-10). ($n = 1.393$ personas con DI).



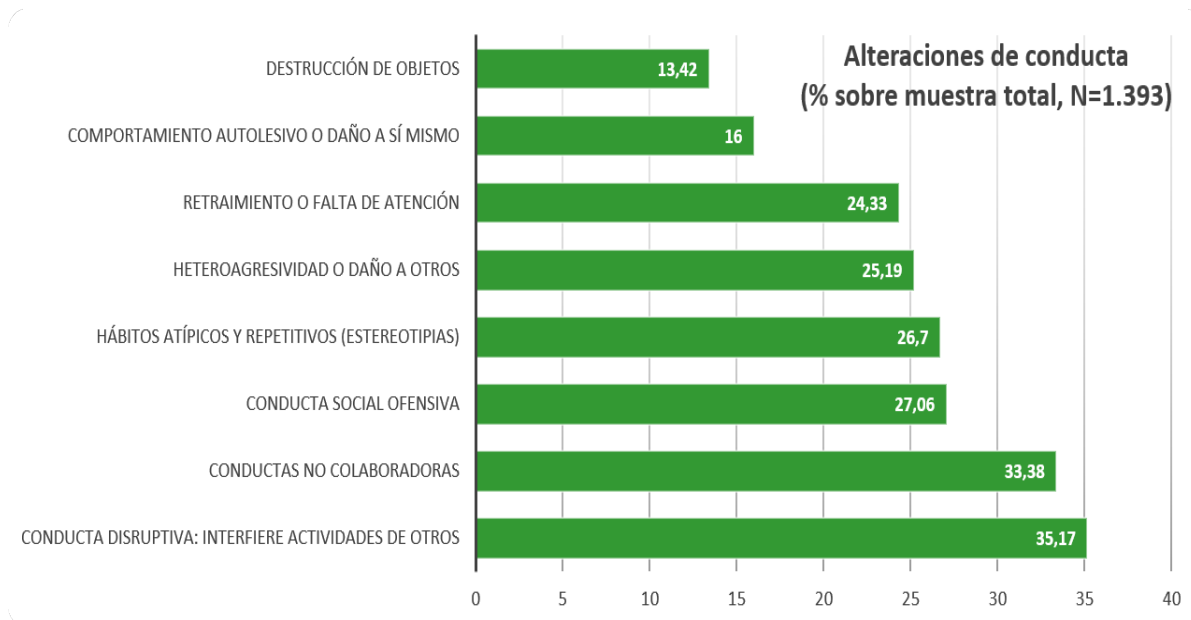
Al cruzar la variable tener o no diagnóstico formal de enfermedad con otras variables sociodemográficas, hemos encontrado relaciones significativas con: el porcentaje de discapacidad ($\chi^2(2) = 148.77$; $p < .001$), siendo más probable disponer de diagnóstico cuando el porcentaje de DI es menor; el nivel de DI ($\chi^2(4) = 169.05$; $p < .001$), resultando el diagnóstico de enfermedad mental significativamente más probable en los niveles de DI límite y ligero; y el grado de dependencia ($\chi^2(2) = 48.4$; $p < .001$), siendo más probable disponer de un diagnóstico de enfermedad mental cuando el grado de dependencia es menor. Tomados conjuntamente, estos resultados parecen estar indicando una mayor asociación entre disponer de diagnóstico de enfermedad mental y menores necesidades de apoyo de la persona con DI. Esto no significa que las personas con DI con mayores necesidades de apoyo no tengan enfermedad mental, sino que en ellas es menos probable que cuenten con un diagnóstico formal.

Resultados por criterios: alteraciones graves de conducta

Por su parte, respecto a las alteraciones graves de conducta (Figura 3), segundo criterio/indicador de complejidad, han destacado las “conductas disruptivas que interfieren en la actividad de otros”, presentes en el 35.2% del total de casos de la muestra (un 62.5% del total de 784 casos de la muestra que tienen alteraciones graves de conducta), seguido de “conductas no colaboradoras”, presentes en el 33.4% de la muestra (un 59.3% del total de casos que tienen alteraciones graves de conducta).

Figura 3

Porcentaje de alteraciones graves de conducta (ICAP) (n= 1.393 personas con DI).



Al cruzar la variable presentar o no alteraciones graves de conducta con otras variables sociodemográficas, hemos encontrado relaciones significativas con: el porcentaje de discapacidad ($\chi^2(2) = 35.09$; $p < .001$), encontrando una proporción de personas con alteraciones graves de conducta significativamente superior entre aquellas personas con un porcentaje de discapacidad superior al 75%; el nivel de DI ($\chi^2(4) = 61.02$; $p < .001$), resultando significativamente más probable desarrollar alteraciones graves de conducta en los niveles de DI de mayor afectación; y el grado de dependencia ($\chi^2(2) = 41.74$; $p < .001$), siendo más probables las alteraciones graves de conducta entre aquellas con un grado de dependencia mayor.

Tomados conjuntamente, estos resultados parecen estar indicando una mayor asociación entre alteraciones graves de conducta y mayores necesidades de apoyo de la persona con DI.

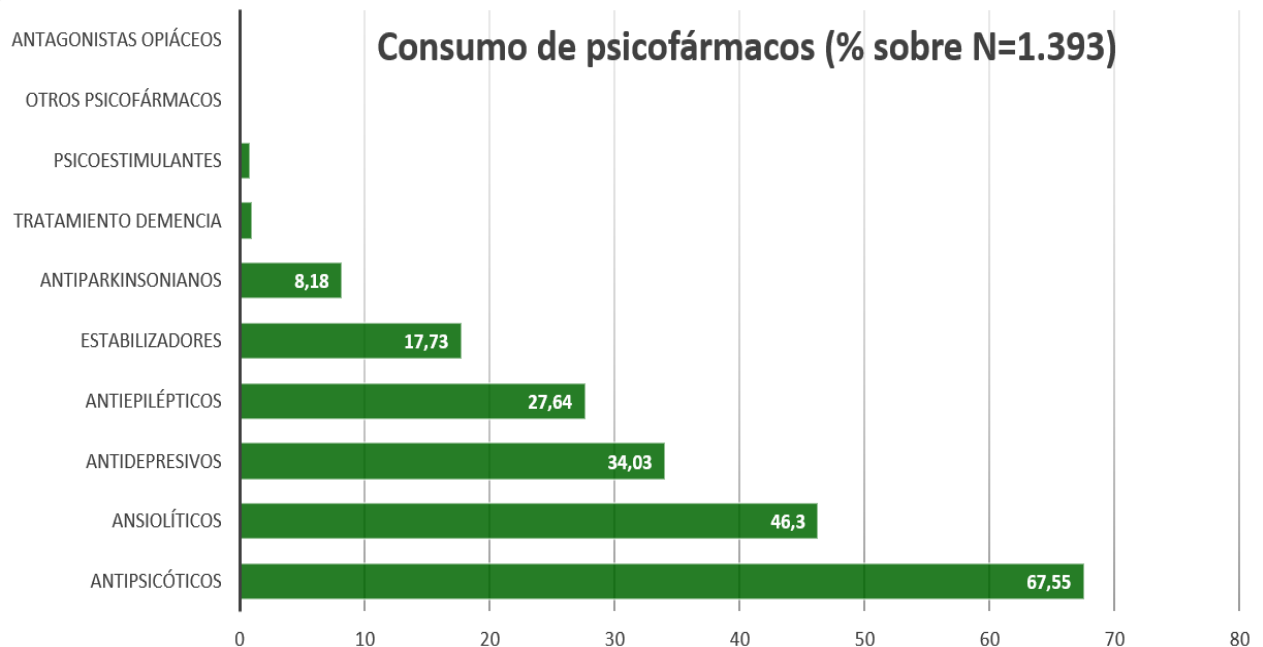
Resultados por criterios: consumo de psicofármacos

Finalmente, en relación con el consumo de psicofármacos como tratamiento

psiquiátrico (Figura 4), el más frecuente ha sido el de “antipsicóticos”, consumo realizado por el 67.6% del total de la muestra (un 71.1% del total de 1.323 casos que consumen psicofármacos), seguido por el consumo de “ansiolíticos”, realizado por el 46.3% de la muestra (un 48.8% del total de personas que consumen psicofármacos).

Figura 4

Porcentaje de tipo de psicofármacos consumidos como tratamiento psiquiátrico ($n = 1.393$ personas con DI).



Respecto al número de psicofármacos por persona que consumen los participantes en el momento de realización del estudio, se destaca que más de la mitad (55.8%) de las personas con DI que cumplían este tercer criterio ($n = 1.323$) tomaban entre dos y tres psicofármacos como tratamiento psiquiátrico en el momento de realización del estudio.

Modelo predictivo

Tras la realización de diversos análisis y múltiples contrastes estadísticos incluyendo tanto variables sociodemográficas como las variables de estudio, que, por limitaciones de extensión del artículo no se detallan, se vio factible establecer, a partir de esos resultados parciales, un modelo de regresión logística binaria, con el objetivo de identificar variables asociadas a la presencia de diagnóstico formal de enfermedad mental (Tabla 2).

Este modelo mostró que el diagnóstico formal de enfermedad mental es más probable que se dé en personas con DI con determinadas características: nivel de DI límite o leve, que no tengan alteraciones graves de conducta, que no presentan alteraciones del sueño, que se les apoye en centros o recursos de ámbito rural, que no presenten problemas de relación social y que no tengan epilepsia.

Tabla 2

Predictores o variables de interés para la presencia de diagnóstico de enfermedad mental

Parámetros	Categoría	df	χ^2	p
Alteraciones de Conducta	No Sí	1	112.41	.000
Nivel de DI	Límite	1	11.51	.001
	Leve	1	6.9	.009
	Moderado	1	2.26	.133
	Severo	1	0.12	.732
Dificultad de relación	No Sí	1	7.93	.005
Ámbito del centro de apoyo	Rural Urbano	1	14.32	.000
Epilepsia	No Sí	1	21.8	< .001
Problemas sueño	No Sí	1	21.79	.000

Nota. La variable Nivel de DI fue introducida mediante variables indicadoras -*dummy variables*-, tomando como categoría de referencia [DI profunda].

