



PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

**Volumen 71 - N° 2**

Buenos Aires - Junio 2025

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

*In memoriam*

**55. Ana Lía Kornblit [1941-2025]**

ALEJANDRO CAPRIATI, ANA CLARA CAMAROTTI

**Originales [trabajos completos]**

**59. Implementación de las Directrices**

**Anticipadas en Psiquiatría desde el enfoque  
transdiagnóstico**

LILIANA MONDRAGÓN-BARRIOS, FERNANDO LOLAS STEPKE

**71. *Mindsets* en gamers argentinos: relación  
con su salud mental, personalidad,  
experiencias y rendimiento**

GUADALUPE DE LA IGLESIA

**81. Correlatos psicológicos del riesgo de  
trastornos de la conducta alimentaria  
según sexo e índice de masa corporal en  
estudiantes universitarios mexicanos**

PAOLA ISABEL GUERRERO ISLAS, REBECA MARÍA ELENA  
GUZMÁN SALDAÑA, MARÍA DE LAS MERCEDES MORALES  
BRISEÑO, LILIÁN ELIZABETH BOSQUES-BRUGADA





PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

**Volumen 71 - N° 1**

Buenos Aires - junio 2025

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

**95. Influencia de la estimulación bilateral  
táctil en el reprocesamiento emocional  
de la técnica PASER en estudiantes  
universitarios**

LUCÍA DANIELA ROMERO, BRENDA LUCÍA CATTANEO, ABEL  
IGNACIO CUNTO, DIEGO RAÚL PIÑEYRO

**105. Comportamientos prosociales en  
adolescentes: el rol de la prosocialidad  
parental percibida y el estilo de atribución  
causal**

CINTHIA BALABANIAN, VIVIANA LEMOS

**Fundación *acta***  
**Fondo para la Salud Mental**

Entidad de bien público sin fines de lucro  
Personería Jurídica N° 4863/66  
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y  
Acción Social con el N° 1.777

**CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN**

**Mario Vidal:** Presidente

**Diana Vidal:** Secretaria

**Rodrigo Vidal:** Vicepresidente 1°

**Mateo Vidal:** Tesorero

**Sede Social:** Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar



## Consejos Científicos

### Nacional

**Roberto Canay**

UMSA, USAL, Argentina

**Verónica Brasesco**

UMSA, USAL, Argentina

**Diego Feder**

Fundación Barceló, Argentina

**Pascual Gargiulo**

UNCUYO, CONICET, Argentina

**Gustavo A. Mäusel**

UMSA, Argentina

**Humberto Mesones**

Asociación Argentina de Psiquiatras

**Lucía Rossi**

UBA, Argentina

**María Lucrecia Rovaletti**

UBA, CONICET, Argentina

**Fernando Silberstein**

UBA, UNR, Argentina

**Humberto Tittarelli**

CISM, Argentina

**Patricia Weismann**

UNMDP, Argentina

### Internacional

**Jorge Acevedo Guerra**

Santiago – Chile

**Renato D. Alarcón**

Lima – Perú; Rochester – EUA

**Helio Carpintero**

Madrid – España

**Jorge A. Costa e Silva**

Rio de Janeiro – Brasil

**Otto Dörr Zegers**

Santiago – Chile

**Alejandro Gómez**

Santiago – Chile

**Fernando Lolas Stepke**

Santiago – Chile

**Facundo Manes**

Buenos Aires – Argentina

**Juan Mezzich**

Pittsburgh – EUA

**Driss Moussaoui**

Casablanca – Marruecos

**Héctor Pérez-Rincón**

México D.F. – México

**Juan Matías Santos**

Madrid – España

**Norman Sartorius**

Ginebra – Suiza

**Hernán Silva Ibarra**

Santiago – Chile

**Carlos Sluzki**

Santa Barbara – EUA

**Tomás Ortiz**

Madrid – España

**Benjamín Vicente**

Concepción – Chile

**Sergio Villaseñor Bayardo**

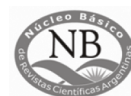
Guadalajara – México

**Ana María Zlachevski Ojeda**

Santiago – Chile

# acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA



*Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas.

Aparece regularmente cuatro veces al año —en marzo, junio, septiembre y diciembre— en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829).

Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revisiones Científicas Argentinas en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, ESCI-Thomson Reuters, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

### Director Fundador

† Guillermo Vidal [1917-2000]

### Director

Hugo R. Mancuso | Universidad de Buenos Aires, CONICET  
director@acta.org.ar

### Consejo Académico

Ricardo Aranovich | Fundación Acta Fondo para la Salud Mental  
raranovich@hotmail.com

Andrés Febbraio | Universidad de Buenos Aires, Universidad del Museo Social Argentino

andresfebbraio@hotmail.com

Ana Lía Kornblit | Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani

alkornblit@gmail.com

Edith Serfaty | Academia Nacional de Medicina, Argentina

edithserfaty@yahoo.com

### Secretaría Editorial

Alejandra Niño Amieva | Universidad de Buenos Aires  
alejandranamieva@acta.org.ar; editoracta@gmail.com

### Corrección

María Mercedes Niklison

### Responsable Administrativa

Victoria Vilardo | victoriavilardo@acta.org.ar

### Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires) C1122AAJ

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina,

TE: (5411) 4897-7272; fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)



## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina publica material científico, inédito, en español, portugués y eventualmente en inglés.

Los trabajos podrán ser presentados para ser publicados, *ad referendum*, en las siguientes secciones:

### Originales

**Trabajos completos:** informan sobre investigaciones originales (ensayos clínicos, metanálisis, estudios de cohorte, de casos y controles, evaluaciones epidemiológicas, entre otros). Deben tener: a) un resumen estructurado con un máximo de 1.400 caracteres (con espacios); y b) subdivisiones respetando la estructura «Introducción, Materiales y Método, Resultados, Discusión y/o Conclusiones». Extensión máxima: 50.000 caracteres (con espacios), excluyéndose tablas, figuras y referencias. La suma de tablas y figuras no debe exceder el total de seis. Las referencias no deben ser más de 40.

**Comunicaciones preliminares:** presentan resultados que, si bien preliminares, por su interés justifican una temprana difusión. Deben incluir un resumen según el modelo de los artículos originales con un máximo de 1.000 caracteres (con espacios). Podrán prescindir de la división en secciones, aunque manteniendo la secuencia habitual, con hasta 15 referencias y preferentemente no más de dos tablas o figuras. Extensión máxima 25.000 caracteres (con espacios).

### Revisiones

#### Sistemáticas

Evaluaciones críticas de la literatura y fuentes de datos relacionados con temas clínicos, enfatizando factores como causa, diagnóstico, pronóstico, terapia o prevención. Estos trabajos deben presentar resumen estructurado con un máximo de 1.400 caracteres (con espacios). No deben superar los 60.000 caracteres (con espacios) excluyéndose tablas, figuras y referencias. La suma de tablas y figuras no debe sobrepasar el total de seis. Son permitidas hasta 60 referencias.

#### Narrativas

Evaluaciones críticas de la literatura y fuentes de datos relacionados con temas clínicos, enfatizando factores como causa, diagnóstico, pronóstico, terapia o prevención. Estos trabajos deben presentar resumen estructurado con un máximo de 1.400 caracteres (con espacios). No deben superar

los 60.000 caracteres (con espacios) excluyéndose tablas, figuras y referencias. La suma de tablas y figuras no debe sobrepasar el total de seis. Son permitidas hasta 60 referencias.

### Historiográficas

Abordajes historiográficos de cuestiones relacionadas con la psiquiatría, la psicología y ciencias conexas. Deben incluir un resumen estructurado con un máximo de 1.400 caracteres (con espacios) y hasta 30 referencias bibliográficas. No deben superar los 50.000 caracteres (con espacios).

### Documentos

Replicaciones de fuentes primarias de interés para la comunidad científica. Las cuestiones especiales relacionadas con el formato deben ser tratadas con los editores de la publicación.

### Notas

Tratan tópicos actuales referentes a cuestiones científicas e institucionales de carácter general. Deben incluir un resumen de 1.000 caracteres (con espacios). Podrán prescindir de la división en secciones, aunque manteniendo la secuencia habitual. No deben superar los 25.000 caracteres (con espacios).

### Recensiones

Reseñas críticas y razonadas de publicaciones recientes (últimos dos años); no deben superar los 25.000 caracteres (con espacios) ni incluir bibliografía. Las referencias del texto deben ser completas (incluyendo número de páginas e ISBN).

### Cartas

Reportes de casos peculiares, opiniones y comentarios sobre el contenido de la revista, su línea editorial o sobre temas de relevancia científica; los textos deben ser breves con un máximo de 5.000 caracteres (con espacios). Pueden ser comentarios sobre material publicado en la revista o traer datos nuevos y observaciones clínicas. Solo una tabla y una figura son permitidas y, como máximo, cinco referencias. Todos los autores (máximo de cinco) deben firmar la carta.

### Informaciones

Noticias sobre encuentros científicos nacionales e internacionales (congresos, jornadas, etc.), homenajes, foros, seminarios, cursos y otras actividades de la especialidad.

Eventualmente, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina incluirá en sus ediciones **Artículos**



**Especiales** elegidos por el Consejo Académico por ser de interés para la comunidad científica, **Entrevistas** a personalidades destacadas por su actuación científica e institucional en la especialidad y **Traducciones** de artículos publicados por revistas especializadas con las que se haya gestionado las autorizaciones pertinentes.

Los trabajos deben enviarse electrónicamente a la Secretaría de Redacción (editor@acta.org.ar con copia a edicionacta@gmail.com), en formato A4, con márgenes de 2.5 cm, a doble espacio, fuente Arial tamaño 12.

El envío debe incluir:

- Nota de presentación dirigida al Director de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, firmada por los autores, solicitando la evaluación del trabajo para su publicación. La misma debe incluir título del trabajo, indicación de la sección a que correspondería el escrito y la aseveración de que no ha sido publicado con anterioridad ni presentado para ser evaluado en otra revista. Asimismo, debe constar la cesión derechos de todos los autores, para su publicación y la declaración sobre conflicto de intereses. También deberán agregarse las normas éticas utilizadas en el caso de estudios realizados con poblaciones, como por ejemplo, el consentimiento informado o el aval aprobado del Comité Ético de la institución correspondiente. La nota de presentación deberá ser remitida por correo postal a: C.C. 170, Suc 25, C1125WAD, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

- Título del trabajo (y traducción al inglés).

- Nombre completo y apellido de los autores, mayor título académico obtenido de cada uno de ellos y sus direcciones postales, teléfonos y direcciones electrónicas.

- Nombre de la institución en la que fue realizado el trabajo o pertenencia institucional de los autores.

- Nombre, dirección postal y dirección electrónica, del autor con quien se deba mantener correspondencia.

- Resumen y palabras claves (3 a 5) en español y en inglés.

- Referencias bibliográficas, por orden alfabético, al final y numeradas en el texto, conforme los requisitos de uniformidad para trabajos enviados a revistas biomédicas recomendados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas

(ICMJE) y adoptados por Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina.

- Las tablas estrictamente necesarias para el buen entendimiento del trabajo, en blanco y negro, tituladas y en archivo separado; numeradas consecutivamente, en el orden en que fueron citadas en el texto. Las provenientes de otras fuentes deben citar las referencias originales en el pie de página.

- Las figuras (fotografías, gráficos, diseños etc.) deben incluir sus leyendas y ser lo suficientemente fieles para permitir su reproducción. Si han sido extraídas de trabajos previamente publicados, los autores deben adjuntar autorización para su reproducción.

### Ejemplos de citación

#### Artículos de revistas:

Pages Larraya F. Los topoi de Buenos Aires. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 1983; 29 (1): 25-52.

#### Libros:

- Autores individuales

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

- Editor(es), Compilador(es)

Tyrer P & Stein G, editors. Personality Disorder Review. London: The Royal College of Psychiatrists; 1993.

#### Capítulos de libros:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Información extensa sobre normas de publicación en: [www.acta.org.ar](http://www.acta.org.ar)

- Los trabajos serán sometidos a referato anónimo de tres expertos en la materia, externos al Consejo Académico.

- Plazo previsto para las evaluaciones de los trabajos y las notificaciones de los dictámenes a los autores: dentro de los 120 días desde la recepción de los mismos.

- Los trabajos publicados no pueden ser reproducidos en otros medios sin previa autorización de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, titular del correspondiente *copyright*.

- No se considerarán trabajos que no cumplan con las normas editoriales de la revista.



# Fundación **acta**

Fondo para la salud mental



Dr. Guillermo Vidal [1917-2000]

[www.acta.org.ar](http://www.acta.org.ar)



*In Memoriam*

**Ana Lía Kornblit**

[17/06/1941-17/02/2025]

ALEJANDRO CAPRIATI, ANA CLARA CAMAROTTI

---

ALEJANDRO CAPRIATI  
Universidad de Buenos Aires,  
Instituto de Investigaciones Gino Germani,  
Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales CONICET.  
alejandrocapiati@gmail.com

ANA CLARA CAMAROTTI  
Universidad de Buenos Aires,  
Instituto de Investigaciones Gino Germani,  
CONICET  
anaclaracamarotti@gmail.com

Ana Lía Kornblit [1941-2025] fue una trabajadora incansable de la ciencia, cuyo entusiasmo marcó a generaciones de investigadoras e investigadores. Su formación y su trayectoria en investigación y docencia reflejan un compromiso intelectual sostenido y, al mismo tiempo, iluminan aspectos del desarrollo de la vida universitaria y científica del país.

La primera etapa de la formación universitaria de Ana Lía estuvo atravesada por la sociología y por un temprano interés en la psicología social. Inició sus estudios de sociología en 1958, apenas un año después de la creación de la carrera en la Universidad de Buenos Aires, y fue una de las primeras graduadas. Durante esos años se desempeñó como docente en la cátedra de Psicología Social y obtuvo una beca de iniciación a la investigación en el CONICET, institución también recientemente fundada. Esta trayectoria inicial se vio interrumpida en 1966, tras la intervención violenta a algunas facultades, conocida como La Noche de los Bastones Largos, cuando —como muchos de los docentes cesanteados— debió encontrar otras formas de sostener sus intereses intelectuales y su subsistencia.

La segunda etapa de su trayectoria estuvo signada por la obtención de la licenciatura en psicología y, más tarde, por su graduación en medicina en 1971. En esos años se desempeñó inicialmente como psicóloga clínica y, posteriormente, se orientó hacia la psicoterapia familiar en el ámbito hospitalario. Este desplazamiento profesional debe leerse a la luz de un contexto político y académico en el que sus intereses en la sociología, la psicología social y la medicina comunitaria se encontraban restringidos.



La tercera etapa de su vida intelectual se abrió con el retorno democrático. Con su reingreso al CONICET en 1985, Ana Lía encontró un espacio para llevar adelante sus investigaciones sobre diversos temas de salud desde la sociología y la psicología social. Paralelamente, retomó su actividad en la Universidad de Buenos Aires, donde se desempeñó como directora del Instituto de Sociología —luego, Instituto de Investigaciones Gino Germani—, dirigió la maestría en metodología de la investigación y fue profesora de psicología social en la carrera de Sociología. En estos años completó su tesis doctoral, dedicada al estudio de las representaciones sociales de jóvenes de escuelas secundarias acerca de la sexualidad y el trabajo. En 1990 participó en la creación del área de salud y población del Instituto, un espacio que se convertiría en un polo de producción académica y formación de equipos de investigación, integrado por becarias/os, estudiantes de posgrado e investigadoras/es en formación. Sin duda, una de sus principales contribuciones fue la conformación de grupos de trabajo: Ana Lía era una gran armadora de equipos y tenía la habilidad de potenciar las capacidades individuales de sus integrantes. Colaboraba en esto el hecho de ser ella una persona directa, de bajo perfil y sumamente generosa.



Ana Lía Kornblit

Ana Lía fue una figura pionera en los estudios sociales de la salud. Desarrolló líneas de investigación sobre el consumo problemático de sustancias, el clima social escolar, la sexualidad en jóvenes, el VIH/Sida y las sexualidades no hegemónicas. Su capacidad por identificar tempranamente problemas emergentes y transformarlos en objetos legítimos de investigación la situó de manera constante en la vanguardia del campo.



Posteriormente, continuó ampliando sus temas de investigación con estudios sobre violencia en la escuela media, educación sexual integral y suicidio adolescente, entre otros temas que abordó siempre con rigurosidad y creatividad.

En cuanto al uso de metodologías si bien utilizó métodos cuantitativos fue innovadora en el desarrollo de metodologías cualitativas en el campo de la sociología de la salud. Su formación multidisciplinaria le permitió aportar un enfoque rico y profundo a los estudios sociales. Coordinó el influyente libro *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis* (2004), donde se sistematizaron técnicas clave como los relatos de vida, la teoría fundamentada y el análisis de discurso.

Si bien a lo largo de toda su carrera mantuvo una vocación por articular la investigación con las políticas públicas, fue en sus últimos años cuando profundizó —junto con su equipo— en la elaboración teórica y operativa de un modelo integral que situara a la comunidad como actor central en la identificación de problemas y en la construcción de soluciones. Este enfoque se plasmó especialmente en sus trabajos sobre violencias sexuales hacia las niñas y adolescencias y sobre consumo problemático de drogas, donde buscó articular saberes académicos, prácticas institucionales y capacidades comunitarias para fortalecer respuestas intersectoriales. Su producción, plasmada en incontables libros y artículos en revistas nacionales e internacionales, obtuvo distintos premios: premio Guggenheim por su trayectoria en 2003; premio Konex en Psicología en 2006 y en 2016 y el premio Bernardo Houssay a la Trayectoria en Investigación Científica y Tecnológica en Ciencias Sociales y Humanidades en 2007.

También aportó de manera decisiva a la construcción de espacios colectivos. Entre ellos merece especial mención su rol como organizadora de uno de los eventos centrales del área: las Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario de Salud y Población del Instituto Gino Germani. Las primeras jornadas se realizaron en 1994 y dieron lugar a la publicación del libro *Ciencias Sociales y Medicina: la salud en Latinoamérica*, compilado por Ana Lía Kornblit. Desde entonces, las Jornadas son el evento más significativo del Área. Continúan realizándose de manera ininterrumpida cada dos años y convocan a investigadoras, investigadores y profesionales del campo de las ciencias sociales y de la salud de Argentina y de distintos países de Latinoamérica.

Quienes tuvimos el privilegio de trabajar y formarnos con Ana Lía Kornblit coincidimos en destacar su capacidad de cuidado, desplegada tanto en el ámbito académico como en su vida familiar. Tenía una notable sensibilidad para registrar la vida de las personas de su entorno, y un rasgo distintivo de su modo de ser: hablaba poco de sí misma y escuchaba con una atención empática a los demás. En los últimos años había decidido retirarse, pero en la práctica ese retiro nunca fue total. Su equipo permaneció cercano; seguíamos encontrándonos, conversando, compartiendo inquietudes.



Nos reunía el afecto, y nos guiaba —como siempre— su mirada inteligente, aguda y oportunamente orientadora.

Ana Lía nos enseñó el oficio de la investigación y nos transmitió la pasión por abordar los temas de salud desde las ciencias sociales, siempre con atención a las necesidades de los grupos sociales y la importancia de hacerlo en el marco del trabajo colectivo. Ese compromiso con los otros y con el trabajo compartido es uno de los legados más potentes que nos deja.

Muchas gracias y hasta siempre, querida Ana Lía.

Para reconstruir la trayectoria de Ana Lía apelamos al recuerdo de nuestras conversaciones con ella, revisamos su *curriculum vitae* y nos apoyamos en la entrevista que Almendra Lareo y Joaquín Guevara le realizaron a Ana Lía Kornblit en el marco del proyecto UBACyT (2020–2022) dirigido por Rafael Blanco.



Original

# Implementación de las Directrices Anticipadas en Psiquiatría desde el enfoque transdiagnóstico

LILIANA MONDRAGÓN-BARRIOS Y FERNANDO LOLAS STEPKE

LILIANA MONDRAGÓN-BARRIOS.  
Instituto Nacional de Psiquiatría  
Ramón de la Fuente Muñiz.  
Universidad Nacional Autónoma de  
México, Facultad de Medicina,  
Departamento de Historia y  
Filosofía de la Medicina.  
Ciudad de México, México;  
lmondragonb@inprf.gob.mx

FERNANDO LOLAS STEPKE.  
Universidad de Chile, Centro  
Interdisciplinario de Estudios en Bioética.  
Universidad Central de Chile.  
Academia Chilena de la Lengua.  
Academia de Ciencias Médicas de  
Córdoba, Argentina.  
Sociedad Española de  
Medicina Psicosomática.  
Santiago de Chile, Chile;  
flolas@uchile.cl

Las Directrices Anticipadas en Psiquiatría (DAP) constituyen un proceso que permite a las personas afectadas por trastornos mentales expresar sus propias previsiones respecto a las acciones sanitarias que desee recibir, una vez que pueda verse disminuida su capacidad cognitiva para manifestar su propia voluntad. La aplicación de las DAP discierne sobre los tipos de diagnóstico en que podría usarse esta herramienta y las medidas terapéuticas incorporables en las Directrices. Sin embargo, este modelo clasificatorio no considera indicaciones sobre aspectos cotidianos de la vida de las personas, como el cuidado de plantas, mascotas o inmuebles, determinantes para las decisiones individuales. El enfoque transdiagnóstico es una opción para sustentar la implementación de las DAP, debido a que considera transversalmente los problemas mentales desde una óptica dimensional y fenomenológica: biografía más que biología del paciente. *Objetivo:* identificar elementos del contenido de las DAP desde el enfoque transdiagnóstico. *Método:* se realizó un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas a cuatro psiquiatras pertenecientes a dos servicios de hospitalización psiquiátrica en Santiago de Chile. *Resultados:* mediante análisis temático se identificaron tres temas a considerar en las DAP: 1) tratamiento, 2) diagnóstico, 3) hospitalización. *Discusión y conclusión:* la situación subjetiva-patógena de la persona configura circunstancias, acciones y experiencias para un mejor tratamiento. Estas dimensiones transdiagnósticas permiten un trabajo práctico con más beneficios para los pacientes al implementar las DAP.

**Palabras clave:** Decisiones clínicas – Diagnóstico psiquiátrico – Tratamiento – Hospitalización

## Implementation of Psychiatric Advance Directives from a Transdiagnostic Approach

Psychiatric Advance Directives (PADs) are a process that allows people with mental illnesses to express their will regarding any health action they want to receive once their cognitive capacity may be diminished. The application of PADs distinguishes between diagnoses that could employ this tool and the therapeutic measures that can be included in the directives of the PAD. However, this classificatory model does not consider aspects about the everyday life of people, such as the care of plants, pets, or properties, which are decisive for patient decision making. The transdiagnostic approach may be an option to support the implementation of PADs, because it explains the transversality of mental illnesses from a dimensional and phenomenological perspective: the biography, rather than the biology of the patient. *Objective.* To empirically identify content elements of PADs from the transdiagnostic approach. *Method.* We carried out a qualitative study with semi-structured interviews, in which four psychiatrists from two mental health clinics in Santiago, Chile, were interviewed. *Results.* The thematic analysis allowed us to identify three significant themes of PADs that should be considered: 1) treatment, 2) diagnosis, and 3) hospitalization. *Discussion and conclusion.* The subjective-pathogenic situation that a person lives creates circumstances, actions, and experiences for a better treatment. These transdiagnostic dimensions enable a practical work for implementing PADs and obtaining more benefits for patients.

Correspondencia:  
Liliana Mondragón-Barrios;  
lmondragonb@inprf.gob.mx

**Keywords:** Clinical Decision – Making – Psychiatric Diagnosis – Treatment – Hospitalization



## Introducción<sup>1</sup>

Las Directrices Anticipadas en Psiquiatría (DAP) constituyen un proceso que permite a las personas con trastornos mentales expresar sus expectativas con respecto a las acciones sanitarias que desee recibir si disminuyera su capacidad cognitiva para manifestar su voluntad. Estas directrices se sustentan en un modelo autonomista, que permite a las personas tomar decisiones sobre su salud [6,14]. Se trata de una planificación anticipada del cuidado (*Advance Care Planning*).

La implementación de las DAP en países como España, Alemania, Suiza, Nueva Zelanda ha evidenciado ventajas, principalmente cambios en el estilo asistencialista de la relación médico-paciente, impidiendo un paternalismo innecesario, promoviendo una mejor alianza terapéutica y adherencia al tratamiento. Asimismo, las DAP pueden reducir tanto la frecuencia de medidas involuntarias y coercitivas, como el sentimiento de minusvalía y de trato injusto o impositivo [3,4,14,21].

No obstante, Srebnik, Appelbaum y Russo [22] han señalado ciertas desventajas en la implementación de las DAP debido especialmente a que los profesionales de la salud desconocen del tema, por tanto ignoran lo que debe contener esta herramienta y su carácter revocable. Algunos piensan que las personas con enfermedad mental grave usarán las DAP para negarse a recibir tratamientos a futuro [14,24].

Sin embargo, la mayoría de las personas que completan las DAP no las utilizan para declinar tratamientos sino para indicar preferencias entre procedimientos alternativos o para informar a los futuros médicos tratantes sobre preocupaciones especiales, por ejemplo, delegar el cuidado de algún familiar dependiente o de las

mascotas mientras se está hospitalizado; pedir no recibir visitas, o bien, aludir a predilecciones o rechazos en la dieta [4,19,23].

Los aspectos cotidianos de la vida de las personas parecen ser determinantes para las decisiones de los pacientes, pero no son considerados en las DAP debido al modelo clasificatorio al que están adscritas. En efecto, es según el modelo categorial que se diferencian los diagnósticos de las personas que podrían usar esta herramienta y elegir las medidas terapéuticas apropiadas que pueden incorporarse en las Directrices.

Los sistemas taxonómicos que sustentan el modelo —*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés, ahora en su 5ª edición) y la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE, por sus siglas en inglés, ahora en su 11ª edición)— están estructurados en categorías definidas para identificar trastornos específicos [2,17,7], por lo que el diagnóstico se basa en un lenguaje psicopatológico descriptivo, sin definición precisa del fenómeno y subestimando las experiencias subjetivas.

Estos sistemas de diagnóstico psicopatológicos tradicionales tienen limitada adecuación para la atención de salud mental porque presentan dificultades para predecir la evolución clínica o la respuesta al tratamiento debidas a la variabilidad y a la elevada comorbilidad de los trastornos mentales [7,10,19].

Los procesos comunes entre los distintos trastornos la variabilidad de la comorbilidad y a la vez, ciertos síntomas subyacentes en estos trastornos tienen una serie de implicaciones clínicas y terapéuticas que podrían afectar la toma de decisiones sobre futuras acciones sanitarias que el paciente desee recibir y que el médico pueda recomendar [7,10,19, 20].