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran una presencia elevada de indicadores de complejidad relacionados con la salud mental en personas adultas con DI atendidas en entidades de Plena inclusión Castilla y León. En concreto, el 34% de las 4.715 personas adultas con DI que recibían apoyos en los centros participantes cumplía al menos uno de los tres criterios de inclusión establecidos: diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y/o consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Este resultado se sitúa en el rango descrito en la literatura científica, si bien debe interpretarse teniendo en cuenta la definición amplia y aplicada del indicador utilizado, así como la heterogeneidad metodológica existente entre estudios (Morentin et al., 2021).

El principal valor del estudio no reside únicamente en cuantificar esta realidad, sino en mostrar la complejidad asistencial que se produce cuando confluyen salud mental, conducta, comunicación, necesidades de apoyo, salud física y respuesta farmacológica. En este sentido, los tres criterios utilizados no son equivalentes entre sí ni deben interpretarse como manifestaciones de una misma entidad clínica. Tener un diagnóstico formal de enfermedad mental, presentar alteraciones graves de conducta o consumir psicofármacos como tratamiento psiquiátrico son realidades conceptualmente diferentes. Sin embargo, en el contexto de la DI, todas ellas pueden actuar como señales relevantes de necesidad de evaluación, seguimiento, coordinación sociosanitaria y planificación de apoyos.

En relación con el diagnóstico formal de enfermedad mental, los resultados muestran que el 35.5% de la muestra con cuestionario ampliado contaba con un diagnóstico

registrado, siendo más frecuentes los diagnósticos del grupo de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, seguidos de los trastornos del humor. Asimismo, los análisis realizados muestran una mayor presencia de diagnóstico formal en personas con menor nivel de afectación intelectual, menor porcentaje de discapacidad y menor grado de dependencia. Esta asociación debe interpretarse con prudencia, pero resulta compatible con una hipótesis relevante en este campo: las personas con mayores necesidades de apoyo, mayores dificultades comunicativas o expresión clínica más atípica pueden encontrar más barreras para recibir un diagnóstico formal de salud mental. Esto no significa que presenten menos problemas de salud mental, sino que estos pueden estar menos identificados o menos registrados (Morentin et al., 2021).

En esta línea, el fenómeno del eclipsamiento diagnóstico continúa siendo una clave interpretativa importante. La atribución de determinados síntomas emocionales, conductuales o psiquiátricos a la propia DI puede dificultar la identificación de trastornos mentales coexistentes (Reiss et al., 1982), favoreciendo que determinados problemas de salud mental permanezcan infradetectados o sean interpretados como manifestaciones inherentes a la discapacidad (Mason & Scior, 2004). Además, la identificación de trastornos psiquiátricos en personas con DI puede verse condicionada por los procedimientos de evaluación utilizados, la disponibilidad de información clínica y la experiencia de los profesionales implicados, lo que puede generar variabilidad en las tasas de diagnóstico registradas (Cooper et al., 2007). Los resultados del modelo de regresión logística muestran que el diagnóstico formal registrado se asocia con determinadas características personales y contextuales, pero no permiten afirmar que dichas características produzcan por sí mismas la presencia o ausencia de diagnóstico. Esta cautela es especialmente relevante en un estudio transversal y basado en información registrada o aportada por profesionales, ya que este tipo de diseños permiten identificar asociaciones, pero no establecer relaciones causales ni descartar la influencia de factores no medidos.

Respecto a las alteraciones graves de conducta, el 56.3% de la muestra ampliada presentaba este indicador. Las conductas más frecuentes fueron las conductas disruptivas que interfieren en la actividad de otros y las conductas no colaboradoras. Los resultados también muestran una mayor presencia de alteraciones graves de conducta en personas con mayores necesidades de apoyo. Este dato debe interpretarse desde una perspectiva funcional y contextualizada: las conductas que nos preocupan no son equivalentes a enfermedad mental ni deben ser entendidas como un problema inherente a la persona. Pueden expresar malestar, dolor, dificultades de comunicación, necesidades no cubiertas, condiciones ambientales inadecuadas o problemas de salud física o mental no suficientemente identificados. Por ello, su presencia requiere evaluaciones integrales, funcionales y adaptadas, que analicen la interacción entre la persona y su contexto (Morentin et al., 2021).

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la relación entre alteraciones graves de conducta y ausencia de diagnóstico formal de enfermedad mental. Esta asociación puede interpretarse como una señal de alerta sobre las dificultades de detección y registro

diagnóstico en personas cuya expresión de malestar se manifiesta principalmente a través de la conducta. En este sentido, las alteraciones graves de conducta en personas con DI pueden constituir una forma de expresión de necesidades no satisfechas, malestar emocional o trastornos mentales subyacentes, especialmente cuando existen limitaciones comunicativas que dificultan la identificación de síntomas internos (Emerson & Einfeld, 2011). No obstante, no puede concluirse que la conducta grave impida o cause la ausencia de diagnóstico. Los datos permiten afirmar que ambas variables están asociadas, y que dicha asociación refuerza la necesidad de evaluaciones clínicas más especializadas, adaptadas y multidisciplinarias, tal como recomiendan las guías clínicas para la evaluación de conductas desafiantes en personas con DI (NICE, 2015).

El tercer indicador, el consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico, aparece en el 95% de las personas identificadas en la muestra ampliada. Este porcentaje debe interpretarse con especial cautela, puesto que el consumo de psicofármacos constituía en sí mismo uno de los criterios propios de inclusión del estudio. Aun así, el dato es relevante, especialmente si se considera que los psicofármacos más frecuentes fueron los antipsicóticos y los ansiolíticos, y que más de la mitad de quienes consumían psicofármacos tomaban entre dos y tres fármacos en el momento del estudio (Morentin et al., 2021).

La asociación significativa entre consumo de psicofármacos y alteraciones graves de conducta, junto con la ausencia de asociación significativa entre consumo de psicofármacos y diagnóstico formal de enfermedad mental, plantea una cuestión especialmente importante para la práctica clínica y la planificación de apoyos. En personas con DI, el uso de psicofármacos se ha relacionado frecuentemente con la presencia de conductas desafiantes, aunque su utilización no siempre responde exclusivamente a la existencia de un diagnóstico psiquiátrico formal, lo que subraya la complejidad de las decisiones terapéuticas en este colectivo (Deb et al., 2015). Los resultados no permiten valorar la adecuación individual de los tratamientos ni afirmar que exista un uso inadecuado en casos concretos. Sin embargo, sí sugieren la necesidad de revisar los procesos de indicación, seguimiento, duración y coordinación de los tratamientos psicofarmacológicos, especialmente cuando estos se utilizan en contextos de complejidad conductual sin diagnóstico psiquiátrico formal.

Desde esta perspectiva, el estudio refuerza la necesidad de ampliar el abanico de respuestas disponibles. La intervención no debería limitarse a reducir síntomas o controlar conductas, sino orientarse a comprender qué está ocurriendo, qué función puede tener la conducta, qué necesidades no están siendo cubiertas y qué apoyos personales, comunicativos, ambientales o comunitarios pueden modificarse. Este enfoque es coherente con modelos como el apoyo conductual positivo, el apoyo activo, la planificación centrada en la persona y la reducción de prácticas restrictivas, que ponen el énfasis en la calidad de vida, la participación, los derechos y la comprensión de la persona en su contexto (Morentin et al., 2021).

Otro aspecto relevante es el perfil general de las personas identificadas. Se trata de un

grupo con importantes necesidades de apoyo, con una elevada presencia de otros problemas de salud relevantes y con una importante vinculación a servicios de apoyo. Esta realidad exige una respuesta coordinada entre los sistemas social y sanitario, así como una planificación de apoyos que no se limite al abordaje clínico o farmacológico (Deb, 2016). La complejidad de indicadores de salud mental debe entenderse en relación con la salud física, la comunicación, las oportunidades de participación, los vínculos sociales, la vida comunitaria y la posibilidad de desarrollar proyectos de vida significativos.

Finalmente, los resultados conectan con revisiones recientes que señalan tanto la dificultad para definir de forma específica qué constituye una buena salud mental en personas con DI como las limitaciones todavía existentes en los instrumentos disponibles para evaluar problemas comunes de salud mental y bienestar en esta población. En este sentido, los hallazgos del presente estudio subrayan la necesidad de seguir desarrollando herramientas de evaluación adaptadas, válidas y fiables, con participación de las propias personas con DI, y capaces de recoger tanto síntomas clínicos como dimensiones de bienestar, comunicación, entorno, relaciones y calidad de vida (Morentin et al., 2021).

Limitaciones

El estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados. En primer lugar, la información fue recogida mediante cuestionarios estructurados cumplimentados por profesionales de referencia de las entidades participantes, a partir de la información disponible en los servicios y del conocimiento profesional de cada caso. Aunque se trataba mayoritariamente de profesionales con experiencia y conocimiento directo de las personas, los datos no proceden de una evaluación clínica directa realizada específicamente para este estudio. Por ello, los resultados deben interpretarse como prevalencia registrada o identificada en contextos de apoyo, y no como prevalencia clínica establecida mediante entrevista diagnóstica individual.

En segundo lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales. Las asociaciones encontradas entre diagnóstico formal, alteraciones graves de conducta, consumo de psicofármacos y otras variables sociodemográficas o clínicas deben interpretarse como relaciones estadísticas observadas en un momento determinado, no como relaciones causa-efecto.

En tercer lugar, el indicador compuesto utilizado integra tres dimensiones heterogéneas: diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Esta decisión metodológica responde a una finalidad aplicada —identificar situaciones de complejidad que requieren evaluación, seguimiento y coordinación—, pero limita la validez de constructo si se interpretara como una medida única de trastorno mental. Por ello, la prevalencia global obtenida no debe entenderse como prevalencia clínica de enfermedad mental, sino como prevalencia de personas con al menos un indicador registrado de complejidad relacionado con salud mental, conducta y tratamiento psicofarmacológico.

En cuarto lugar, aunque la muestra es amplia y procede de un número elevado de entidades, los participantes reciben apoyos en servicios de entidades federadas, con una presencia relevante de personas vinculadas a entornos institucionalizados o servicios estables de apoyo. De hecho, más de la mitad de la muestra llevaba más de 15 años institucionalizada en un servicio. Por ello, las estimaciones poblacionales deben interpretarse con cautela y no extrapolarse sin matices a todas las personas adultas con discapacidad intelectual de Castilla y León, especialmente a aquellas que viven en la comunidad y reciben apoyos menos intensos o exclusivamente comunitarios.