La problemática que presenta la comorbilidad ha generado la exploración de alternativas complementarias al modelo

1. Un resumen de este trabajo se presentó en *Interpsiquis 2024. XXV Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*, España, 20 al 31 de mayo de 2024.



categorial, que no se circunscriben a trastornos específicos, sino a propiedades o procesos comunes de grupos de trastornos mentales consistentes para la descripción y tratamiento de estos. Entre las alternativas se encuentra el enfoque transdiagnóstico. El término «transdiagnóstico» fue enunciado por Fairburn, Cooper y Shafran en 2003 [9], en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria.

Según Mansel *et al.* [13], lo que caracteriza la perspectiva transdiagnóstica es que a partir de ella se formaliza una nueva manera de entender los trastornos mentales, al facilitar su uso para condiciones o síntomas presentes en distintas categorías diagnósticas (ejemplo ansiedad o agitación), pero su uso más expandido implica la comprensión de procesos biopsicosociales e impulsa los desarrollos clínicos sobre el inicio, mantenimiento, tratamiento clínico y recuperación de las experiencias traumáticas o discapacitantes de los pacientes [7,13].

El tratamiento transdiagnóstico tiene un enfoque más convergente que el categorial [13], debido a que no solo concibe a los trastornos mentales como heterogéneos y multifactoriales, sino también a otros fenómenos psicosociales y culturales que sobrepasan los diagnósticos establecidos, permitiendo modificar las experiencias de un individuo [7,13]. Esto se debe a que las dimensiones transdiagnósticas son de diversa naturaleza: síntomas, características personales, creencias y valores, estrategias de control y afrontamiento, emociones, entre otras. Con base en esto, se eligen las intervenciones y los fármacos más eficaces para los grupos de trastornos basados en mecanismos comunes y subyacentes de manera que se ajusten mejor a las particularidades de cada individuo, pues desde el punto de vista fenomenológico, es decir de las vivencias, contexto, historia, biografía y estado clínico, ninguna persona comparte carac-

terísticas comunes con otra aun cuando comparta el mismo diagnóstico [10,11].

El enfoque transdiagnóstico contempla los problemas mentales desde una óptica más dimensional, esto es lo que explica su transversalidad y vinculación con la fenomenología, perspectiva fundamental que permite captar estructuras esenciales o núcleos experienciales de los individuos, revelando elementos contextuales, existenciales, situaciones límite o crisis que están inscritas en la biografía más que en la biología [5].

De acuerdo a lo anterior, las DAP se han implementado en el modelo categorial, discerniendo los diagnósticos de las personas que puedan hacer uso de este instrumento, pero restringiéndose a trastornos mentales bien definidos por los sistemas diagnósticos operativos. Esto puede ser una barrera para implementar las DAP —en tanto decisiones clínicas y terapéuticas futuras— debido a que no reflejaría una real predicción sobre evolución del trastorno o la respuesta al tratamiento, y, por ende, las acciones sanitarias que el paciente desea recibir podrían no realizarse. Situación que, en la atención de la crisis, daría continuidad a las decisiones paternalistas en divergencia con el modelo autonomista de las DAP, lo cual representa otra barrera.

El enfoque transdiagnóstico, fundamentado en procesos subyacentes a diferentes entidades psicopatológicas, selecciona intervenciones mejor adecuadas a las particularidades de cada individuo, incluso a futuro, bajo una concepción dimensional y fenomenológica; revelando elementos existenciales, situaciones límite o crisis inscritas en la biografía más que en la biología, quizá más acorde al modelo autonomista de las DAP. Razón por la que el enfoque transdiagnóstico podría ser una opción para sustentar los factores psicosociales y contextuales que complementan a las categorías diagnósticas psiquiátricas en la implementación de estas DAP [5,10,11].



De esta forma, el objetivo del presente trabajo es identificar empíricamente elementos del contenido de las DAP desde el enfoque transdiagnóstico que permitan su implementación.

## Método

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas en línea, vía videoconferencia de 40 minutos, previo consentimiento informado, a cuatro médicas psiquiatras, pertenecientes a dos servicios de hospitalización psiquiátrica de instituciones especializadas en salud mental en Santiago, Chile.

El diseño de la investigación fue por conveniencia y la muestra se determinó de acuerdo con el criterio de saturación [16]. El instrumento utilizado fue una guía de entrevista que indagó de manera general las bases bioéticas en cuanto a la toma de decisiones de las personas con condición mental.

## Procedimiento

Esta investigación se dividió en dos etapas, la primera una observación participante [15], y la segunda, las entrevistas semiestructuradas. Con los resultados de la primera etapa se elaboró la guía de entrevista y se contactaron a los médicos psiquiatras que participaron en esta etapa primera para invitarlos a las entrevistas.

Se obtuvieron cuatro entrevistas a médicas psiquiatras mujeres. La duración de cada entrevista fue aproximada de 40 minutos y una vez realizadas las cuatro, se transcribió la información para ser sometida a un análisis crítico y conceptual con un análisis temático. Las entrevistas se llevaron a cabo en el período de octubre a noviembre de 2022.

## Análisis de datos

Se realizó un análisis temático [12]. Todas las respuestas de las entrevistas se concentraron en un solo archivo, contabilizando 137, después se codificaron

por unidad de significado, siendo ésta una palabra, una frase o un enunciado. Se obtuvo un total de 362 códigos y se ordenaron de acuerdo con su frecuencia (más de cinco veces), generando 326 códigos, los más comunes se combinaron y agruparon en distintas categorías.

Las categorías se ordenaron y se identificaron los constructos que describían mejor el significado, posteriormente se englobaron en temas y reorganizaron en temáticas más generales, con base en la literatura sobre las DAP, para conceptualizar términos teóricos y finalmente, tener temas precisos.

## Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte, de Santiago de Chile. Previo a las entrevistas, se estableció el proceso de consentimiento informado, entre otros aspectos éticos, como lo establecen los cuidados de investigaciones con medios digitales o en línea [18].

## Resultados

El análisis temático [12] produjo cinco temas a considerar en las DAP: *manejo* de las DAP, *función* de las DAP, *contenido* de la DAP, entre otros. Este trabajo se centra únicamente en el tema *contenido* de las DAP, el cual se aborda en el tratamiento a solicitud de los pacientes según sus experiencias previas, con anuencia del médico tratante y aceptación de la familia. El tratamiento es entendido en su sentido más técnico, como costo-efectividad, tolerancia, efectos adversos, etc., y como un derecho de los pacientes. En tanto se plantea que el diagnóstico debe ser considerado en las DAP como un antecedente más para este proceso y no como determinante, debido a que las categorías diagnósticas suelen restringir la realidad por la que atraviesan los pacientes. Finalmente, se propone que las DAP no deberían ser una solución a la controversia del internamiento involunta-



rio, pero sí ser una opción, si se analiza en el transcurso temporal de las decisiones del paciente. Así, el tema quedó dividido en tres subtemas: 1) *tratamiento*, 2) *diagnóstico* y 3) *hospitalización*.

### 1) *Tratamientos*

Las medidas terapéuticas son parte del contenido de las DAP. Los tratamientos más solicitados por los pacientes son la terapia electroconvulsiva (TEC) y algunos fármacos que con base en su experiencia, historial o trayectorias de atención les han hecho sentir bienestar. La decisión del paciente sobre las referencias de tratamiento plasmadas en las DAP debe ser el resultado del acuerdo y validación con su médico tratante y, de conformidad con la familia. Los pacientes pueden rechazar un tratamiento con anuencia del médico tratante, eligiendo otras alternativas terapéuticas, para evitar afectar su bienestar.

Con la terapia electroconvulsiva [...] sobre todo aquellos que han recibido alguna vez, hay una postura previa, tanto a favor como en contra, o sea «por favor hágame terapia electroconvulsiva porque para mí es una mejora», como en pacientes que «no a mí me hicieron y yo no sé». Me acuerdo uno en particular y ese paciente está psicótico y nosotros le hicimos caso porque él decía «hace no sé, unos 6 años que me hicieron terapia electroconvulsiva, yo estuve más de un año con un déficit de memoria y todavía no recuerdo todas las cosas que tenía, que debería recordar». Si bien no sabes si todo eso es así, es probable que haya habido una baja con problemas de memoria inmediatamente después de la terapia, pero nosotros lo evaluamos, lo evaluó el médico que hace TEC y a él le pareció que no era bueno como repetirlo en contra de su voluntad, por lo que había sentido la vez anterior y seguimos por otra línea. [Registro 37]

Los pacientes cuando están bien atribuyen mucho al tratamiento ¿no cierto? el estar bien y en ocasiones, uno podría usar o la mayoría de las veces cuando una persona ha salido de una crisis con cierto tipo de tratamiento, en general uno trata de utilizar lo mismo para la siguiente crisis. Entonces si esa persona por ejemplo, cuando está bien podría decir «por favor póngame esto» y de hecho, tratamos de hacerlo, a pesar de que los pacientes cuando están psicóticos, igual dicen «bueno a mí me han puesto esto y lo otro», uno trata de hacer eso que ellos dicen, que en general les cayó bien, entonces yo creo que tanto lo farmacológico como cosas más invasivas, por ejemplo la terapia electroconvulsiva, si han tenido una buena experiencia y la persona puede decidir, digamos que le hagan nuevamente la terapia, cuando lo necesita sería fantástico. [Registro 1]

[Los pacientes] también se manifiestan referente a fármacos «por favor no me dé la olanzapina porque me provoca disfunción sexual, entonces a mí me hace mejor tal otro» y yo creo que eso, independientemente de que no estén con juicio de realidad completo es válido, porque efectivamente la olanzapina provoca disfunción sexual y eso no es una locura lo que está diciendo el paciente. Entonces si le pasa, uno debería elegir una alternativa. Ojalá lo pudieran elegir en el momento más cuerdo de su vida, obviamente. [Registro 37]

El tratamiento debe considerarse en dos sentidos. El primero es el tipo de tratamiento, en términos de tolerancia, efectos secundarios, costo efectividad, adherencia. En este sentido cuenta la opinión de un equipo multidisciplinario y la mirada de cada especialista para comprender el caso y ofrecer el mejor tratamiento, bajo la supervisión del médico tratante.



Un segundo sentido está relacionado con el derecho que tiene la persona de aceptar o rechazar el tratamiento ofrecido por el médico. Los clínicos recomiendan buscar el consentimiento o la autorización del paciente y no ir en contra de su voluntad. Si hubiese un rechazo al tratamiento se deben contemplar otras alternativas y dar mayor psicoeducación al respecto. En algunos casos, la persona no podrá ejercer este derecho como cuando esté cursando un cuadro de psicosis aguda y podría estar limitado en casos de hetero agresión.

En este segundo sentido la consideración del tratamiento se reconoce como beneficio para la recuperación del paciente. El médico tendría que trabajar con él para que pueda entender su situación interior de malestar, la problemática, las causas y de este modo, ayudar a enfrentar la circunstancia que podría atravesar en un futuro.

## 2) Diagnóstico

Todos los pacientes podrían optar por una DAP, independientemente de su diagnóstico. Esto significa que el diagnóstico no debe ser un determinante para tener una DAP, sino un antecedente más para este proceso. No obstante, los especialistas recomiendan la aplicación de las DAP en cuadros clínicos como pueden ser esquizofrenia o trastorno bipolar, cuando los pacientes estén en períodos lúcidos, conscientes, no agudos, para tener la capacidad de decisión. Con ciertos apoyos en personas que pueden presentar diagnósticos neuróticos, trastorno del ánimo, personalidad, abuso de sustancias, incluso se pueden considerar a las personas que presenten riesgo suicida.

Los pacientes no tienen un diagnóstico, tienden a enfermar y el enfermar va con una historia y una biografía, entonces por eso en el caso individual, lo que nosotros vemos es una estructura o un fenómeno patoplástico.

Esto significa que es contextual, que tiene que estar determinado también por la temporalidad y yo creo que las directrices anticipadas están en ese espacio intersubjetivo también ¿no? [Registro 112]

Yo creo que el diagnóstico es un antecedente más ¿no? [Registro 114]

Que el paciente no esté psicótico y tenga su juicio de realidad conservado pueda decidir "que eventualmente, esto vuelva a pasar: «yo quiero que esto suceda y que esto no suceda», para que en el momento que pierda juicio de realidad y de alguna manera pierda la posibilidad de tomar decisiones con toda propiedad, ya sepamos que es lo que quería. Ese es primer diagnóstico que me parece y, lo segundo, me voy a lo sintomático porque creo que es más importante que el diagnóstico como por enfermedad, porque por ejemplo, no todos los esquizofrénicos, aunque se psicoticen se hospitalizan o requieren terapias de las que no pueden tomar conocimiento, no todos llegan a un nivel de psicosis que en realidad no puedan tomar ninguna decisión, pero pensando también en el fondo en el tema del riesgo suicida, independientemente de nuevo del diagnóstico, cuando siempre está con un riesgo suicida [...]es tan potente que es muy difícil que pueda, muchas veces están en desesperanza, pasando por una depresión grave, aunque también las esquizofrenias, también pueden presentar un trastornos de personalidad, pero a veces están en situaciones tan complejas en su cabeza que no ven otra salida [...], entonces esos pacientes que a veces se repite el tema en más de una vez en la vida y para los pacientes sería bueno saber qué quieren. [Registro 30]

Las personas que no están en condiciones de tomar decisiones anticipadas sobre su tratamiento serían aquellas que presenten



algún deterioro cognitivo complicado: retardo mental, demencias severas, psicosis aguda, intoxicaciones, trastornos neuropsiquiátricos, degenerativos, en estos casos será necesario decidir de manera subrogada.

Me cuesta mirar en pacientes cognitivamente complicados, con retardo mental, yo creo que ahí no tienen sentido [las DAP], o deterioro cerebral importante, independientemente la causa, que no solo las demencias, sino ya pacientes que está muy deteriorados y que ya su capacidad de comprensión, yo creo que ahí no, pienso que es complicado, que no tendría mucho uso, porque ya de plano es complicado que ellos elijan. [Registro 33]

Asociadas al diagnóstico, aparecen evidencias de que las DAP no se deberían sustentar en categorías diagnósticas, debido a que éstas no permiten dar cuenta de la realidad por la que atraviesan los pacientes.

Algunos trastornos severísimos de personalidad uno se siente muy desesperanzado es como que no sabes desde dónde, desde dónde ayudarle a pensarse, por infinitas características que vemos en clínica y que no hay categoría que sea capaz de dar cuenta de todas esas realidad inmensa, o sea en mi experiencia los elementos, los elementos antisociales fuertes por ejemplo, nos dejan sin herramientas, porque no quieren nada, tienen buenas razones para todo lo que sea hacer su voluntad y su voluntad que suele ser pernicioso para el prójimo y también para sí mismo, pero hay situaciones límites que nos dejan, yo creo que, eso inermes, sin armamento. [Registro 55]

Me recuerda de nuevo las categorías diagnósticas ¿no es cierto? Estoy pen-

sando sobre todo en el trastorno de la personalidad, no en otro para circunscribir, las categorías son tan empobrecedoras de la realidad clínica, era lo uno que era lo otro, si le ponemos un nombre narcisista, suponemos un montón de cosas, pero no tenemos la historia de vida, nos tenemos nada en ese diagnóstico. Qué complejo, es complejo porque cuando uno pone diagnóstico al modo médico, sabemos que los trastornos de personalidad no son enfermedades, pero inevitablemente te invitan a pensar como lo médico en un diagnóstico, pero tratamiento y pronóstico ¿no es cierto? Como se trata de un ser humano y su mundo interno y, su sentimiento y sus emociones es otra cosa, es otra cosa y la realidad que le toca vivir, miles de factores que inciden desde el clima para adelante, que hacen que las categorías son restringidas de la mirada en definitiva ¿no? entonces en eso, en eso me asusta, esos estilos categoriales, para seguir con la idea. [Registro 62]

### 3) Hospitalización o internamiento

La hospitalización es una medida que, en principio, causa indisposición al paciente porque crea una conciencia de anormalidad, por lo que debe ofrecerse como una opción de tratamiento mediante una negociación. Las DAP como instrucciones anticipadas para un momento de crisis deben establecer una hospitalización para ese instante de manera voluntaria, porque el acuerdo con el paciente se lleva a cabo cuando no se encuentra en un estado grave, aun cuando en la crisis esta medida pudiese ser considerada involuntaria. Esto no es una contradicción si se analiza en el transcurrir temporal de las decisiones y en el uso de las DAP.

Aquí nos encontramos en el punto justo, puesto que en nuestros pacientes algunos tienen enfermedades y otros no. Entonces «es con-



ciencia de mis desarmonías internas que no necesariamente son enfermedad», pero eso es lo que procuramos y nosotros le transmitimos a los becados que una tarea de la hospitalización es «crear conciencia de anormalidad en mí, no es que la realidad actúa en mí y me hace operar de tal o cual modo, sino que yo contribuyo». [Registro 67]

Si uno le dice: «mire usted tiene que estar aquí porque tiene internación involuntaria, porque [generó un problema] fuera», cualquier cosa, obviamente que esos argumentos generan indisposición al paciente y al final puede ser que se agite o que pase algo, entonces a pesar de que estén muy psicóticos, algo siempre uno puede negociar con la persona y decir podría ser que te beneficies de esto, y siempre es como un ofrecimiento y que la persona podría decidir tomarlo voluntariamente, porque ya no hay mucha ... ya están hospitalizados, es como decir ya «bueno está bien». [Registro 67]

Nosotros muchas veces subestimamos la capacidad que tienen [los pacientes] de decidir sobre sí mismos. Nos olvidamos de que ellos salen, por ejemplo, de la hospitalización y viven su vida bien, mal, más o menos de acuerdo con lo que les parece, con algún familiar o son capaces de arrendar algo, de trabajar. [Registro 32]

Pensando querer hacer partícipe a los pacientes de lo que estamos decidiendo ¿no? Porque igual cuando solamente decide una parte durante la hospitalización, cuando ya hay voluntarios, igual es una carga, y es una carga no solo a nivel, como de lo que explica, como una carga emocional si a uno no le gusta estar hospitalizando involuntariamente a la gente. [Registro 34]

La hospitalización o el internamiento involuntario es una medida que complica y

desagrada a los médicos y al equipo de salud. Esta medida podría ser innecesaria si se pusieran en marcha otras alternativas de contención, como hospitales de puertas abiertas o si se destinaran más recursos a la atención en la salud mental. Las DAP son una opción, pero quizá no resuelvan la controversia del internamiento involuntario.

## Discusión y conclusiones

Los resultados muestran que las psiquiatras que participaron en este estudio consideran que el contenido de las DAP debe contemplar 1) *tratamientos*: los fármacos y las medidas terapéuticas que les hagan sentir mayor bienestar a los pacientes, según su experiencia previa y antecedentes de atención; 2) *diagnóstico*, como un elemento más de su problemática de salud y no como un determinante en las decisiones sobre el uso de las DAP o de decisiones futuras sobre su atención clínica. Asociado con el diagnóstico aparece que las categorías apuntan en un sentido contrario, recalcando que estas no aportan a la realidad de los pacientes, por lo que no es preciso considerarlas en las DAP y, 3) *la hospitalización o el internamiento* involuntario, medida que debe quedar establecida en las DAP para un momento de crisis.

Los contenidos de las DAP propuestos por las participantes se relacionan con algunas dimensiones transdiagnósticas (características personales, creencias, estrategias de control y afrontamiento) que en su práctica clínica con los pacientes parece sustentarse en el enfoque fenomenológico, en las experiencias de las propias personas, su contexto psicosocial y en general, en su biografía y situación de salud. Esto contrasta con los cuadros clínicos categoriales, que principalmente buscan identificar diagnósticos de trastornos mentales, para determinar y tomar las decisiones sobre el tratamiento y las medidas terapéuticas basadas en evidencia,



pero alejadas de la realidad y experiencia de los propios pacientes [10,11,20].

Se halló también enunciados que comprueban condiciones complejas relacionadas con los diagnósticos, debido a la variabilidad comórbida, por ejemplo, las participantes hacen alusión a que las personas que presentan esquizofrenia pueden tener psicosis o riesgo suicida, desesperanza o depresión grave, también pueden mostrar trastornos de personalidad. Esta variabilidad de la comorbilidad y los síntomas subyacentes en los trastornos mentales es la prueba de que el modelo clasificatorio en la psiquiatría es inadecuado para la atención y el tratamiento de las personas que presentan estas condiciones, debido a que, dicha variabilidad, puede complicar el pronóstico de la evolución clínica y, por ende, la respuesta al tratamiento y las terapéuticas, principalmente, afectando la toma de decisiones sobre futuras acciones sanitarias [7,10,19,20].

Las DAP se plantean para escenarios futuros de posibles crisis que debe atenderse con decisiones que se toman en el presente, cuando la persona tiene la capacidad para expresar sus propias previsiones y voluntad respecto a las acciones sanitarias que desee recibir, en el momento en que por las afectaciones provocadas por dicha crisis o descompensación no puedan hacerlo [6]. En este sentido, el modelo clasificatorio es inadecuado para las DAP, ya que establece decisiones de presencia-ausencia de síntomas identificados en un momento específico de la enfermedad, perjudicando tanto la validez predictiva para el curso futuro del trastorno, como la selección del tratamiento inicial e incluso las estrategias de prevención secundaria [7,8,20].

En el enfoque transdiagnóstico, la persona es considerada a lo largo de un continuo multidimensional y en evolución de la enfermedad, lo que facilita la comprensión de los patrones de continuidad, discontinuidad y etiopatogenia de dicha en-

fermedad, por lo que mejora la selección de tratamientos, intervenciones o medidas terapéuticas múltiples y/o intensivas [20].

El internamiento u hospitalización involuntaria es un ejemplo de la dificultad para entender el espectro de tiempo en las DAP si se contextualiza desde el modelo clasificatorio. Puesto que si se piensa en términos taxonómicos parece una contradicción la voluntariedad e involuntariedad de un internamiento como deseo expresado por una persona en una Directriz. No se comprende, como sí lo hace el enfoque transdiagnóstico, que la circunstancia de un internamiento involuntario, expresado voluntariamente en una DAP, se asocia y depende de una línea de tiempo, que se inicia en el momento presente, cuando el paciente puede expresar y decidir voluntariamente su deseo de ser internado de manera involuntaria en un futuro durante una crisis, y finaliza en el momento futuro, cuando el paciente es hospitalizado involuntariamente, con la autorización previa de hacerlo de acuerdo con sus propios deseos plasmados en la DAP.

De acuerdo con Dalgleish *et al.* [7] las dimensiones transdiagnósticas también proporcionan un marco más convincente para pensar en el curso de las dificultades de salud mental que fluctúan a lo largo del tiempo, en contraste con los umbrales categóricos con sus nociones imprecisas de «en episodio», remisión y recuperación. Por esto razón, las DAP deben insertarse en este marco dimensional, como un ejercicio de autonomía que permita anticipar un escenario más preventivo, tomar decisiones presentes y proyectarlas a futuro.

Las DAP requieren del enfoque transdiagnóstico que permita una explicación dimensional que refleje con mayor precisión la forma en que se manifiesta la psicopatología, considerando: los síntomas iniciales, los síndromes, comorbilidades de salud física y mental, los deterioros sociales y ocupacionales relacionados



que remiten o evolucionan con el tiempo. Asimismo requieren de este enfoque para integrar factores de riesgo previos y actuales y, el curso de la enfermedad individual para la selección de tratamientos personalizados [20]; así como para considerar que las fuentes de información (entrevistas, datos psicométricos, historia clínica) no solamente deben emplearse para el diagnóstico categorial, sino constituirse en dimensiones cualitativas que ayuden a la evaluación global de los pacientes.

El contenido de las DAP apunta a que las personas reconozcan en sus experiencias previas, sus síntomas tempranos, algunas respuestas a tratamientos, incluso en medidas terapéuticas como las relacionadas con la involuntariedad, favoreciendo así una mejor integración de trabajo con los profesionistas de la salud mental; además como lo mencionaron algunas participantes, que conozcan los alcances sociales que tiene el uso del documento, por ejemplo, en las decisiones sobre el cuidado de personas dependientes, mascotas o inmuebles, que pertenecen a su mundo interno, realidad, historia e intersubjetividad, que son determinantes en la toma de decisiones de los pacientes [1,5,13].

Los resultados corroboran la idoneidad del contenido de las DAP con factores psicosociales y contextuales, desde un enfoque transdiagnóstico, dimensional y fenomenológico, como complementarios a las categorías diagnósticas psiquiátricas, para una implementación efectiva basada en

situaciones y experiencias de la biografía de las personas [10,15].

En este estudio se plantea la necesidad de continuar estudiando la implementación de las DAP con enfoques transdiagnósticos en la práctica clínica [7,15], se menciona que el desafío mayor será el desarrollo de instrumentos e intervenciones de evaluación transdiagnóstica sólidos que puedan suplantar o quizá complementar a sus contrapartes diagnósticas, a fin de que realmente dicho desarrollo permita beneficios a las personas para tomar decisiones sobre su salud presente y futura.

### Financiamiento

Este estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. (CONACYT) de México, con la beca en Estancias Posdoctorales en el Extranjero 2021 – CCINSHAE, para el proyecto titulado: *Bases bioéticas para la implementación de las directrices anticipadas en psiquiatría en la atención de la salud mental*.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias a los profesionales de la salud que integran los equipos multidisciplinarios, quienes compartieron la experiencia de su práctica clínica y a los pacientes; asimismo, gracias en especial a las autoridades de las instituciones que colaboraron para ello.

## Referencias

1. Ambrosini D, Crocker A, Perreault M, Israël M. Perceptions of Psychiatric Advance Directives among Legal and Mental Health Professionals in Ontario and Quebec. *JEMH*. 2008;3(2):1-12.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5™) 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *N Engl J Med*. 2007; 357(18):1834-40. PMID: 17978292 DOI: 10.1056/NEJMcp074045
4. Appelbaum PS. Law & Psychiatry: Psychiatric Advance Directives and the Treatment of Committed Patients. *Psychiatr Serv*.