Por último, los cuestionarios fueron diseñados ad-hoc para este estudio. Aunque se reforzó su validez de contenido mediante juicio experto y revisión por profesionales del ámbito social, sanitario y universitario, no se dispone de análisis psicométricos completos. Futuras investigaciones deberían incorporar instrumentos diagnósticos y de evaluación específicamente validados para personas con DI, así como información procedente de diferentes fuentes, incluyendo a las propias personas con discapacidad intelectual, sus familias y otros agentes significativos.

Implicaciones y líneas futuras

Los resultados tienen implicaciones relevantes para la práctica clínica, la intervención social, la planificación de servicios y la investigación futura. En primer lugar, ponen de manifiesto la necesidad de mejorar los sistemas de detección y diagnóstico de los problemas de salud mental en personas con DI, especialmente en aquellas con mayores necesidades de apoyo, dificultades de comunicación o expresión conductual del malestar. La ausencia de diagnóstico formal no debe ser interpretada automáticamente como ausencia de problema de salud mental.

En segundo lugar, los datos refuerzan la necesidad de fortalecer la coordinación sociosanitaria. Las situaciones identificadas en este estudio se sitúan en un espacio compartido entre salud mental, conducta, apoyos sociales, salud física, comunicación y contexto. Por ello, requieren respuestas integradas entre servicios sanitarios especializados, servicios sociales, entidades de apoyo, familias y la propia persona.

En tercer lugar, el estudio señala la conveniencia de revisar los procesos de prescripción, seguimiento y evaluación de los tratamientos psicofarmacológicos en personas con DI, especialmente cuando estos se asocian a alteraciones graves de conducta. Esta revisión no implica cuestionar la necesidad de dichos tratamientos en todos los casos, sino asegurar que forman parte de una estrategia integral, revisable y complementada con intervenciones psicológicas, conductuales, comunicativas, ecológicas y comunitarias.

En cuarto lugar, los resultados apoyan la necesidad de avanzar hacia modelos de intervención centrados en la persona, basados en derechos y orientados a la calidad de vida. Las conductas que nos preocupan deben abordarse desde una comprensión funcional y contextualizada, evitando respuestas exclusivamente reactivas o restrictivas. La planificación de apoyos debe abrir oportunidades de comunicación, relación,

participación comunitaria y desarrollo de proyectos de vida significativos.

Finalmente, futuras investigaciones deberían profundizar en la validación de instrumentos específicos para evaluar salud mental y bienestar en personas con DI, incorporar diseños longitudinales que permitan analizar trayectorias y cambios en el tiempo, incluir a personas que viven en entornos comunitarios con apoyos menos intensos, y recoger de forma directa la voz de las propias personas con DI.

Conclusiones

El presente estudio evidencia que una proporción relevante de personas adultas con DI atendidas en entidades de Plena inclusión Castilla y León presenta al menos un indicador registrado de complejidad relacionado con salud mental, conducta y tratamiento psicofarmacológico. En concreto, el 34% de las 4.715 personas adultas con DI que recibían apoyos en los centros participantes cumplía al menos uno de los tres criterios de inclusión establecidos. Esta cifra no debe interpretarse como prevalencia clínica de trastorno mental, sino como una estimación de personas identificadas en los servicios por presentar situaciones que requieren evaluación, seguimiento y planificación de apoyos.

Los tres indicadores analizados —diagnóstico formal de enfermedad mental, alteraciones graves de conducta y consumo de psicofármacos como tratamiento psiquiátrico— son realidades diferenciadas y no equivalentes. La alteración grave de conducta no es, por sí misma, una enfermedad mental, y el consumo de psicofármacos no implica necesariamente la existencia de un diagnóstico psiquiátrico formal. Sin embargo, en personas con DI, la expresión conductual del malestar, las barreras diagnósticas, las dificultades de comunicación, la presencia de otros problemas de salud y la respuesta farmacológica forman parte de una realidad asistencial compleja que exige una mirada integral.

Los resultados muestran también una distancia relevante entre la proporción de personas con diagnóstico formal de enfermedad mental y la proporción de personas que consumen psicofármacos como tratamiento psiquiátrico. Aunque el diseño del estudio no permite valorar la adecuación individual de los tratamientos, esta diferencia señala la necesidad de revisar los procesos de indicación, seguimiento y coordinación de la atención farmacológica, así como de garantizar intervenciones complementarias de carácter psicológico, conductual, comunicativo, ecológico y comunitario.

Asimismo, los datos sugieren que el diagnóstico formal de enfermedad mental aparece con mayor frecuencia en personas con menor nivel de afectación intelectual y menores necesidades de apoyo. Esta asociación debe interpretarse con prudencia, pero refuerza la necesidad de mejorar las herramientas diagnósticas y los procedimientos de evaluación clínica en personas con mayores dificultades comunicativas o de expresión emocional. No contar con diagnóstico formal no equivale necesariamente a no presentar problemas de salud mental.

En definitiva, el estudio aporta evidencia aplicada sobre una realidad compleja, frecuente y todavía insuficientemente identificada. Sus resultados invitan a avanzar hacia

modelos de apoyo que no se limiten al control de síntomas o conductas, sino que incorporen evaluación clínica adaptada, comprensión funcional, coordinación sociosanitaria, revisión del tratamiento psicofarmacológico, apoyos personalizados, reducción de restricciones y promoción de proyectos de vida significativos. La respuesta debe situarse en un marco de derechos, dignidad, participación comunitaria y calidad de vida para las personas con DI.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuentes de Financiación

El presente estudio forma parte de uno más amplio que ha recibido financiación de la Junta de Castilla y León con cargo a la asignación tributaria del IRPF.

Referencias

- Bruininks, R. H., Hill, B. K., Weatherman, R. F., & Woodcock, R. W. (1986). *ICAP. Inventory for client and agency planning. Examiner's manual*. Allen, DLM: Teaching Resources. <https://doi.org/10.1177/875687058500600405>
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483>
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001a). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495–505. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x>
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001b). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16–64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 506–514. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00373.x>
- Deb, S., Unwin, G., & Deb, T. (2015). Characteristics and the trajectory of psychotropic medication use in general and antipsychotics in particular among adults with an intellectual disability who exhibit aggressive behaviour. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 59(1), 11–25. <https://doi.org/10.1111/jir.12119>
- Deb, S. (2016). Psychopharmacology. In N. N. Singh (Ed.), *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities* (pp. 347–381). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-26583-4_13
- Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011). *Challenging behaviour* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Fletcher, R. J., Barnhill, J., & Cooper, S.-A. (Eds.) (2016). *DM-ID-2: Diagnostic manual–intellectual disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (2nd ed.). NADD Press.

- Junta de Castilla y León. (2017). *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad 2016/2020*. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2017/02/13/pdf/BOCYL-D-13022017-8.pdf>
- Komenda-Schned, S., Landskron, S. J., Moritz, P., Brunevskaya, N., Santambrogio, J., Salvador-Carulla, L., Lueger-Schuster, B., & Zeilinger, E. L. (2024). Good mental health in people with intellectual disabilities: A systematic review. *Health Psychology Review*, 18(4), 954–976. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2398021>
- Mason, J., & Scior, K. (2004). 'Diagnostic Overshadowing' Amongst Clinicians Working with People with Intellectual Disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 85-90. <https://doi.org/10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x>
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. E. (2011). Psychopathology and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 367–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283422424>
- Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades: Adaptación y validación del ICAP* (2.ª ed.). Mensajero.
- Morentin, R., Redondo, C., Arias, B., & Rodríguez, J. (2021). *Personas con discapacidad: Estudio sobre la situación y necesidades de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en Castilla y León*. Plena inclusión Castilla y León. https://plenainclusioncyl.org/wp-content/uploads/2021/04/descarga_1619766425_estudiosm.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Challenging behaviour and learning disabilities: Prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges* (NICE Guideline No. NG11). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11/resources/challenging-behaviour-and-learning-disabilities-prevention-and-interventions-for-people-with-learning-disabilities-whose-behaviour-challenges-pdf-1837266392005>
- Patel, M., Lee, J. Y., & Scior, K. (2023). Psychometric properties of measures designed to assess common mental health problems and wellbeing in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 67(5), 397–414. <https://doi.org/10.1111/jir.13018>
- Reiss, S., Levitan, G. W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(6), 567–574.
- Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A., & Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ*, 351, h4326. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4326>
- Tyrer, P., Oliver-Africano, P. C., Ahmed, Z., Bouras, N., Cooray, S., Deb, S., Murphy, D., Hare, M., Meade, M., Reece, B., Kramo, K., Bhaumik, S., Harley, D., Regan, A., Thomas, D., Rao, B., North, B., Eliahoo, J., Karatela, S., ... Crawford, M. (2008). Risperidone,

haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 371(9606), 57–63. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60072-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60072-0)

El papel del apoyo cercano y la participación comunitaria en la soledad no deseada de las personas mayores

Eva María Picado Valverde , Amaria Yurrebaso Macho , Ester García Valverde ,

Raquel Guzmán Ordaz 

Universidad de Salamanca

INFORMACIÓN

Recibido: 30/06/2026

Aceptado: 14/07/2026

Palabras clave:

soledad no
deseada,
personas
mayores,
apoyo social,
participación
comunitaria,
envejecimiento

RESUMEN

Antecedentes: La soledad no deseada en personas mayores es un problema de salud pública derivado de la discrepancia entre las relaciones deseadas y las disponibles. Este estudio analiza cómo los factores sociodemográficos, el apoyo cercano y la participación comunitaria explican la soledad en mayores de un pueblo de Salamanca. **Método:** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico con 107 participantes (65-95 años). Se evaluó la soledad subjetiva mediante la Escala UCLA abreviada y las variables sociodemográficas y relacionales con un cuestionario ad-hoc. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, bivariada y regresión logística. **Resultados:** La mayor edad, bajos ingresos, viudedad y dependencia funcional se asociaron significativamente con mayor soledad. El análisis multivariante reveló que el apoyo cercano (contacto con familiares y personas significativas) reduce drásticamente la probabilidad de sufrir soledad. La participación comunitaria no mostró un efecto protector independiente, mientras que la socialización activa se asoció positivamente con la soledad. **Conclusiones:** El apoyo emocional cercano es el principal factor protector contra la soledad no deseada. Las intervenciones deben centrarse en consolidar vínculos afectivos significativos y relaciones de confianza, más allá de simplemente aumentar la oferta de actividades sociales.