- 2004;55(7):751-2. PMID: 15232012 DOI: 10.1176/appi.ps.55.7.751
5. Cremades C. Tratamiento de la desregulación emocional desde un paradigma transdiagnóstico: una revisión sistemática de estudios de resultados. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 28 de noviembre a 1 de diciembre de 2018. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2018. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-122/44>
  6. Crocker AG, Ambrosini DL. Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie. *Sante Men Que*. 2009;34(2):51-74. DOI: 10.7202/039126ar
  7. Dalgleish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *J Consult Clin Psychol*. 2020;88(3):179-95. PMID: 32068421 DOI: 10.1037/ccp0000482
  8. Echeburúa E, Salaberria K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Ter Psicol*. 2014;32(1): 65-74. DOI: 10.4067/S0718-48082014000100007
  9. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509-28. PMID: 12711261 DOI: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8
  10. González Pando D, Cernuda Martínez JA, Alonso Pérez F, Beltrán García P, Aparicio Basauri, V. Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2018; 38(133), 145-166. DOI: 10.4321/s0211-57352018000100008
  11. Hernández-Guzmán L, Contreras-Valdez JA, Freyre MA. Categories or dimensions? Towards a transdiagnostic treatment of eating psychopathology. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2019;10(2):232-45. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2019.2.561
  12. Howitt D. Introduction to qualitative methods in psychology. Harlow: Prentice Hall; 2010.
  13. Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *J Cogn Psychother*. 2009;23(1):6-19. DOI: 10.1891/0889-8391.23.1.6
  14. Mondragón-Barrios L, Guarneros T. Directrices Anticipadas en Psiquiatría. En Martínez N, editor. *Salud Mental Forense*. México: Editorial Tirant lo Blanch; 2020. p. 124-37.
  15. Mondragón-Barrios L, Lolas Stepke F. Bioethics and advance directives in psychiatric in the hospital context. *Salud Ment*. 2023;46(5):261-7. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2023.033
  16. Monje Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Una guía didáctica. Neiva Co: Universidad Surcolombiana; 2011.
  17. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión, CIE-11. OMS; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11>
  18. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.
  19. Sandín B. El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *C Med Psicossom*. 2014;111: 9-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906864>
  20. Shah JL, Scott J, McGorry PD, Cross SPM, Keshavan MS, Nelson B, et al. Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. *World Psychiatry*. 2020;19(2):233-42. PMID: 32394576 DOI: 10.1002/wps.20745
  21. Sherman P. Administrative update. Computer-Assisted Creation of Psychiatric Advance Directives. *Community Ment Health J*. 1998;34(4):351-62. PMID: 9693864 DOI: 10.1023/a:1018731922671
  22. Srebnik D, Appelbaum PS, Russo J. Assessing Competence to Complete Psychiatric Advance Directives with the Competence Assessment Tool for Psychi-



- atric Advance Directives. *Compr Psychiatry*. 2004;45(4):239-45. PMID: 15224265 DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.03.004
23. Widdershoven G, Berghmans R. Advance directives in psychiatric care: a narrative approach. *J Med Ethics*. 2001;27(2):92-7. PMID: 11314165 DOI: 10.1136/jme.27.2.92
24. Zaragoza-Martí MF, Juliá-Sanchis R, García-Sanjuán S. El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Rev Bio Der*. 2020;49:25-40. DOI: 10.1344/rbd2020.49.28451



Original

## Mindsets en gamers argentinos: relación con su salud mental, personalidad, experiencias y rendimiento

GUADALUPE DE LA IGLESIA

GUADALUPE DE LA IGLESIA  
CONICET. Universidad de Palermo.  
Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina.  
ORCID: 0000-0002-0420-492X  
gdelaiglesia@gmail.com

**Objetivo:** explorar la relación entre dos tipos de *mindsets*, uno global sobre la inteligencia y la personalidad, y otro específico sobre la habilidad para jugar videojuegos, en *gamers* adultos argentinos. **Materiales y método:** se incluyeron dos muestras: una primera muestra de 201 participantes ( $M_{\text{edad}} = 40.9$  años,  $DE = 15.5$ ; 55.2 % mujeres) para evaluar el *mindset* global, y una segunda muestra de 189 participantes ( $M_{\text{edad}} = 30.1$  años,  $DE = 9.46$ ; 66.1 % varones) para el *mindset* específico. Se analizaron las asociaciones de estos *mindsets* con variables de salud mental, rasgos de personalidad, experiencias de juego y rendimiento autopercebido. **Resultados:** ambos *mindsets* se relacionan positivamente con el bienestar psicológico y negativamente con la sintomatología. Además, se observó que los *gamers* con un *mindset* de crecimiento relacionado a la habilidad para jugar videojuegos tienden a percibir un mejor rendimiento en el juego. Sin embargo, las asociaciones con los rasgos de personalidad y las experiencias de juego no fueron significativas. Finalmente, en un análisis de sendero se observó que el *mindset* de crecimiento sobre la habilidad para jugar videojuegos tiene un efecto directo positivo sobre la salud mental, lo cual, a su vez, impacta en las experiencias positivas al jugar y en el rendimiento autopercebido. **Conclusiones:** estos hallazgos sugieren que fomentar un *mindset* de crecimiento en *gamers* podría tener implicaciones positivas en su salud mental y autopercepción de rendimiento.

**Palabras clave:** Teorías implícitas – Jugadores – Videojuegos – Bienestar psicológico – Sintomatología psicológica

### Mindsets in Argentine Gamers: Relation with their Mental Health, Personality, Experiences and Performance

This study explores the relationship between two types of mindsets—a global mindset regarding intelligence and personality and a specific mindset regarding gaming ability—in a sample of adult Argentine gamers. Two samples were included: the first comprised 201 participants ( $M_{\text{age}} = 40.9$  years,  $SD = 15.5$ ; 55.2 % female) to assess the global mindset, and the second comprised 189 participants ( $M_{\text{age}} = 30.1$  years,  $SD = 9.46$ ; 66.1 % male) and assessed the specific mindset. Associations between these mindsets and variables such as mental health, personality traits, gaming experiences, and self-perceived performance were analyzed. Results show that both mindsets are positively associated with psychological well-being and negatively associated with symptomatology. Additionally, it has been found that gamers with a specific growth mindset related to gaming ability tend to perceive a better gaming performance. However, associations with personality traits and gaming experiences were not significant. A path analysis indicated that the growth mindset regarding gaming ability has a direct positive effect on mental health, which, in turn, impacts on positive gaming experiences and self-perceived performance. These findings suggest that fostering a growth mindset in gamers could have positive implications for their mental health and self-perceived performance.

**Keywords:** Implicit Theories – Players – Video Games – Psychological Well-being – Psychological Symptoms

CORRESPONDENCIA  
Guadalupe de la Iglesia  
gdelaiglesia@gmail.com



## Introducción

El estudio del rol de los *mindsets* en distintas actividades ha cobrado interés debido a la posibilidad de entrenar e incrementar el *mindset* de crecimiento que se asocia predominantemente con resultados positivos [e.g., 20]. Dentro de esta línea de investigación, se ha propuesto que las intervenciones en *mindsets* pueden ser especialmente efectivas cuando se dirigen a grupos con características específicas [e.g. 4,31,36]. En este contexto, resulta relevante analizar cómo se manifiesta esta variable en una población específica como la de los jugadores de videojuegos o *gamers*, dado que es posible que distintos *mindsets* introduzcan variabilidad en la forma en que los *gamers* juegan y experimentan el juego y, además, por el hecho de que los *mindsets* se presentan como una variable factible de ser intervenida para promocionar salud y bienestar.

### Mindsets

Una teoría implícita o *mindset* representa un constructo psicológico que refleja las creencias individuales acerca de la naturaleza de las características o de las capacidades humanas [13,14]. Aunque la mayoría de las investigaciones valoran las teorías implícitas relacionadas a la inteligencia y a la personalidad [e.g. 13,37], las cualidades humanas a las cuales se refiere el *mindset* pueden ser sumamente variadas. Existen investigaciones en las que se han evaluado cuales son las teorías implícitas en cuanto al aprendizaje de matemáticas [11], la creatividad [21], el «emprendedurismo» [9], el liderazgo [19], el *mindset* de equipo [23] e incluso sobre la habilidad para jugar videojuegos [24].

Se han identificado dos tipos de *mindsets*: fijo y de crecimiento. El *mindset* fijo se caracteriza por la creencia de que las características humanas son inmutables y determinadas genéticamente. El *mindset* de crecimiento, por su lado, refiere a la creencia de que las características humanas son maleables y susceptibles de

desarrollo a través del esfuerzo y la experiencia. Este tipo de *mindsets* habilita la posibilidad de cambio y quienes se caracterizan por tener alta presencia de *mindsets* de crecimiento suelen considerar los errores y los desafíos como chances de mejora y desarrollo. Aunque los *mindsets* fijos y de crecimiento se presentan y se suelen estudiar como dos dimensiones separadas, teóricamente pertenecen a un mismo continuo, en donde en un extremo podemos ubicar el *mindset* fijo, referido a la invariabilidad de la característica que se esté evaluando y en el otro el de crecimiento, referido a la posibilidad de que esta sea modificada. Es por ello, que muchas investigaciones utilizan una valoración unidimensional e interpretan puntajes bajos como presencia de *mindset* fijo y puntajes altos como presencia de *mindset* de crecimiento [e.g. 24].

Los *mindsets* han sido estudiados especialmente en cuanto a variables relacionadas a la salud mental y al rendimiento académico y laboral. Se sabe, por ejemplo, que los *mindsets* fijos están asociados a la presencia de sintomatología y a la ausencia de bienestar [28,35], y los de crecimiento, se asocian a un mayor bienestar y menor sintomatología psicológica [5,27,29]. En cuanto al rendimiento académico, las asociaciones con el *mindset* de crecimiento suelen ser positivas aunque modestas [8]. En relación con el rendimiento laboral, se ha encontrado que un *mindset* de crecimiento se asocia a una mejor performance [1]. Es decir, la presencia de *mindsets* de crecimiento parece relacionarse a una mayor salud mental y un mejor rendimiento.

También se ha indagado si los *mindsets* están relacionados a la presencia de rasgos de personalidad. Existen algunas investigaciones que reportan ausencia de relación [26,33] y otras que hallan el *mindset* de crecimiento relacionado de manera positiva con los rasgos de responsabilidad, extraversión y apertura a la experien-



cia, y de manera negativa con el neuroticismo [34]. La asociación entre los rasgos de personalidad y los *mindsets* aún no es completamente clara.

### Mindsets en gamers

La investigación sobre *mindsets* en *gamers* es aún escasa. En el estudio de Lee *et al.* [24], por ejemplo, se halló que los jugadores con un *mindset* de crecimiento buscan mayores desafíos, se concentran más en el juego, muestran menos afectividad negativa y presentan un mejor rendimiento en los videojuegos. En la investigación de Zsila *et al.* [38], se encontró que los jugadores con un *mindset* fijo tienden a tener un mayor uso problemático de videojuegos. Estos hallazgos apuntan a que las intervenciones dirigidas a fomentar un *mindset* de crecimiento podrían tanto mejorar el rendimiento en el juego como reducir el riesgo de un uso problemático de videojuegos.

Asimismo, es importante señalar que las asociaciones varían cuando el *mindset* se evalúa en términos generales en lugar de hacerlo específicamente en relación con la habilidad de jugar videojuegos [24]. Esto sugiere que los estudios en esta población deben examinar si los resultados se mantienen al evaluar teorías implícitas generales (como las relacionadas con la personalidad e inteligencia) o aquellas específicas al uso de videojuegos.

Es en este sentido, que resulta de interés analizar cómo se comporta esta variable en una población específica como la conformada por quienes juegan videojuegos o *gamers*. Es por ello, que en este estudio se propone analizar si el *mindsets* global, referido a la inteligencia y la personalidad, y el *mindset* específico, referido a la habilidad para jugar videojuegos, se encuentran relacionados con la presencia de salud mental, los rasgos de personalidad y las experiencias al jugar videojuegos. Además, se pretende analizar si tienen un vínculo con el rendimiento autopercebido

por el jugador y si funcionan como mediadores entre la personalidad y la salud mental, por un lado, y el rendimiento autopercebido, por el otro.

### Objetivos

Son los siguientes: 1) analizar la relación entre el *mindsets* global y el específico con la salud mental, la personalidad y las experiencias de uso de videojuegos en *gamers*; 2) analizar la relación entre el *mindset* específico sobre la habilidad para jugar videojuegos y el rendimiento autopercebido en *gamers* y 3) analizar el ajuste de un sendero que incluya las variables del diseño.

### Método

#### Participantes

Se utilizaron dos muestras de *gamers*. La primera conformada por 201 *gamers* de edad promedio 40.9 años ( $DE = 15.5$ ,  $Mín = 18$ ,  $Máx = 82$ ), de los cuales 55.2 % eran mujeres ( $n = 111$ ), 43.3 % de varones ( $n = 87$ ), y 1.5 % ( $n = 3$ ) no binario u otro género. El promedio de horas de juego semanal era de 15.2 horas ( $DE = 15.3$ ). En esta muestra se evaluó el *mindset* global que indaga sobre las teorías implícitas en cuanto a la inteligencia y la personalidad. La segunda muestra constituida por 189 *gamers* con una edad promedio de 30.1 años ( $DE = 9.46$ ,  $Mín = 18$ ,  $Máx = 70$ ), de los cuales el 66.1 % eran varones ( $n = 125$ ), el 32.3 % eran mujeres ( $n = 61$ ) y 1.6 % ( $n = 3$ ) no binarios. El promedio de horas de juego semanal era de 13.2 horas ( $DE = 13.5$ ). En esta muestra se indagó sobre un *mindset* específico referido a la teoría implícita sobre la habilidad de jugar videojuegos.

#### Medidas

*Encuesta sociodemográfica y de uso de videojuegos.* Se utilizaron encuestas *ad hoc* para relevar datos sociodemográficos básicos como la edad y el género y la cantidad de horas por semana que jugaban videojuegos.



Escala de Mindsets [13]. Esta escala está compuesta por ocho ítems que se evalúan con un diferencial semántico de once posiciones (0 = totalmente en desacuerdo a 10 = totalmente de acuerdo). Cuatro de esos ítems evalúan teorías implícitas sobre la personalidad y cuatro evalúan teorías implícitas sobre la inteligencia. De cada grupo de ítems dos evalúan mindset de crecimiento y dos evalúan mindset fijo que se pueden combinar en un puntaje global de mindset de crecimiento. Localmente fue adaptada por Eidman y de la Iglesia [15] quienes obtuvieron evidencias de validez y confiabilidad para su uso en adultos argentinos.

*Gaming Mindset Scale* [24]. Esta escala evalúa la teoría implícita sobre la habilidad para jugar videojuegos mediante tres frases que se valoran con una escala Likert de grado de acuerdo que varía entre 1 (*completamente en desacuerdo*) y 6 (*completamente de acuerdo*). Su puntuación global permite valorar el *mindset* de crecimiento específico sobre la habilidad para jugar videojuegos. La consistencia interna para la puntuación total en esta muestra fue de .79.

*Symptom Checklist 27* (SCL-27) [17]. Esta escala es una versión abreviada de la SCL-90-R [12]. Está conformada por 27 ítems que se responden en una escala Likert de cantidad que varía entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*) y a partir de su promedio se puede calcular un índice global de severidad (IGS) como puntaje total de sintomatología. Su objeto es la medición de sintomatología psicológica: agorafobia, depresión, distimia, desconfianza, fobia social y síntomas vegetativos. En este estudio se utilizó la adaptación local de Góngora y Castro Solano [16] que cuenta con evidencias de validez y confiabilidad tanto en población general como clínica.

*The Mental Health Continuum—Short Form* (MHC-SF) [22]. Este instrumento psicométrico está compuesto por 14 elementos

que evalúan bienestar psicológico. Las respuestas posibles varían en una escala Likert de frecuencia que varía entre 0 (*nunca*) a 5 (*todos los días*). Para esta investigación se utilizó la adaptación local de de Lupano Perugini *et al.* [25] que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a su validez y confiabilidad [25].

*Big Five Inventory* (BFI) [18]. Este instrumento consta de 44 ítems y evalúa los cinco rasgos de la personalidad del *Modelo de los cinco grandes factores*: extraversión, amabilidad, responsabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia. En su adaptación en Argentina se obtuvieron evidencias de validez y confiabilidad para su uso en distintas poblaciones, incluyendo adolescentes, adultos no consultantes y personal militar [6,7].

*Escala de experiencia gamer* (GES) [10]. Este instrumento de 18 elementos está basado en la escala original de Snodgrass *et al.* [32] y se utilizó para medir experiencias positivas y negativas en el uso de videojuegos. Los ítems se contestan en una escala Likert de seis opciones de respuesta que varía entre 0 (*no me representa para nada*) y 5 (*me representa completamente*). La escala de experiencias positivas se refiere a la experiencia de incrementar las propias habilidades, fortalecer vínculos y sentir que ser *gamer* es una forma de vida. La de experiencias positivas valora la sensación de pérdida de control, experimentar aislamiento social, obsesiones, afectividad negativa y otros problemas. La medida cuenta con evidencias de validez y confiabilidad para ser utilizada en población argentina [10].

### *Procedimiento*

Este estudio empleó un diseño transversal no experimental, con una recolección de datos realizada a través de una encuesta *online* mediante un muestreo no probabilístico. Los participantes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: (1) ser de nacionalidad argentina, (2) tener 18 años



o más, (3) jugar videojuegos al menos una vez al mes y (4) haber otorgado su consentimiento informado, el cual incluía información sobre los objetivos del estudio, la posibilidad de retirarse en cualquier momento y el manejo confidencial de los datos. No se ofrecieron incentivos para la participación. Se respetaron las recomendaciones éticas internacionales para la investigación con seres humanos [2,3] y lo aprobado por la Ley 25.326 de protección de los datos personales que se ocupa de las implicancias éticas de las investigaciones en salud en las que participen seres humanos, con el fin de proteger sus derechos fundamentales ponderando, a su vez, la necesidad de promover la investigación en salud. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y el Comité de Ética de la Universidad de Palermo.

Análisis de los datos

Para los análisis de asociación se calcularon pruebas *r* de Pearson y en el análisis

de senderos se utilizó el método máxima verosimilitud. El ajuste fue valorado con diversos índices [30]. Se esperaba que los índices CFI y TLI tuvieran valores cercanos a 1, idealmente cercanos a .90 o .95, el SMRS debía ser menor a .05 y el RMSEA inferior a .08. Además, se esperaba que el  $\chi^2$ , no fuera estadísticamente significativo aunque se asume esto es usual en muestras con *n* > 200. Se utilizó el software estadístico de código abierto Jamovi en su versión 2.2.5.<sup>1</sup>

Resultados

Para explorar las relaciones de las variables incluidas en este estudio se calcularon correlaciones bivariadas *r* de Pearson entre los *mindsets* (globales y específico), la salud mental, los rasgos de personalidad y las experiencias de uso de videojuegos. Tal como se puede observar en la tabla 1, ambos tipos de *mindset* se asociaron de manera negativa con la presencia

1 Jamovi, 2024 disponible en: <https://www.jamovi.org>.

Tabla1. Correlaciones bivariadas entre los *mindsets*, salud mental, personalidad y experiencias de uso de videojuegos

Titular	Mindset	
	Global (inteligencia y personalidad)	Específico (habilidad para jugar videojuegos)
Salud mental		
Sintomatología	-.15*	-.15*
Bienestar	.24***	.14*
Continuo salud mental	.23**	.18*
Personalidad		
Apertura a la experiencia	.23***	.10 <sup>ns</sup>
Responsabilidad	-.01 <sup>ns</sup>	.01 <sup>ns</sup>
Extraversión	.01 <sup>ns</sup>	.01 <sup>ns</sup>
Agradabilidad	.14*	.08 <sup>ns</sup>
Neuroticismo	-.22**	-.14 <sup>ns</sup>
Experiencias de uso de videojuegos		
Positivas	.02 <sup>ns</sup>	.04 <sup>ns</sup>
Negativas	.10 <sup>ns</sup>	-.03 <sup>ns</sup>
Índice global	.11 <sup>ns</sup>	-.08 <sup>ns</sup>

Nota: \*\*\* *p* < .001 \*\* *p* < .01, \* *p* < .05, <sup>ns</sup> no significativo



de sintomatología y de manera positiva con el bienestar. En el caso de la valoración conjunta de la salud mental (continuo) se hallaron relaciones positivas en ambos casos. Al analizarse los rasgos de personalidad, la mayoría de las asociaciones no fueron estadísticamente significativas. Las excepciones se dieron con el *mindset* global que presentó una relación positiva con el rasgo apertura a la experiencia y una negativa con neuroticismo. En relación con las experiencias de uso de videojuegos, ninguna de las asociaciones fue estadísticamente significativa.

Además, se analizó si tener un *mindset* de crecimiento en cuanto a la habilidad de jugar videojuegos se relacionaba con el rendimiento autopercebido al jugar. En este caso, se encontró una asociación positiva ( $r = .15$ ,  $p = .038$ ). Al analizarse con cada frase en particular se observó que la asociación se daba con aquella que enunciaba «Se pueden aprender cosas nuevas, pero no se puede modificar la habilidad que se tiene para jugar videojuegos». Esta frase estaba codificada de manera inversa para medir *mindset* de crecimiento, es decir, tenían mayor autopercepción de rendimiento quienes pensaban que la habilidad para jugar es modificable y se puede incrementar ( $r = .17$ ,  $p = .021$ ).

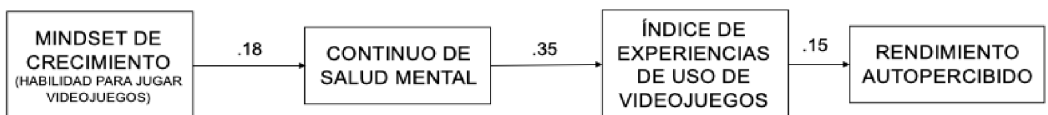
Por último, se analizó un sendero en donde se puso a prueba un modelo que tenía como variable exógena el *mindset* específico de crecimiento sobre la habilidad

para jugar videojuegos y como variable de salida el rendimiento autopercebido. Considerando los antecedentes citados sobre el tema [5,24,26,27,28,33,35,38] y los hallazgos obtenidos en los análisis precedentes, se seleccionaron como variables mediacionales a los índices de salud mental y de experiencias de uso de videojuegos. El modelo presentó un buen ajuste,  $X^2 = 38.84$ ,  $p < .01$ , CFI = .966, TLI = .931, SRMR = .041, RMSEA = .045.

Como se puede ver en la figura 1, todos los senderos resultaron ser positivos y estadísticamente significativos ( $p < .001$ ). El *mindset* de crecimiento tenía un efecto directo sobre el continuo de salud mental el cual, a la vez, tenía un efecto sobre el índice de experiencias de uso de videojuegos que, finalmente, tenía un efecto sobre el rendimiento autopercebido al jugar. El modelo explicaba el 2.3 % de la varianza y, a pesar de que todos los efectos directos por separado eran estadísticamente significativos, el efecto indirecto del *mindset* de crecimiento sobre el rendimiento autopercebido no lo era ( $p > .05$ ).

## Discusión

El objetivo general de esta investigación fue analizar dos tipos de *mindsets*, uno global referido a las teorías implícitas sobre la personalidad y la inteligencia, y uno específico sobre la habilidad de jugar videojuegos en población de *gamers*. Se analizó su vínculo con variables de salud mental, personalidad y experiencias de uso de videojuegos en



—  $p < .05$

**Figura 1. Análisis de sendero entre *mindset* de crecimiento sobre la habilidad para jugar videojuegos y el rendimiento autopercebido al jugar videojuegos**



*gamers* y, además, se exploró la asociación entre el *mindset* específico y el rendimiento autopercebido en el juego. Finalmente, se evaluó la función mediadora del *mindset* entre la salud mental y rendimiento.

En cuanto al primer objetivo, relacionado con la salud mental y los *mindsets*, se encontró que ambos tipos de *mindset* se asociaban de manera positiva con el bienestar y de forma negativa con la sintomatología psicológica. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que han establecido una relación entre un *mindset* de crecimiento y mejores indicadores de salud mental [5,27,28,35]. En general, se hipotetiza que esto puede deberse a que la presencia de *mindset* de crecimiento se caracteriza por una mayor sensación de control tanto conductual como emocional, lo que podría impactar en la presencia de sintomatología [27]. Sujetos con bajo *mindset* de crecimiento, más tendientes a un *mindset* fijo, posiblemente experimenten desesperanza y falta de control sobre lo que les ocurre, favoreciéndose así la presencia de sintomatología psicológica y la carencia de bienestar. Además, se ha encontrado una asociación positiva entre los *mindsets* de crecimiento y las estrategias de afrontamiento del estrés positivas, lo que también podría favorecer la presencia de estados psicológicos saludables [5].

En particular, en cuanto al *mindset* específico sobre la habilidad para jugar videojuegos, la relación esperada entre el *mindset* y la salud mental, se sostuvo. Esto coincide con los hallazgos de Lee *et al.* [24] quienes habían encontrado menor presencia de afectividad negativa cuando los *gamers* presentaban más *mindset* de crecimiento sobre la habilidad para jugar videojuegos. Estos resultados sugieren que quienes creen que la habilidad para jugar videojuegos es maleable y se puede incrementar presentan, a la par, mejor salud mental. En este punto, los videojuegos resultarían un terreno fértil en donde los jugadores tendrían la oportunidad de aprender, mejorar

e intentar superar desafíos en mundos virtuales en los que, en caso de fallar, las consecuencias no implicarían un perjuicio.

En el segundo objetivo, se exploró la relación entre los *mindsets* y los rasgos de personalidad. Los resultados indican que la mayoría de las asociaciones no fueron significativas lo cual replica lo reportado en investigaciones precedentes [26,33]. Las únicas asociaciones significativas fueron con el *mindset* global que se relacionó de manera positiva con el rasgo apertura a la experiencia y negativa con el rasgo neuroticismo. Estos resultados replican parcialmente lo reportado por Tucker-Drob *et al.* [34]. Se podría pensar que el rasgo apertura a la experiencia, que se caracteriza por la curiosidad y la disposición a probar cosas nuevas, podría favorecer la creencia en la posibilidad de cambio y desarrollo, algo que iría en línea con el *mindset* de crecimiento. En cuanto al rasgo neuroticismo, es posible que quienes presentan menor estabilidad emocional perciban el cambio como un proceso más desafiante o incierto, e incluso inmodificable, lo cual va en línea con los hallazgos relacionados con la salud mental. En relación con el *mindset* específico sobre la habilidad de jugar videojuegos, ninguna de las asociaciones fue estadísticamente significativa lo que replica los antecedentes sobre el tema y sugiere que los rasgos de personalidad y este tipo particular de teoría implícita son variables independientes.