The role of close support and community participation in unwanted loneliness among older adults

ABSTRACT

Keywords:

unwanted
loneliness,
older people,
social support,
community
involvement,
ageing

Background: Unwanted loneliness among older people is a public health issue arising from the discrepancy between desired and available relationships. This study analyses how sociodemographic factors, support from close others and community participation explain loneliness among older people in a village in Salamanca. **Method:** An observational, cross-sectional and analytical study was conducted with 107 participants (aged 65–95). Subjective loneliness was assessed using the abbreviated UCLA Scale, whilst sociodemographic and relational variables were assessed using an ad hoc questionnaire. The data were analysed using descriptive statistics, bivariate analysis and logistic regression. **Results:** Older age, low income, widowhood and functional dependence were significantly associated with greater loneliness. Multivariate analysis revealed that close support (contact with family members and significant others) drastically reduces the likelihood of experiencing loneliness. Community participation did not show an independent protective effect, whilst active socialisation was positively associated with loneliness. **Conclusion:** Close emotional support is the main protective factor against unwanted loneliness. Interventions should focus on strengthening meaningful emotional bonds and trusting relationships, rather than simply increasing the range of social activities on offer.

Citar como: Picado Valverde, E.M., Yurrebaso Macho, A., García Valverde, E. & Guzmán Ordaz, R. (2026). El papel del apoyo cercano y la participación comunitaria en la soledad no deseada de las personas mayores. *Prolepsis. Revista de Investigación en Psicología*, 21(1), 97-116. <https://doi.org/10.67799/prolepsis.2026.13.1.05>

Autor y e-mail de correspondencia: Eva María Picado Valverde. evapicado@usal.es
Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

Introducción

La soledad constituye uno de los principales retos sociales y sanitarios asociados al envejecimiento de la población, aunque puede presentarse en cualquier etapa de la vida. Las personas mayores son especialmente vulnerables debido a acontecimientos normativos del ciclo vital, como la jubilación, la viudez o la emancipación de los hijos, así como a otros eventos que reducen las oportunidades de interacción social. En este contexto, la soledad no deseada se considera un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia y por sus múltiples repercusiones sobre la salud física, mental y funcional.

La evidencia científica muestra que la soledad no deseada se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo, depresión, fragilidad, mortalidad prematura y un incremento en la utilización de los servicios sanitarios, comprometiendo además la calidad de vida y el envejecimiento saludable (Carrasco & Araya, 2023; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Palma & Escarabajal, 2021). Estas consecuencias han impulsado el desarrollo de estrategias preventivas orientadas a fortalecer las redes de apoyo y la participación social como elementos clave para promover un envejecimiento activo y saludable.

Más allá de sus repercusiones sobre la salud física y mental, la soledad no deseada compromete el bienestar integral de las personas mayores y constituye un determinante relevante de su calidad de vida. En este sentido, el Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030 propone que el envejecimiento saludable no consiste únicamente en vivir más años, sino en preservar la autonomía, la participación social y el bienestar durante todo el curso de la vida. Desde esta perspectiva, prevenir la soledad no deseada se considera una estrategia fundamental para preservar la calidad de vida y favorecer un envejecimiento activo y saludable (Gutiérrez-Domingo, 2024).

La literatura coincide en que la soledad no deseada en las personas mayores es un fenómeno multifactorial en el que interactúan factores personales, sociales y contextuales, destacando como factores de riesgo: la edad avanzada, la viudez o pérdida de personas significativas, vivir solo, el bajo nivel educativo y socioeconómico, la presencia de enfermedades crónicas o discapacidad, la disminución de la participación social, los problemas de salud mental, la movilidad reducida y la brecha digital (García-García et al., 2026; Yurrebaso et al., 2026). Además, el proceso de envejecimiento implica una reducción progresiva de las redes sociales debido al fallecimiento de familiares y amistades, la jubilación y otros acontecimientos vitales, circunstancias que incrementan el riesgo a experimentar soledad subjetiva. En mujeres mayores, esta circunstancia puede verse acentuada por su mayor esperanza de vida y por desigualdades de género acumuladas a lo largo del curso vital (Rojas & Celdrán, 2025).

Las redes de apoyo social, tanto informales (familia, amistades y comunidad), como formales (centros comunitarios y programas de envejecimiento activo), constituyen uno de los principales factores protectores frente a la soledad no deseada. La evidencia muestra que participar en actividades sociales y comunitarias favorece la creación de vínculos

significativos, fortalece el sentido de pertenencia y reduce los sentimientos de soledad. Los servicios comunitarios, generan redes de apoyo que mejoran el afrontamiento de la soledad y promueven el envejecimiento activo (García-García et al., 2026), las amistades surgidas en grupos estructurados proporcionan apoyo emocional e instrumental, incrementan el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la resiliencia, además de facilitar la adaptación a los cambios asociados al envejecimiento (Rojas & Celdrán, 2025).

Aunque la literatura ha identificado el apoyo social como un factor protector frente a la soledad no deseada, todavía existen limitaciones acerca de las distintas dimensiones de la vida social, especialmente en relación con el apoyo cercano y la participación comunitaria, cuando se analizan conjuntamente. Esta limitación dificulta comprender qué aspectos de las relaciones sociales ejercen un mayor efecto de protección frente a la soledad no deseada.

El presente estudio se apoya principalmente en el Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau & Perlman (1979), uno de los marcos clásicos para comprender la soledad no deseada. Desde esta perspectiva, la soledad no se define únicamente por la ausencia objetiva de contactos sociales, sino por la discrepancia percibida entre las relaciones sociales deseadas y las relaciones disponibles, de modo que una persona puede experimentar soledad incluso cuando mantiene interacciones sociales frecuentes si dichas relaciones no son percibidas como suficientes, significativas o emocionalmente satisfactorias (Peplau & Perlman, 1979; Perlman & Peplau, 1981).

Este planteamiento resulta especialmente relevante en la vejez, etapa en la que determinados acontecimientos vitales, como la viudez, la jubilación, la pérdida de amistades, la reducción de la movilidad o la dependencia funcional, pueden modificar tanto la cantidad como la calidad de las relaciones sociales. Sin embargo, el impacto de estos acontecimientos no es automático, sino que depende de la interpretación subjetiva que la persona realiza de su situación relacional, de su percepción de control y de la disponibilidad de vínculos que proporcionen apoyo emocional, confianza y pertenencia (Cacioppo & Hawkley, 2009; Dahlberg et al., 2016; Pinquart & Sörensen, 2001).

Desde esta perspectiva, resulta necesario diferenciar entre la mera participación social y el apoyo cercano. La participación en actividades comunitarias puede ampliar las oportunidades de interacción, pero no garantiza por sí misma la reducción de la soledad si no favorece relaciones significativas. En cambio, el apoyo cercano, entendido como la existencia de vínculos frecuentes, disponibles y emocionalmente relevantes con familiares, amistades o personas significativas, puede actuar como un factor protector más directo frente a la soledad subjetiva, tal como han señalado estudios previos sobre redes sociales, apoyo emocional y soledad en personas mayores (Aartsen & Jylhä, 2011; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Yurrebaso et al., 2026).

Esta aproximación se complementa con la Psicología Comunitaria y, en particular, con el concepto de sentido psicológico de comunidad propuesto por McMillan & Chavis (1986). Desde este enfoque, la comunidad no se reduce a la presencia de recursos, servicios o

actividades, sino que implica pertenencia, influencia, integración, satisfacción de necesidades y conexión emocional compartida. Por tanto, las intervenciones comunitarias frente a la soledad no deberían limitarse a incrementar la oferta de actividades, sino orientarse a crear contextos relacionales capaces de generar vínculos de confianza, reciprocidad y continuidad (García-García et al., 2026; McMillan & Chavis, 1986).

A partir de este marco, el estudio analiza si la soledad no deseada en personas mayores se relaciona de manera diferencial con las características sociodemográficas, el apoyo cercano, la socialización activa y la participación comunitaria, con el fin de identificar qué dimensiones de la vida social muestran mayor capacidad explicativa en un contexto comunitario concreto.

En este contexto, el presente estudio analiza la relación entre la soledad no deseada y diversos factores sociodemográficos, las redes de apoyo y la participación comunitaria en personas mayores de Santa Marta de Tormes.

Para alcanzar el propósito del estudio, se analizará el nivel de soledad no deseada presente entre las personas mayores participantes, así como su relación con las características sociodemográficas. Del mismo modo, se examinará el papel que desempeñan las redes de apoyo social y la participación comunitaria en este fenómeno. Por último, se evaluará en qué medida las distintas dimensiones sociales contribuyen a explicar la probabilidad de experimentar soledad no deseada.

Método

Diseño

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico de base comunitaria con el objetivo de analizar la asociación entre la soledad no deseada y variables sociodemográficas, el uso de recursos comunitarios, la participación social y las redes de apoyo en personas residentes en el municipio de Santa Marta de Tormes en la provincia de Salamanca en España. La información se obtuvo mediante la administración de un cuestionario estructurado que incluía la versión abreviada de la Escala de Soledad UCLA y diferentes variables relacionadas con las características personales, sociales y comunitarias de los participantes.

Participantes

El estudio incluyó una muestra de 107 personas residentes en el municipio de Santa Marta de Tormes (Salamanca) con edades comprendidas entre 65 y 95 años, siendo la media de 72.59 años ($DE = 8.12$). La distribución por sexo mostró una ligera predominancia de mujeres (55.1%) frente a hombres (44.9%). En relación con el nivel educativo, el 40.2% de los participantes tenía estudios universitarios, el 33.6% estudios secundarios y el resto contaba con estudios primarios o carecía de formación reglada. La mayoría eran pensionistas o jubilados (66.4%), mientras que el 21.5% permanecía laboralmente activo. En cuanto a la convivencia, el 31.8% vivía solo, principalmente como

consecuencia de la pérdida de la pareja u otros convivientes, mientras que el 68.2% residía acompañado. El 11.2% presentaba una situación reconocida de dependencia y una parte de la muestra utilizaba recursos de apoyo como el servicio de ayuda a domicilio o la teleasistencia.

Variables e instrumentos

La variable principal del estudio fue la soledad subjetiva, evaluada mediante la versión abreviada de la Escala de Soledad UCLA, validada para población española por Velarde-Mayol et al. (2016). La escala consta de diez ítems con respuesta tipo Likert de cuatro categorías y proporciona una puntuación total entre 10 y 40 puntos. En la validación española mostró una elevada consistencia interna (α de Cronbach = .95; IC95%: .94-.98). En el presente estudio, los ítems fueron recodificados para que las puntuaciones más elevadas reflejaran un mayor nivel de soledad subjetiva. Dado que la versión española de la escala no establece puntos de corte clínicos para clasificar la intensidad de la soledad, se adoptó una clasificación de las puntuaciones basada en la interpretación propuesta por Velarde-Mayol et al. (2016), adaptándola al sentido de la recodificación realizada. De este modo, las puntuaciones inferiores a 20 se clasificaron como bajo nivel de soledad, las comprendidas entre 20 y 30 como nivel moderado y las superiores a 30 como nivel elevado o severo de soledad. Esta categorización se empleó exclusivamente con fines analíticos para facilitar la descripción de la muestra, la comparación entre grupos y los análisis posteriores.

Como variables independientes se recogieron características sociodemográficas, concretamente edad, sexo, nivel educativo, ingresos, situación laboral, estado civil, convivencia y dependencia funcional. Asimismo, se incluyeron variables relativas al uso de servicios sociales y comunitarios, la participación en actividades sociales y comunitarias, y la frecuencia de contacto con familiares, amistades y personas significativas. Estas variables permitieron analizar la relación entre las condiciones sociodemográficas, la estructura de las redes sociales, la participación comunitaria y la percepción subjetiva de soledad.

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025 en el municipio de Santa Marta de Tormes (Salamanca) obteniendo la información mediante la administración presencial del cuestionario diseñado ad hoc. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, contactando con personas de 65 años o más en diferentes espacios públicos del municipio e invitándolas a participar de forma voluntaria en el estudio a los cuales, tras informarles sobre los objetivos de la investigación y obtener su consentimiento para participar, se administró el cuestionario que incluía la versión abreviada de la Escala de Soledad UCLA, junto con preguntas sobre características sociodemográficas, situación de convivencia, utilización de recursos comunitarios y participación en actividades sociales. Posteriormente, la información recopilada fue codificada y analizada con el

objetivo de estudiar la asociación entre la soledad no deseada y los factores sociodemográficos y sociales.

Los criterios de inclusión fueron tener 65 años o más, residir en el municipio de Santa Marta de Tormes y aceptar participar voluntariamente en el estudio, excluyendo a aquellas personas que no pudieron completar el cuestionario o que presentaban dificultades para responder a las preguntas de manera autónoma.

El estudio se desarrolló respetando los principios éticos aplicables a la investigación con personas. La participación fue voluntaria y estuvo precedida de información sobre los objetivos del estudio, el carácter anónimo de las respuestas y la posibilidad de abandonar la participación en cualquier momento. Los datos fueron tratados de forma agregada y confidencial, sin recoger información que permitiera la identificación directa de las personas participantes.

Análisis estadístico

Los análisis se realizaron con los casos válidos disponibles para cada variable. En el análisis de la relación entre edad y puntuación UCLA se incluyeron 105 participantes debido a la existencia de valores perdidos en alguna de estas variables.

Se realizó un análisis descriptivo de las características de la muestra mediante frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar y, posteriormente, se exploró la asociación entre la soledad no deseada y las variables sociodemográficas, el uso de recursos comunitarios y la participación en actividades sociales mediante pruebas de chi-cuadrado de Pearson, complementadas con el coeficiente V de Cramer para estimar el tamaño del efecto. A su vez, se analizó la relación entre la edad y la puntuación en la Escala UCLA mediante correlación y regresión lineal.

Para los análisis bivariados y la regresión logística, la variable soledad se recodificó en dos categorías: bajo nivel de soledad frente a soledad moderada o severa, de acuerdo con los puntos de corte establecidos para la versión abreviada de la Escala UCLA.

Con el fin de identificar las dimensiones subyacentes de la vida social, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio mediante el método de extracción de ejes principales y rotación oblicua Promax. Finalmente, se construyó un modelo de regresión logística binaria para analizar la capacidad explicativa de las dimensiones sociales sobre la probabilidad de presentar soledad moderada o severa, estimándose los coeficientes de regresión y las Odds Ratio (OR) correspondientes. En todos los análisis se consideró un nivel de significación estadística de $p < .05$.

Resultados

Percepción de soledad subjetiva en la población mayor de Santa Marta

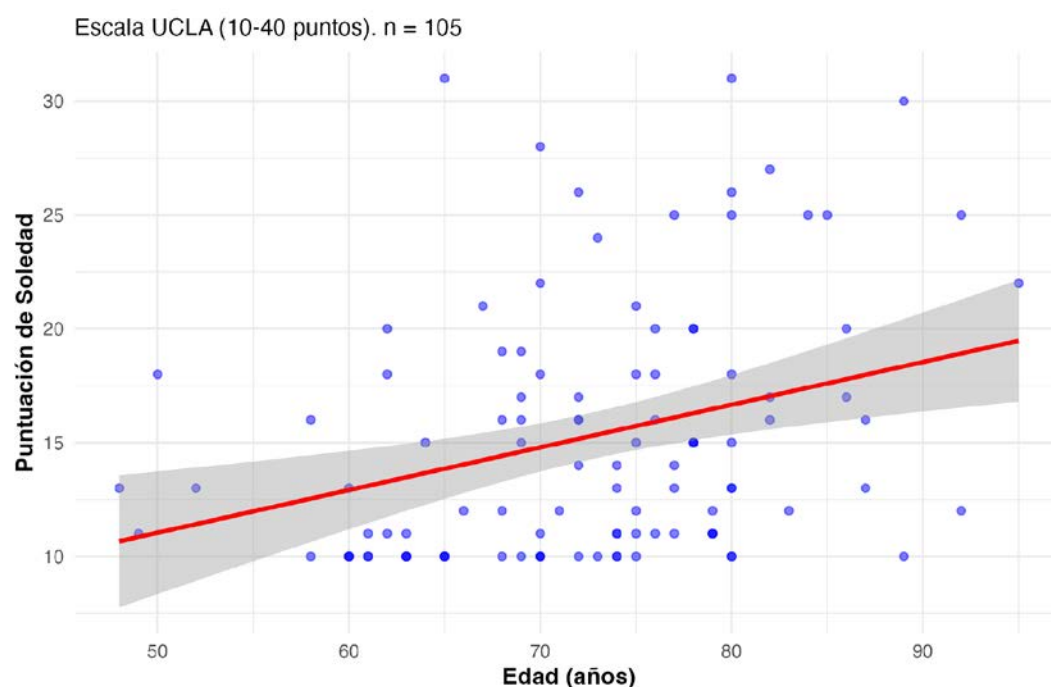
Como se muestra en la Figura 1, en los casos válidos disponibles para edad y puntuación UCLA ($n = 105$), la edad mostró una correlación positiva con la puntuación

UCLA ($r = .32$; $p = .001$) lo que indica una asociación entre mayor edad y mayor sensación de soledad en la muestra de Santa Marta de Tormes. El modelo lineal mostró que, por cada año de edad, la puntuación aumentó 0.19 puntos.

En términos aplicados, esta progresión implica un aumento estimado de 1.9 puntos por cada década de vida, lo que consolida al envejecimiento cronológico como un factor de riesgo incremental y constante para la soledad subjetiva en la población del municipio.

Figura 1

Relación de la percepción de soledad y la edad



Nota. La línea sólida representa la tendencia de regression lineal; el área sombreada el IC 95%.

El análisis de las variables sociodemográficas mostradas en la tabla 1, presenta diferencias en la distribución de la soledad según diversas características de los participantes. Aunque el sexo no alcanzó significación estadística ($\chi^2 = 3.46$; $p = .063$), las mujeres presentaron una mayor prevalencia de soledad moderada o severa que los hombres (27.1% vs 12.5%). Del mismo modo, los participantes con menor nivel educativo mostraron una mayor frecuencia de soledad que aquellos con estudios universitarios, si bien esta asociación no fue estadísticamente significativa ($p = .166$).

En contraste, se observaron asociaciones significativas entre la soledad y diversas variables socioeconómicas y de salud. Las personas con ingresos inferiores a 1.000 € presentaron una prevalencia de soledad moderada o severa significativamente mayor que aquellas con ingresos más elevados (52.2% vs 14.8% y 9.1%; $\chi^2 = 15.85$; $p < .001$). La soledad fue más frecuente entre quienes no convivían con una pareja (41.7%) en comparación con quienes estaban casados o convivían en pareja (9.9%) ($\chi^2 = 14.80$; $p < .001$). La dependencia funcional también se asoció con una mayor prevalencia de soledad

(58.3% vs 15.8%; $\chi^2 = 11.81$; $p < .001$), al igual que la residencia en centros de mayores, donde la proporción de participantes con soledad alcanzó el 71.4%, frente al 19.6% en el casco urbano y el 13.6% en urbanizaciones ($\chi^2 = 12.41$; $p = .002$).

Respecto a la convivencia, se observó una tendencia a una mayor prevalencia de soledad entre quienes vivían solos como consecuencia de la pérdida de un conviviente, en comparación con quienes lo hacían por elección propia (55% vs 25%), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = .098$).

Finalmente, los usuarios de servicios de ayuda a domicilio (45.5%; $p = .020$) y de teleasistencia (41.7%; $p = .042$) presentaron una mayor prevalencia de soledad que los participantes que no utilizaban estos recursos, lo que refleja la mayor soledad no deseada del grupo con mayores necesidades de apoyo.