Además, no se hallaron relaciones entre los *mindsets* y las experiencias de uso de videojuegos. En cuanto a este análisis, no existía un antecedente específico con el cual compararlo, aunque se podría realizar un paralelismo entre las experiencias negativas y las de quienes tienen un uso problemático de videojuegos. En este punto los hallazgos de Zsila *et al.* [38] indicaban que la asociación con el *mindset* de crecimiento era negativa algo que no se replicó en esta muestra. Esto puede deberse a que tal asociación no existe o al tamaño de la muestra



que, a pesar de ser numeroso, podría carecer de la potencia estadística para detectar un efecto pequeño.

En el tercer objetivo, se analizó el vínculo entre el *mindset* específico sobre la habilidad de jugar videojuegos y el rendimiento autopercebido y se encontró una asociación positiva. Este hallazgo sugiere que los *gamers* que creen que la habilidad para jugar videojuegos es maleable y entrenable tienden a valorar más positivamente su rendimiento. Esto coincide con los antecedentes en cuanto al rendimiento en términos generales [1,8], y en relación a con la performance específica dentro de los videojuegos [24]. Los *gamers* que creen que con esfuerzo y práctica pueden mejorar su habilidad de juego perciben, a la par, un mejor rendimiento al jugar. Nuevamente, estamos en una situación en la que se ven favorecidos quienes perciben que los errores y fracasos dentro del juego se presentan como una oportunidad para aprender. El *mindset* de crecimiento podría funcionar como un factor protector en población *gamer*.

Finalmente, se puso a prueba un análisis de sendero en donde se proponía una cadena de efectos que se iniciaba en el *mindset* de crecimiento específico y finalizaba en el rendimiento autopercebido al jugar. Tanto el modelo como los efectos directos presentaron el ajuste esperado de acuerdo a los hallazgos parciales reportados en los antecedentes que incluían las variables bajo análisis [5,24,27,28,35,38]. El *mindset* de crecimiento específico sobre la habilidad para jugar videojuegos presentó un efecto directo sobre el continuo de salud mental. Es decir, los *gamers* que creían que su habilidad para jugar videojuegos era modificable y podía entrenarse presentaban un mayor nivel de salud mental. A la vez, quienes tenían mayores niveles de salud mental tenían mayores experiencias positivas al jugar videojuegos, replicando también los antecedentes relacionados al tema. Y, finalmente, quienes tenían mayores experiencias positivas al jugar videojuegos

tenían una autopercepción de rendimiento al jugar que era superior. A pesar de que el efecto indirecto entre el *mindset* y el rendimiento autopercebido no fue estadísticamente significativo, la cadena causal presentó un buen ajuste y todos los efectos directos fueron significativos y en la dirección esperada.

### *Limitaciones y futuras líneas de investigación*

Respecto a las limitaciones del estudio, es importante señalar que se utilizó una muestra no probabilística y limitada a *gamers* adultos de Argentina, lo cual limita la generalización de los hallazgos. Asimismo, el diseño transversal no permite establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Futuros estudios podrían abordar estas limitaciones mediante un diseño longitudinal y muestras más diversas, explorando además si las intervenciones en *mindsets* específicos pueden influir en el rendimiento y en el bienestar de los *gamers*.

### **Conclusión**

Este estudio aporta evidencia sobre el rol de los *mindsets* en la población *gamer*. Los *gamers* con un *mindset* de crecimiento tanto global como específico en cuanto a la habilidad de jugar videojuegos presentan, a la vez, mejores indicadores de salud mental y una mayor percepción de rendimiento en los videojuegos. Es posible que el proceso de juego se presente, para quienes tienen *mindsets* de crecimiento, como una oportunidad para mejorar y desarrollarse. Estos hallazgos sugieren posibles líneas de intervención enfocadas en el desarrollo de *mindsets* de crecimiento, lo cual podría tener implicaciones tanto para salud mental como para la experiencia al jugar.

### **Financiamiento**

El presente trabajo fue subsidiado mediante el proyecto PICT 2020 SERIE A, Código 0181 de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación, y el proyecto PIBAA 2022-2023, Código 28720210100431CO del



Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

### Consideraciones éticas

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

(CONICET) y el Comité de Ética de la Universidad de Palermo.

### Declaración de conflicto de intereses

Guadalupe de la Iglesia es socia de la Asociación de Desarrolladores de Videojuegos Argentina (ADVA)

## Referencias

1. Abun D, Basilio GJQ, Fredolin JP, Magallanes T. The effect of entrepreneurial mindset, work environment on employees' work performance. *Int J Res Bus Soc Sci.* 2022;11(4):77-94. DOI: 10.20525/ijrbs.v11i4.1839
2. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Internet]. Washington, DC.: American Psychological Association; 2017. Available from: <https://www.apa.org/ethics/code>
3. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire, Fr. Asociación Médica Mundial; 2013. Disponible en: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2024/10/DOH-Oct-2013\\_S.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2024/10/DOH-Oct-2013_S.pdf)
4. Burnette JL, Billingsley J, Banks GC, Knouse LE, Hoyt CL, Pollack JM, Simon S. A systematic review and meta-analysis of growth mindset interventions: For whom, how, and why might such interventions work? *Psychol Bull.* 2023;149(3-4):174-205. PMID: 36227318 DOI: 10.1037/bul0000368
5. Burnette JL, Knouse LE, Vavra DT, O'Boyle E, Brooks MA. Growth mindsets and psychological distress: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2020;77:101816. PMID: 32163802 DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101816
6. Castro Solano A. Técnicas de evaluación psicológica para ámbitos militares. Buenos Aires: Paidós; 2005.
7. Castro Solano A, Casullo MM. Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria.* 2001;18(1):65-85. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18011326003.pdf>
8. Costa A, Faria L. Implicit theories of intelligence and academic achievement: A meta-analytic review. *Front Psychol.* 2018;9:829. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00829
9. Davis MH, Hall JA, Mayer PS. Developing a new measure of entrepreneurial mindset: Reliability, validity, and implications for practitioners. *Consul Psychol J.* 2016;68(1):21-48. DOI: 10.1037/cpb0000045
10. de la Iglesia G. Experiencias en el Uso de Videojuegos en Gamers Argentinos. *Psykhé.* 2024;33(2):1-13. DOI: 10.7764/psykhe.2022.50493
11. Degol JL, Wang MT, Zhang Y, Allerton J. Do growth mindsets in math benefit females? Identifying pathways between gender, mindset, and motivation. *J Youth Adolesc.* 2018;47(5):976-90. DOI: 10.1007/s10964-017-0739-8
12. Derogatis LR. SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual - II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
13. Dweck CS. Mindset: The new psychology of success. New York: Random House; 2006.
14. Dweck CS, Yeager DS. Mindsets: A view from two eras. *Perspect Psychol Sci.* 2019;14(3):481-96. PMID: 30707853 DOI: 10.1177/1745691618804166
15. Eidman L, de la Iglesia G. Análisis psicométricos de una Escala de Mindsets en población Argentina. *Evaluar.* 2025;25(1):1-18. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revavalar/article/download/49735/50011/216086>
16. Góngora V, Castro Solano A. Validación del SCL-27 en población general y en población clínica argentina. *Rev Psicodebate Psicol Cult Soc.* 2021;21(1):49-60. DOI:10.18682/pd.v21i1.4018
17. Hardt J, Gerbershagen HU. Cross-validation of the SCL-27: a short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *Eur J Pain.* 2021;5(2):187-97. PMID: 11465984 DOI: 10.1053/eujp.2001.0231
18. John OP, Donahue EM, Kentle RL. The Big Five Inventory – Versions 4a and 54. Berkeley, CA: University of California, Institute of Personality and Social Research; 1991.



19. Kangas NM, Kumar VK, Moore BJ, Flickinger CA, Barnett JL. Development of a Leadership Mindset Scale. *J Leadership Educ.* 2023;22(1):77-95. DOI: 10.12806/V22/I1/R5
20. Kapasi A, Pei J. Mindset theory and school psychology. *Can J Sch Psychol.* 2022;37(1):57-74. DOI: 10.1177/08295735211053961
21. Karwowski M. Creative mindsets: Measurement, correlates, consequences. *Psychol Aesthet Creat Arts.* 2014;8(1):62-70. DOI: 10.1037/a0034898
22. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(3):539-48. PMID: 15982151 DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539
23. Kim M, Han SJ, Kim J. A short-form of team mindset scale: Using psychometric properties of the items. *Front Psychol.* 2023;13:1063541. PMID: 36687956 DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1063541
24. Lee YH, Heeter C, Magerko B, Medler B. Gaming mindsets: Implicit theories in serious game learning. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2012;15(4):190-4. PMID: 22165916 DOI: 10.1089/cyber.2011.0328
25. Lupano Perugini ML, de la Iglesia G, Castro Solano A, Keyes MC. The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Eur J Psychol.* 2017;13(1):93-108. PMID: 28344677 DOI: 10.5964/ejop.v13i1.1163
26. Rammstedt B, Gruning DJ, Lechner CM. Measuring growth mindset: Validation of a three-item and a single-item scale in adolescents and adults. *Eur J Psychol Assess.* 2022;40(1):84-95. DOI: 10.1027/1015-5759/a000735
27. Schleider JL, Weisz JR. Reducing risk for anxiety and depression in adolescents: Effects of a single-session intervention teaching that personality can change. *Behav Res Ther.* 2016;87:170-81. PMID: 27697671 DOI: 10.1016/j.brat.2016.09.011
28. Schroder HS, Callahan CP, Gornik AE, Moser JS. The fixed mindset of anxiety predicts future distress: A longitudinal study. *Behav Ther.* 2019;50(4):710-7. PMID: 31208681 DOI: 10.1016/j.beth.2018.11.001
29. Schroder HS, Yalch MM, Dawood S, Callahan CP, Donnellan MB, Moser JS. Growth mindset of anxiety buffers the link between stressful life events and psychological distress and coping strategies. *Pers Individ Dif.* 2017;110:23-6. DOI: 10.1016/j.paid.2017.01.016
30. Schumaker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. 4<sup>th</sup>. ed. New York: Routledge; 2016.
31. Sisk VF, Burgoyne AP, Sun J, Butler JL, Macnamara BN. To what extent and under which circumstances are growth mind-sets important to academic achievement? Two meta-analyses. *Psychol Sci.* 2018;29(4):549-71. PMID: 29505339 DOI: 10.1177/0956797617739704
32. Snodgrass JG, Dengah HJF, Lacy MG, Bagwell A, Oostenburg MV, Lende D. Online gaming involvement and its positive and negative consequences: A cognitive anthropological "cultural consensus" approach to psychiatric measurement and assessment. *Comput Human Behav.* 2017;66:291-302. DOI: 10.1016/j.chb.2016.09.025
33. Troche SJ, Kunz A. The factorial structure and construct validity of a German translation of Dweck's implicit theories of intelligence scale under consideration of the wording effect. *Psychol Test Assess Model.* 2020;62(3):386-403. DOI: 10.1037/t83089-000
34. Tucker-Drob EM, Briley DA, Engelhardt LE, Mann FD, Harden KP. Genetically-mediated associations between measures of childhood character and academic achievement. *J Pers Soc Psychol.* 2016;111(5):790-815. PMID: 27337136 DOI: 10.1037/pspp0000098
35. Waithaka AG, Furniss TM, Gitimu PN. College Student Mind-Set: Does Student-Parental Relationship Influence the Student's mind-set? *Res High Educ J.* 2017;31:1-16 Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1148938.pdf>
36. Yeager DS, Dweck CS. What can be learned from growth mindset controversies? *Am Psychol.* 2020;75(9):1269-84. PMID: 33382294 DOI: 10.1037/amp0000794
37. Yeager DS, Trzesniewski KH, Tirri K, Nokelainen P, Dweck CS. Adolescents' implicit theories predict desire for vengeance after peer conflicts: correlational and experimental evidence. *Dev Psychol.* 2011;47(4):1090-107. PMID: 21604865 DOI: 10.1037/a0023769
38. Zsila Á, Aruguete MS, Shabahang R, Orosz G. Are gaming skills set in stone? Exploring the associations between mindset, passion, and gaming disorder. *Pers Individ Dif.* 2023;202:111996. DOI: 10.1016/j.paid.2022.111996



Original

## Correlatos psicológicos del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria según sexo e índice de masa corporal en estudiantes universitarios mexicanos

PAOLA ISABEL GUERRERO ISLAS, REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA, MARÍA DE LAS MERCEDES MORALES BRISEÑO, LILIÁN ELIZABETH BOSQUES-BRUGADA

PAOLA ISABEL GUERRERO ISLAS.  
Universidad Autónoma del  
Estado de Hidalgo,  
Instituto de Ciencias de la Salud.  
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México;  
gu453228@uaeh.edu.mx

REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA.  
Universidad Autónoma del  
Estado de Hidalgo,  
Instituto de Ciencias de la Salud.  
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México;  
rguzman@uaeh.edu.mx

MARÍA DE LAS MERCEDES  
MORALES BRISEÑO.  
Universidad Anáhuac.  
Querétaro México;  
mercedes.morales@anahuac.mx

LILIÁN ELIZABETH BOSQUES-BRUGADA  
Universidad Anáhuac.  
Querétaro México;  
lilian\_bosques@uaeh.edu.mx

**Introducción:** los trastornos de la conducta alimentaria son condiciones complejas influenciadas por factores fisiológicos y psicológicos entre ellos el sexo y el índice de masa corporal (IMC). El objetivo de este estudio fue identificar los correlatos psicológicos del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en función del sexo y el IMC en estudiantes universitarios mexicanos. **Materiales y métodos:** se empleó un diseño no experimental, transversal y descriptivo. Se calculó el IMC a partir de mediciones de peso y talla, y se evaluaron factores psicológicos de riesgo mediante el *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3). La muestra fue de 126 estudiantes (57.9 % mujeres y 42.1 % hombres) de entre 18 y 23 años ( $M = 18.0$ ,  $DE = 1.20$ ), de una universidad pública en Hidalgo, México. **Resultados:** se identificaron diferencias significativas en las variables psicológicas en función del sexo y del IMC las mujeres reportaron niveles más altos en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e inseguridad interpersonal. El miedo a la madurez fue el factor más elevado en ambos sexos. Además, un mayor IMC se asoció con puntuaciones más altas en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, baja autoestima y perfeccionismo. **Conclusiones:** los hallazgos destacan la necesidad de estrategias de prevención y detección temprana en poblaciones universitarias.