Tabla 1

Prevalencia de soledad moderada/severa según variables sociodemográficas y pruebas de significación estadística (N = 107)

Variables sociodemográficas	Nivel de soledad moderada-severa n (%) valido)	χ^2 , p, V de Cramer
Tipo de residencia		
Barrio (casco urbano)	11 (19.6%)	$\chi^2(2, N = 107) = 12.41, p = .002, V \text{ de Cramer} = .34$
Urbanización	6 (13.6%)	
Residencia de mayores / Centro	5 (71.4%)	
Género		
Masculino	6 (12.5%)	$\chi^2(1, N = 107) = 3.46, p = .063, V \text{ de Cramer} = .18$
Femenino	16 (27.1%)	
Nivel educativo		
Sin estudios universitarios	16 (25%)	$\chi^2(1, N = 107) = 1.92, p = .166, V \text{ de Cramer} = .13$
Con estudios universitarios	6 (14%)	
Nivel de ingresos mensuales (euros)		
Menos de 1000	12 (52.2%)	$\chi^2(2, N = 99) = 15.8, p < .001, V \text{ de Cramer} = .40$
Entre 1000-2000	8 (14.8%)	
Más de 2000	2 (9.1%)	
Estado civil		
Casado o en pareja	7 (9.9%)	$\chi^2(1, N = 107) = 14.80, p < .001, V \text{ de Cramer} = .37$
Otros (soltero, separado, divorciado, viudo)	15 (41.7%)	
Situación laboral		
Activo (con empleo)	2 (8.7%)	$\chi^2(1, N = 106) = 2.59, p = .107, V \text{ de Cramer} = .16$
No activos / Jubilados	20 (24.1%)	
Razón de vivir solo		
Elección	3 (25%)	$\chi^2(1, N = 32) = 2.74, p = .098, V \text{ de Cramer} = .29$
Pérdida (cónyuge, descendientes, convivientes)	11 (55%)	
Dependencia		
Sí	7 (58.3%)	$\chi^2(1, N = 107) = 11.81, p < .001, V \text{ de Cramer} = .33$
No	15 (15.8%)	
Ayuda domicilio		
Sí	5 (45.5%)	$\chi^2(1, N = 93) = 5.44, p = .020, V \text{ de Cramer} = .24$
No	13 (15.9%)	
Teleasistencia		
Sí	5 (41.7%)	$\chi^2(1, N = 96) = 4.13, p = .042, V \text{ de Cramer} = .21$
No	14 (16.7%)	

Nota. Elaboración propia.

Participación comunitaria y redes de apoyo

El análisis bivariado, como muestra la Tabla 2, mostró asociaciones significativas entre diversos indicadores de apoyo social y la presencia de soledad moderada o severa. De las 15 variables analizadas, seis se asociaron significativamente con la soledad: pasar tiempo con la familia, mantener contacto con la familia, mantener contacto con amigos, estar con una persona significativa, participar en actividades religiosas y participar en asociaciones. La asistencia a actividades municipales mostró una tendencia, pero no alcanzó significación estadística cuando se mantuvieron las tres categorías originales de frecuencia. En conjunto, estos resultados indican que la frecuencia de las relaciones con el entorno cercano y la participación en determinados espacios comunitarios se relacionan con la presencia de soledad no deseada, aunque no todas las formas de participación social mostraron la misma asociación.

El análisis de los residuos tipificados corregidos mostró que la ausencia de contacto con amigos se asoció con una mayor frecuencia de soledad de la esperada por azar, mientras que el contacto diario con una persona significativa y el contacto frecuente con la familia se relacionaron con una menor probabilidad de presentar soledad. Por el contrario, variables relacionadas con actividades de ocio, aprendizaje, voluntariado o deporte no mostraron asociaciones significativas con la soledad.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de soledad moderada y severa en función de la frecuencia de participación en actividades comunitarias y el grado de satisfacción con las mismas, incluyendo las pruebas de significación estadística correspondientes (N = 107)

Actividades en comunidad	Nivel de soledad moderado-severo <i>n</i> (% válido)			χ^2, p
	Ninguno	Algunos días	Todos los días	
Salir	1 (50) RTC = 1	16 (26.2) RTC = 1.7	5 (11.4) RTC = -2	$\chi^2(2, N = 107) = 4.54, p = .103$
Estar con la familia	3 (37.5) RTC = 1.2	17 (27) RTC = 2	2 (5.6) RTC = -2.7	$\chi^2(2, N = 107) = 7.96, p = .019$
Contactar con la familia	4 (66.7) RTC = 2.9	12 (19) RTC = -0.5	6 (15.8) RTC = -0.9	$\chi^2(2, N = 107) = 8.43, p = .015$
Estar con amigos	3 (27.3) RTC = 0.6	16 (18.2) RTC = -1.3	3 (37.5) RTC = 1.2	$\chi^2(2, N = 107) = 2.01, p = .365$
Contactar con amigos	10 (52.6) RTC = 3.8	11 (14.3) RTC = -2.6	1 (9.1) RTC = -1	$\chi^2(2, N = 107) = 14.71, p = < .001$
Salir al bar/Comer fuera	6 (27.3) RTC = 0.9	14 (17.9) RTC = -1.1	2 (28.6) RTC = 0.5	$\chi^2(2, N = 107) = 1.21, p = .547$
Estar con alguien especial	8 (44.4) RTC = 2.7	10 (23.8) RTC = 0.7	4 (8.5) RTC = -2.7	$\chi^2(2, N = 107) = 10.74, p = .005$
Cuidar de niños/niñas o seres queridos	14 (25) RTC = 1.2	6 (16.2) RTC = -0.8	2 (14.3) RTC = -0.6	$\chi^2(2, N = 107) = 1.44, p = .487$
Actividades de aprendizaje	13 (18.8) RTC = -0.6	7 (22.6) RTC = 0.3	2 (28.6) RTC = 0.5	$\chi^2(2, N = 107) = 0.48, p = .788$
Voluntariado	19 (19.6) RTC = -0.8	2 (25) RTC = 0.3	1 (50) RTC = 1	$\chi^2(2, N = 107) = 1.21, p = .545$
Actividades religiosas	4 (6.7) RTC = -4	17 (37.8) RTC = 3.8	1 (50) RTC = 1	$\chi^2(2, N = 107) = 16.32, p = < .001$
Asistencia eventos deportivos/ocio	15 (25.9) RTC = 1.5	7 (14.6) RTC = -1.4	0 (0) Res. RTC = -0.5	$\chi^2(2, N = 107) = 2.31, p = .316$

Actividades en comunidad	Nivel de soledad moderado-severo <i>n</i> (% válido)			χ^2, p
	Ninguno	Algunos días	Todos los días	
Deporte/ocio activo	9 (37.5) RTC = 2.3	10 (17.2) RTC = -0.9	3 (12) RTC = -1.2	$\chi^2 (2, N = 107) = 5.73, p = .057$
Actividades asociaciones	12 (14.5) RTC = -2.9	10 (43.5) RTC = 3.1	0 (0) RTC = -0.5	$\chi^2 (2, N = 107) = 9.58, p = .008$
Actividades municipales	12 (15.2) RTC = -2.3	10 (35.7) RTC = 2.3	0 (0) RTC = 0	$\chi^2 (2, N = 107) = 5.33, p = .070$

Nota. Elaboración propia. RTC = Residuo Tipificado Corregido.

Con el objetivo de sintetizar las variables relacionadas con la vida social, se realizó un análisis factorial exploratorio. Como muestra la Tabla 3, los índices de adecuación apoyaron de forma aceptable, aunque moderada, la aplicación del análisis factorial exploratorio ($KMO = .61$; prueba de esfericidad de Bartlett: $\chi^2 = 239.38$; $gl = 36$; $p < .001$). La solución factorial identificó tres dimensiones latentes que agruparon nueve de las quince variables originales, correspondientes al apoyo cercano, la socialización activa y la participación comunitaria. Las seis variables restantes no presentaron cargas factoriales suficientes para integrarse en la estructura factorial y fueron excluidas del modelo. Se observaron asociaciones significativas entre diversos indicadores de apoyo social y la presencia de soledad moderada o severa, los participantes que mantenían un contacto frecuente con familiares y amistades presentaron una menor prevalencia de soledad en comparación con aquellos cuyas relaciones eran esporádicas o inexistentes. Asimismo, disponer de una persona significativa con quien compartir preocupaciones y experiencias cotidianas se asoció con una menor probabilidad de presentar soledad moderada o severa.

Tabla 3

Análisis de ejes principales y operacionalización de las dimensiones sociales

Variable	Factor 1: Apoyo Cercano	Factor 2: Socialización Activa	Factor 3: Participación Comunitaria
Frec. contacto familiar (físico)	.69		
Frec. tiempo alguien especial	.56		
Frecuencia de salida	.50		
Frec. amigos (virtual/tel.)	.46		
Frec. familiar (virtual/tel.)	.40		
Frec. amigos (físico)		.63	
Frec. actividades aprendizaje		.43	
Frecuencia voluntariado			.70
Frec. actividades municipales			.44

Nota. Elaboración propia.

La Tabla 4 muestra los resultados del modelo de regresión logística. De las tres dimensiones incluidas en el modelo, el Factor 1, apoyo cercano, mostró una asociación significativa e inversa con la probabilidad de presentar soledad moderada o severa ($B = -1.86$; $OR = 0.16$; $p < .001$). Este resultado indica que mayores niveles de apoyo cercano se asociaron con una menor probabilidad de experimentar soledad moderada o severa. En términos de odds, el incremento en esta dimensión se relacionó con una reducción

aproximada del 84,4% en las odds de presentar soledad, aunque esta interpretación debe entenderse en el marco del diseño transversal del estudio.

El Factor 2, socialización activa, también mostró una asociación estadísticamente significativa ($B = 0.80$; $OR = 2.22$; $p = .039$). En este caso, valores más elevados en esta dimensión se asociaron con una mayor probabilidad de presentar soledad moderada o severa, una vez considerado el efecto de los restantes factores incluidos en el modelo. Este resultado debe interpretarse con cautela, dado que el diseño transversal no permite determinar si la mayor socialización activa precede a la soledad o si, por el contrario, las personas que experimentan mayor soledad buscan con más frecuencia actividades sociales como estrategia de afrontamiento.

Por el contrario, el Factor 3, participación comunitaria, no mostró una asociación estadísticamente significativa con la soledad ($B = 0.45$; $OR = 1.57$; $p = .168$), lo que indica que esta dimensión no contribuyó de forma independiente a explicar la probabilidad de presentar soledad moderada o severa tras considerar el efecto de las restantes dimensiones sociales incluidas en el modelo.

Tabla 4

Coefficientes de regresión y Odds Ratio de los factores sociales como predictores de la soledad no deseada

Factor	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B) / OR</i>
F1: Apoyo Cercano	-1.86	0.47	15.51	1	< .001	0.16
F2: Socialización Activa	0.80	0.39	4.25	1	.039	2.22
F3: Part. Comunitaria	0.45	0.33	1.90	1	.168	1.57
Constante	-1.89	0.35	28.97	1	< .001	0.15

Nota. Elaboración propia.

Discusión

El presente estudio analizó la relación entre la soledad no deseada y diversos factores sociodemográficos y sociales en personas mayores residentes en Santa Marta de Tormes. En conjunto, los resultados muestran que la soledad no deseada se asocia tanto a características individuales, como la edad, los ingresos, la situación de convivencia o la dependencia funcional, como a factores relacionales vinculados a la calidad de las redes de apoyo. Entre los principales hallazgos, destaca que el apoyo cercano, representado por la frecuencia de contacto con familiares y personas significativas, constituye el principal factor asociado a una menor probabilidad de experimentar soledad subjetiva.

Por el contrario, la participación en actividades comunitarias o el incremento de la interacción social por sí solos no mostraron un efecto protector independiente cuando se consideró conjuntamente el conjunto de dimensiones sociales. Estos resultados refuerzan la idea de que la soledad no deseada en las personas mayores no depende exclusivamente de la cantidad de relaciones sociales o de la participación en actividades, sino, especialmente, de la disponibilidad de vínculos afectivos significativos.

El principal hallazgo de este estudio es que el apoyo cercano constituyó el factor con mayor capacidad explicativa de la soledad no deseada, mientras que la participación en actividades comunitarias no mantuvo una asociación independiente tras el ajuste del modelo. Este resultado es consistente con el Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau & Perlman (1979) y Perlman & Peplau (1981), que plantea que la soledad surge de la discrepancia entre las relaciones sociales que una persona mantiene y aquellas que considera necesarias para satisfacer sus necesidades afectivas. Desde esta perspectiva, la experiencia de soledad depende de la valoración subjetiva de las relaciones interpersonales más que del número de contactos o del grado de integración social objetiva.

En línea con este planteamiento, las variables relacionadas con el contacto frecuente con familiares, amistades y personas significativas fueron las que mostraron una asociación más consistente con menores niveles de soledad. Estos resultados respaldan la evidencia que identifica las redes de apoyo emocional como uno de los principales factores protectores frente a la soledad en la vejez y sugieren que la disponibilidad de vínculos de confianza desempeña un papel más relevante que la frecuencia de las interacciones sociales por sí misma. En este sentido, Aartsen & Jylhä (2011) demostraron, en un estudio longitudinal de 28 años, que la aparición de la soledad no se explica, tanto por las características iniciales de las personas mayores, como por la pérdida progresiva de recursos sociales y psicológicos, especialmente la pérdida de la pareja, la reducción de la actividad social y el deterioro del bienestar emocional, sino que son los cambios en las relaciones y en los recursos personales, más que su situación de partida, los que incrementan la probabilidad de desarrollar soledad, lo que refuerza la importancia de preservar vínculos afectivos estables y significativos a lo largo del proceso de envejecimiento.

En esta línea, Yurrebaso et al. (2026) observaron que, en personas mayores residentes en entornos rurales, la soledad estaba más estrechamente relacionada con la calidad y frecuencia de las relaciones sociales que con la disponibilidad de servicios comunitarios, concluyendo que las intervenciones deberían orientarse a fortalecer las conexiones humanas y la dimensión emocional de las relaciones.

Por otra parte, la ausencia de una asociación independiente entre la participación comunitaria y la soledad, una vez controlado el efecto del apoyo cercano, no implica que estas actividades carezcan de valor para el bienestar de las personas mayores. Más bien, sugiere que sus posibles beneficios podrían depender de su capacidad para favorecer el establecimiento y mantenimiento de relaciones significativas. Esta interpretación es coherente con los resultados de García-García et al. (2026), quienes encontraron menores niveles de soledad en las personas mayores que participaban en Centros de Vida Activa, atribuyendo este efecto no únicamente a la participación en actividades, sino a la generación de redes de apoyo social y al fortalecimiento de los vínculos interpersonales que dichos recursos favorecen.

Del mismo modo, la asociación observada entre la dimensión de socialización activa y

una mayor probabilidad de presentar soledad no deseada debe interpretarse con cautela debido al carácter transversal del estudio. No obstante, este resultado pone de manifiesto que una mayor participación en actividades sociales no implica necesariamente una menor experiencia de soledad. Una posible explicación es que las personas que experimentan mayores niveles de soledad incrementen su participación en actividades sociales como estrategia para ampliar su red relacional o compensar la carencia de vínculos afectivos, aunque el diseño del estudio no permite establecer la dirección causal de esta asociación. Desde la perspectiva del Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau & Perlman (1979), este resultado refuerza la idea de que la soledad depende menos de la cantidad de interacciones sociales que de la calidad de las relaciones y del grado en que estas satisfacen las necesidades emocionales de la persona. En consecuencia, la dimensión de socialización activa podría reflejar la existencia de oportunidades de interacción social que, sin embargo, no siempre se traducen en relaciones cercanas, estables y significativas. Este hallazgo resulta coherente con el hecho de que, en el modelo multivariado, el apoyo cercano emergiera como el principal factor protector frente a la soledad no deseada, lo que sugiere que las intervenciones comunitarias deberían priorizar no solo el incremento de la participación social, sino también la promoción de vínculos de confianza, reciprocidad y apoyo emocional.

En nuestro estudio el apoyo cercano mostró una mayor capacidad explicativa de la soledad no deseada que la participación comunitaria, una vez consideradas simultáneamente las distintas dimensiones de la vida social. Este resultado contribuye a cubrir un vacío de conocimiento identificado en la literatura, al aportar evidencia sobre la contribución relativa de ambos componentes en un modelo multivariado, lo que parece necesario contemplar que las intervenciones dirigidas a reducir la soledad no deberían centrarse únicamente en aumentar las actividades sociales, sino en favorecer la construcción y el mantenimiento de vínculos afectivos significativos. Las estrategias más eficaces son aquellas que favorecen la participación activa de las personas mayores y fortalecen sus vínculos sociales, más que las orientadas únicamente a aumentar la frecuencia de los contactos o de las actividades comunitarias (Cattan et al., 2005; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; World Health Organization, 2021). Es decir, no consiste en ampliar la oferta de actividades sino de la adecuación de éstas a las necesidades de las personas mayores, de la existencia de profesionales y voluntarios con competencias relacionales y de organizaciones capaces de sostener vínculos sociales de calidad en el tiempo (Ellis et al., 2022).

Para considerar las necesidades de las personas es necesario tener en cuenta los factores de vulnerabilidad presentes, en nuestro estudio se ha permitido identificar un perfil de mayor vulnerabilidad frente a la soledad no deseada caracterizado por la concurrencia de diversos factores sociales, económicos y funcionales. La mayor probabilidad de experimentar soledad se concentró en las personas de mayor edad, sin pareja, con menores ingresos económicos y con algún grado de dependencia funcional, igualmente, las personas institucionalizadas y aquellas personas beneficiarias de servicios de ayuda a domicilio o teleasistencia presentaron niveles más elevados de soledad, lo que refleja una situación de mayor fragilidad y complejidad social.

Estos hallazgos ponen de manifiesto que la soledad no deseada no responde a un único factor de riesgo, sino a la acumulación de circunstancias que pueden reducir las oportunidades de mantener relaciones sociales satisfactorias y preservar la autonomía personal. La pérdida de la pareja, las limitaciones funcionales o la vulnerabilidad económica pueden restringir la participación en la vida cotidiana y dificultar el mantenimiento de vínculos sociales significativos, favoreciendo la percepción de soledad.

Pinquart & Sörensen (2001) parten de la idea de que la asociación entre envejecimiento y soledad ha sido frecuentemente sobredimensionada y muestran que, aunque la soledad constituye un problema relevante en las personas mayores, no afecta por igual a toda la población de esta etapa vital ni la edad cronológica en sí misma, sino por la acumulación de acontecimientos vitales y pérdidas que acompañan al proceso de envejecimiento, como la viudedad, el deterioro funcional, la disminución de la red social y la pérdida progresiva de autonomía identificando factores de vulnerabilidad que incrementan el riesgo de experimentar soledad como son el sexo femenino, el bajo nivel socioeconómico, la menor competencia funcional y la residencia en instituciones, variables que se asocian de forma consistente con mayores niveles de soledad.

Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria, los resultados de este estudio sugieren que las intervenciones dirigidas a prevenir la soledad no deseada deberían orientarse al fortalecimiento de las redes de apoyo y del sentido de pertenencia a la comunidad. En este sentido, la relevancia en nuestro estudio al apoyo cercano pone de manifiesto que el valor de las actividades comunitarias reside en su capacidad para facilitar relaciones significativas y duraderas, más que en el mero aumento de las oportunidades de interacción.

El estudio de McMillan & Chavis (1986) muestra que el sentido psicológico de comunidad no depende únicamente de compartir un espacio físico, sino de la percepción de pertenencia, apoyo mutuo y compromiso entre las personas, es decir, las personas tienen que sentir que son importantes unos para otros y confían en que sus necesidades serán satisfechas gracias al compromiso compartido. Los autores describen el sentido de comunidad como la interacción de cuatro dimensiones: pertenencia, influencia, integración y satisfacción de necesidades, y conexión emocional compartida, que se refuerzan mutuamente y favorecen la cohesión social. En este proceso, la comunidad adquiere valor cuando es capaz de proporcionar seguridad emocional, satisfacer necesidades personales y generar oportunidades para establecer relaciones basadas en la confianza y la reciprocidad. Destacan que las comunidades más sólidas son aquellas que permiten a sus miembros ejercer una influencia real sobre las decisiones colectivas, participar activamente en la vida comunitaria y realizar inversiones personales de tiempo, esfuerzo y compromiso, elementos que fortalecen el sentimiento de pertenencia y consolidan los vínculos interpersonales. Especial relevancia adquiere la conexión emocional compartida, considerada por los autores como el núcleo del sentido de comunidad, ya que surge a partir de experiencias vividas conjuntamente, interacciones positivas y acontecimientos significativos que generan confianza e identidad colectiva.

Desde esta perspectiva, el simple incremento del número de contactos sociales o de actividades compartidas resulta insuficiente para fortalecer el bienestar si dichas interacciones no responden a necesidades afectivas y no favorecen la construcción de vínculos estables y significativos. Esta interpretación resulta especialmente pertinente a la luz de nuestros hallazgos, en los que el apoyo cercano se mostró como el principal factor protector frente a la soledad no deseada, mientras que la participación comunitaria perdió capacidad explicativa una vez consideradas las relaciones de apoyo. En consecuencia, los resultados sugieren que las intervenciones comunitarias dirigidas a las personas mayores deberían orientarse no solo a incrementar las oportunidades de participación, sino también a favorecer contextos donde puedan desarrollarse relaciones de confianza, reciprocidad y pertenencia, capaces de generar un auténtico sentido de comunidad y, con ello, contribuir a la prevención de la soledad no deseada.

La principal aportación de este estudio es mostrar que, en un contexto comunitario, la calidad del apoyo cercano explica mejor la soledad no deseada que la mera participación social, identificando además un perfil de vulnerabilidad que puede orientar estrategias de detección precoz e intervención comunitaria.

Entre las principales fortalezas de este estudio destaca el abordaje integral de la soledad no deseada, al analizar de forma conjunta variables sociodemográficas, redes de apoyo y participación comunitaria en una muestra de personas mayores residentes en un contexto comunitario. La utilización de la versión abreviada de la Escala de Soledad UCLA, un instrumento ampliamente validado para la evaluación de la soledad subjetiva aporta solidez a la medición de la variable principal. Desde el punto de vista analítico, la combinación de análisis descriptivos, pruebas de asociación, análisis factorial exploratorio y regresión logística permitió identificar no solo los factores asociados a la soledad, sino también determinar cuáles mantenían un efecto independiente sobre la probabilidad de experimentarla. Finalmente, el estudio aporta evidencia obtenida en un ámbito local, proporcionando información útil para orientar intervenciones comunitarias dirigidas a prevenir la soledad no deseada en personas mayores desde una perspectiva biopsicosocial.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, su diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas, por lo que las asociaciones observadas deben interpretarse con cautela. La utilización de un muestreo no probabilístico por conveniencia y la realización del estudio en un único municipio limitan la generalización de los hallazgos a otras poblaciones de personas mayores. Asimismo, aunque el análisis factorial exploratorio mostró índices de adecuación suficientes para justificar su aplicación, estos fueron moderados, por lo que la estructura factorial identificada debe interpretarse con prudencia y considerarse de carácter exploratorio. Esta circunstancia puede afectar a la estabilidad y reproducibilidad de las dimensiones obtenidas, por lo que sería recomendable contrastarlas mediante análisis factoriales confirmatorios en muestras más amplias y heterogéneas. Además, algunas variables fueron excluidas del análisis factorial al no cumplir los criterios estadísticos y conceptuales establecidos para garantizar una

estructura factorial más consistente e interpretable. Finalmente, aunque el tamaño muestral permitió realizar los análisis previstos, el número de participantes con soledad moderada o severa fue reducido, por lo que los resultados del modelo de regresión logística deben interpretarse con cautela. Futuros estudios con muestras de mayor tamaño, representativas y de carácter longitudinal permitirán obtener modelos multivariados más estables, incorporar variables de control adicionales, confirmar la robustez de la estructura factorial y de las asociaciones observadas, así como analizar la evolución de la soledad no deseada a lo largo del tiempo.

Además, sería de interés incorporar en futuras investigaciones variables psicológicas como la resiliencia, el apoyo social percibido, el sentido de comunidad o la autoeficacia social, con el fin de comprender mejor los mecanismos mediante los cuales las relaciones interpersonales y el contexto comunitario modulan la experiencia subjetiva de soledad en las personas mayores.

Conclusiones

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la soledad no deseada en las personas mayores constituye un fenómeno complejo y multidimensional, en cuya aparición convergen factores sociales, económicos, funcionales y relacionales. Más allá del aislamiento objetivo o de la frecuencia de las interacciones sociales, los hallazgos muestran que la calidad de los vínculos afectivos y la disponibilidad de apoyo cercano desempeñan un papel central en la experiencia subjetiva de soledad.

El análisis realizado permitió identificar un perfil de mayor vulnerabilidad caracterizado por la concurrencia de edad más avanzada, ausencia de pareja, menores recursos económicos, dependencia funcional y utilización de servicios de apoyo, factores que reflejan situaciones de mayor fragilidad social y personal. El apoyo cercano emergió como el principal factor protector frente a la soledad, mientras que la participación en actividades comunitarias no mantuvo un efecto independiente una vez consideradas las relaciones de apoyo, lo que sugiere que el beneficio de estas actividades depende de su capacidad para favorecer relaciones significativas y estables.

Estos resultados refuerzan la necesidad de abordar la soledad no deseada desde una perspectiva biopsicosocial y comunitaria, orientando las intervenciones hacia el fortalecimiento de las redes de apoyo, el desarrollo de vínculos de confianza y el fomento del sentido de pertenencia a la comunidad. En este sentido, la mera ampliación de la oferta de actividades sociales puede resultar insuficiente si no favorece la construcción de relaciones que respondan a las necesidades emocionales y sociales de las personas mayores.

Desde una perspectiva aplicada, el perfil de vulnerabilidad identificado puede contribuir a orientar estrategias de detección precoz y a priorizar intervenciones dirigidas a aquellos colectivos con mayor riesgo de experimentar soledad no deseada. Los hallazgos ponen de relieve la importancia de diseñar programas comunitarios centrados en la calidad de las relaciones interpersonales y en el fortalecimiento del apoyo social, integrando la actuación

coordinada de los servicios sanitarios, sociales y comunitarios para promover un envejecimiento saludable y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Finalmente, aunque los resultados deben interpretarse considerando las limitaciones metodológicas del estudio, aportan evidencia sobre los factores asociados a la soledad no deseada en un contexto comunitario y refuerzan la necesidad de continuar desarrollando investigaciones longitudinales y multivariadas que permitan comprender la evolución de este fenómeno e identificar intervenciones eficaces para su prevención.

Conflicto de Interés

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuentes de Financiación

Este trabajo ha sido financiado por la III Convocatoria de Ayudas a Proyectos de Aprendizaje-Servicio de la Universidad de Salamanca (curso 2025-2026), en el marco del proyecto Conectando Generaciones: Red Comunitaria contra la Soledad en Santa Marta (código 25-26/11), desarrollado en colaboración con el Grupo de Transferencia del Conocimiento Justicia Social y Métodos de Intervención – Street-ODS de la Universidad de Salamanca y el Ayuntamiento de Santa Marta de Tormes.

Agradecimientos

El equipo de investigación desea expresar su más sincero agradecimiento al Ayuntamiento de Santa Marta de Tormes por su colaboración y apoyo durante el desarrollo de este proyecto, facilitando el acceso al contexto comunitario y contribuyendo a hacer posible su realización. También, queremos agradecer de manera especial a las personas mayores de Santa Marta de Tormes que participaron voluntariamente en la investigación. Su generosidad al compartir su tiempo, experiencias y vivencias ha sido fundamental para comprender mejor la realidad de la soledad no deseada y constituye la base sobre la que se sustentan los resultados de este trabajo.

Referencias

- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28-year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31–38. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>
- Carrasco, B., & Araya, A. (2023). Soledad y fragilidad en personas mayores que viven en comunidad: una revisión integrativa. *Horizonte De Enfermería*, (Núm. Especial), 332-348. https://doi.org/10.7764/horiz_enferm.num.esp
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Cacioppo, J., & Hawkley, L. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13 (10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>

- Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2016). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives Gerontology Geriatrics*, 75, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>
- Ellis, J., Kinsella, K., James, E., Cheetham-Blake, T., Lambrou, M., Ciccognani, A., Rogers, A., & Band, R. (2022). Examining the optimal factors that promote implementation and sustainability of a network intervention to alleviate loneliness in community contexts. *Health and Social Care*, 30(8), 1-11. <https://doi.org/10.1111/hsc.13808>
- García-García, J., Prieto, J., & Elices, A. (2026). Unwanted Loneliness in Older Adults and Formal Community-Based Services: A Case Study. *Research on Ageing and Social Policy*, 14(1), 1-25. <http://dx.doi.org/10.17583/rasp.18285>
- Gutiérrez-Domingo, T. (2024). Reto mundial: Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030. *Análisis y Modificación de Conducta*, 50(182), 3–19. <https://doi.org/10.33776/amc.v50i182.8098>
- McMillan, D., & Chavis, D. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198601\)14:1<6](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198601)14:1<6)
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>
- Palma, E., & Escarabajal, M. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Peplau, L., & Perlman, D. (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. En M. Cook y G. Wilson (Eds.), *Love and attraction: an international conference* (First, pp. 101-110). Pergamon Press Ltd.
- Perlman, D., & Peplau, L. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En S. Duck, y R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Rojas, J., & Rincón, M. (2025). Vínculos de amistad entre mujeres mayores: un estudio cualitativo de grupos estructurados femeninos. *Anuario de Psicología*, (55/2), 40-50. <https://doi.org/10.1344/anpsic2025.55.2.4>
- Velarde, C., Fragua, S., & García-Cecilia, J. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 42(3), 177-183. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-validacion-escala-soledad-ucla-perfil-S1138359315001896>
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92 (4), 548–573. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.92.4.548>

- World Health Organization (2021). *Decade of Healthy Ageing: Baseline report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Yurrebaso, A., Picado-Valverde, E., García-Valverde, E., & Guzmán-Ordaz, R. (2026). Unwanted loneliness among older adults in rural areas: Associated factors and guidelines for community intervention. *Frontiers in Aging*, 7, Article 1681481. <https://doi.org/10.3389/fragi.2026.1681481>