**Palabras clave:** Riesgo psicológico – Indicadores de peso corporal – Diferencias por sexo – “Población Universitaria – Prevención

### Psychological Correlates of Eating Disorder Risk Based on Sex and Body Mass Index in Mexican University Students

**Introduction.** Eating disorders are complex conditions influenced by psychological and physiological factors, including sex and body mass index (BMI). **Objective.** This study aimed to identify psychological correlates of eating disorder risk based on sex and BMI among Mexican university students. **Materials and Methods.** A non-experimental, cross-sectional, and descriptive design was employed. BMI was calculated from measured weight and height, and psychological risk factors were assessed using the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). The sample consisted of 126 students from a public university in the state of Hidalgo, Mexico, including 57.9% women ( $n = 73$ ) and 42.1% men ( $n = 53$ ), aged 18 to 23 years ( $M = 18.0$ ,  $SD = 1.20$ ). **Results.** Significant differences were found in psychological variables related to eating disorder risk, primarily based on sex and BMI. Women reported higher levels of drive for thinness, body dissatisfaction, and interpersonal insecurity. Fear of maturity was the most elevated factor in both sexes. Additionally, higher BMI was associated with increased scores in drive for thinness, body dissatisfaction, bulimia, low self-esteem, and perfectionism. **Conclusions.** Findings underscore the need for targeted prevention and early detection strategies in university populations.

**Keywords:** Psychological Risk – Body Weight Indicators – Sex Differences – University Student Population – Preventio

Correspondencia  
Rebeca María Elena Guzmán Saldaña;  
rguzman@uaeh.edu.mx



## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCAIA) constituyen un grupo de condiciones caracterizadas por alteraciones persistentes en los patrones de ingesta de alimentos, lo que genera un consumo o absorción disfuncional de los alimentos, afectando significativamente tanto la salud física como el funcionamiento psicosocial del individuo [1]. Entre los trastornos más comunes se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

La prevalencia global de los TCAIA representa un problema significativo de salud pública. Según Nieto [25] aproximadamente el 9 % de la población mundial presenta algún tipo de TCAIA, lo que equivale a cerca de 70 millones de personas. En el contexto mexicano, la situación resulta aún más preocupante: Cuevas *et al.* [9] señalan que alrededor del 25 % de la población manifiesta algún trastorno de la conducta alimentaria, siendo los jóvenes el 7.5 % de este total.

Estudios realizados en población joven adulta han aportado hallazgos relevantes, Téllez Islas *et al.* [32] reportaron que el 12.84 % de los participantes entre 18 y 29 años presentaban riesgo de desarrollar un TCAIA, mientras que un 64.69 % exhibía conductas alimentarias de riesgo (CAR [21]) Estos datos reflejan una alta vulnerabilidad en este grupo etario frente a los trastornos alimentarios.

La etiología de los TCAIA es ampliamente multifactorial. La Comunidad de Madrid [8] identifica factores interrelacionados de orden biológico, psicológico, familiar y cultural que explican tanto la complejidad de su manifestación como las dificultades en su prevención y tratamiento. Canals [5] refiere que la presencia de trastornos emocionales como ansiedad o depresión puede anteceder el desarrollo de TCAIA.

Por otro lado, Choéz Plúa [7] destaca que ambientes familiares rígidos, con problemas de comunicación y énfasis en la apariencia física, representan condiciones que favorecen la aparición de estos trastornos. Desde un enfoque individual, Garner [20] propone una clasificación basada en experiencias traumáticas y otros factores personales, identifica como factores de riesgo de nivel bajo a medio el abuso físico, la pérdida por muerte y el abuso sexual, en un nivel medio, la depresión, ansiedad y una regulación emocional deficiente; y en un nivel alto, el perfeccionismo, la preocupación excesiva por el peso, la insatisfacción corporal, la baja autoestima, la inseguridad personal y distorsiones cognitivas. Garner también subraya que la adolescencia representa una etapa de alta vulnerabilidad para el desarrollo de TCAIA.

Durante la adolescencia, confluyen transformaciones corporales y la construcción de la identidad personal. Este proceso puede derivar en preocupaciones excesivas por el peso y la imagen corporal, facilitando la adopción de patrones alimentarios disfuncionales [4]. Además, el aumento en el consumo de alimentos ultraprocesados y los cambios en el estilo de vida influenciados por factores como el entorno familiar, los grupos de pares y los medios de comunicación han alterado significativamente los hábitos alimentarios en la población joven [23].

En estudios que han empleado el *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3* (EDI-3, por sus siglas en inglés), las dimensiones con puntuaciones más elevadas han sido obsesión por la delgadez y miedo a la madurez, mientras que bulimia mostró las puntuaciones más bajas. Estos hallazgos se relacionan con la presión social ejercida sobre las mujeres para ajustarse a ideales corporales socialmente aceptados [29]. En una investigación con gimnastas, Salas [30] encontró que el 52.6 % presentaba riesgo de desarrollar TCAIA, siendo las mujeres quienes puntuaron más



alto en obsesión por la delgadez. Resultados similares fueron reportados por Vindas *et al.* [35] quienes identificaron diferencias significativas únicamente en dicha escala, con puntajes más altos en mujeres.

Aunque históricamente los TCAIA han sido más prevalentes en mujeres, investigaciones recientes evidencian un aumento en los casos reportados por hombres. Por ejemplo, Ganoza [15] documentó puntuaciones más elevadas en problemas interpersonales en varones, mientras que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en bulimia, perfeccionismo y miedo a madurar. Del Giudice [10] encontró puntuaciones similares entre ambos sexos en ascetismo, deseo por adelgazar y desconfianza interpersonal. En el estudio de Ramírez y Zerpa [27] los hombres presentaron puntuaciones más altas en bulimia, lo que refuerza la idea de que la presión social por alcanzar una figura ideal también afecta a esta población, aunque de forma diferenciada. Las teorías actuales sugieren que los hombres tienden a preocuparse más por la imagen corporal, mientras que las mujeres presentan mayor preocupación por la pérdida de peso.

Las diferencias por sexo en la manifestación de los TCAIA pueden atribuirse, en parte, a la influencia de estereotipos culturales. Ramírez *et al.* [28] señalan que dichos estereotipos promueven ideales corporales específicos —musculosos en hombres y delgados en mujeres—, que ejercen presión sobre ambos sexos. Además, sus hallazgos muestran niveles más altos de autoconcepto en hombres, posiblemente explicados por normas sociales y expectativas diferenciadas de género.

Los TCAIA generan consecuencias severas en la salud física y mental. Desde el punto de vista médico, pueden presentarse complicaciones cardiovasculares, derrames pericárdicos, y en casos extremos, desenlaces fatales asociados con la desnutrición y la pérdida extrema de

peso [13]. En el plano psicosocial, se asocian frecuentemente con aislamiento, baja autoestima, conflictos interpersonales y elevada comorbilidad psiquiátrica, incluyendo depresión, ansiedad, conductas obsesivo-compulsivas, abuso de sustancias, agresividad y riesgo suicida [17].

Ahora bien, el índice de masa corporal (IMC) es un indicador fundamental del estado nutricional que ha mostrado correlación significativa con el riesgo de desarrollar TCAIA. Santana y García [16] indican que un IMC elevado se asocia con mayor probabilidad de desarrollar estos trastornos. Galván Bárcenas *et al.* [14] reportaron hallazgos similares, destacando que individuos con IMC más alto tienden a experimentar mayor preocupación corporal, prácticas dietéticas restrictivas y temor al aumento de peso, incluso cuando se encuentran dentro de un rango considerado saludable.

Esta relación entre IMC y TCAIA adquiere particular relevancia en el contexto universitario, donde factores como el cambio de sus hábitos alimentarios, rutinas, estrés académico, vida independiente y la inactividad física pueden intensificar la vulnerabilidad a los trastornos alimentarios, especialmente en estudiantes con IMC elevado [3].

En síntesis, la literatura científica revisada resalta la relevancia epidemiológica de los TCAIA, especialmente en adultos jóvenes. La etiología multifactorial de estos trastornos, sus consecuencias graves, las diferencias de género en su expresión y su vínculo con el IMC, justifican la necesidad de investigarlos en poblaciones específicas. En este sentido, el presente estudio se enfocó en estudiantes universitarios del estado de Hidalgo, México. El objetivo fue evaluar factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria considerando el sexo e índice de masa corporal de los participantes.



## Método

### *Tipo de estudio*

La presente es una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo; con un diseño no experimental, transversal.

### *Participantes*

Se estableció muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño muestral se determinó *a priori* mediante un análisis de potencia estadística realizado con el software G\*Power 3.1 [12] considerando un tamaño del efecto medio ( $d = .50$ ), un nivel de significancia de .05 y una potencia estadística de .80. De esta manera, la muestra quedó conformada con la participación de 126 estudiantes de licenciatura en psicología de una institución pública de educación superior ubicada en el estado de Hidalgo, México. La muestra estuvo compuesta por 57.9 % ( $n = 73$ ) mujeres y 42.1 % ( $n = 53$ ) hombres, con edades entre 18 y 23 años ( $M = 18.0$ ,  $DE = 1.20$ ).

Los criterios de inclusión fueron: 1) estar matriculado como estudiante regular en la licenciatura en psicología y 2) haber firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión incluyeron: 1) recibir tratamiento actual por trastornos alimentarios, 2) presentar condiciones médicas que afectaran significativamente el peso corporal, 3) encontrarse en periodo de embarazo o lactancia, y 4) utilizar marcapasos u otros dispositivos médicos incompatibles con las mediciones antropométricas.

### *Instrumentos y materiales*

Encuesta sociodemográfica. Se empleó una encuesta estructurada compuesta por 12 ítems, diseñada para recopilar información sobre edad, sexo, estado civil, composición familiar, situación laboral, procedencia geográfica y condición de residencia (local o foráneo). La validez de contenido fue evaluada mediante juicio de expertos, obteniendo un índice de validez

de contenido (CVR) de .85. Esta herramienta permitió caracterizar a la población y establecer distinciones relevantes para análisis comparativos.

*Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3 (EDI-3)*. Desarrollado por Garner [19] y validado para población mexicana por Ochoa [26] el EDI-3 cuenta con propiedades psicométricas reportadas por Elosua *et al.* [11], incluyendo consistencia interna aceptable ( $\alpha = .76$  a  $.91$ ) y validez convergente adecuada ( $r = .68$  a  $.83$ ). El instrumento está conformado por 91 ítems con formato de respuesta tipo Likert de seis puntos (0 = nunca a 5 = siempre), organizados en 12 dimensiones distribuidas en dos categorías:

A) *Escalas específicas de trastornos alimentarios*: obsesión por la delgadez: preocupación excesiva por la dieta y el peso corporal; bulimia: propensión a episodios de atracones y conductas compensatorias; e insatisfacción corporal: descontento con la forma y el tamaño del cuerpo.

B) *Escalas psicológicas generales*: baja autoestima: percepción negativa de sí mismo; alienación personal: sentimientos de vacío y desconexión emocional; inseguridad interpersonal: incomodidad y dificultad en relaciones sociales; desconfianza interpersonal: reticencia a establecer vínculos; déficit interoceptivo: dificultad para reconocer estados emocionales internos; desajuste emocional: impulsividad e inestabilidad afectiva; perfeccionismo: búsqueda rígida de estándares personales elevados; ascetismo: tendencia al autocontrol y la autoimposición de restricciones; y miedo a la madurez: deseo de regresar a la seguridad de la infancia.

Las puntuaciones directas fueron transformadas a puntuaciones T, de acuerdo con los baremos para población mexicana no clínica establecidos en el manual técnico del instrumento.



### *Composición corporal*

**Índice de masa corporal (IMC).** El estado nutricional se evaluó mediante el cálculo del IMC con la fórmula: peso (kg)/talla<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). Las mediciones se realizaron utilizando un analizador de composición corporal InBody 270 validado frente al método de referencia DEXA ( $r = .94$  [24]). La clasificación del IMC siguió los criterios del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [6] adaptados a población adulta mexicana, con los siguientes rangos: bajo peso ( $< 18.5$  kg/m<sup>2</sup>), peso saludable ( $18.5$ – $24.9$  kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso ( $25.0$ – $29.9$  kg/m<sup>2</sup>), obesidad ( $30.0$ – $34.9$  kg/m<sup>2</sup>) y obesidad severa ( $\geq 35.0$  kg/m<sup>2</sup>).

### *Procedimiento*

La recolección de datos se llevó a cabo en dos fases. En la primera, se realizó una presentación informativa en las aulas, donde se explicaron los objetivos del estudio, el procedimiento y los criterios éticos. Los estudiantes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado, asegurando la confidencialidad y voluntariedad de su participación.

Posteriormente, se aplicaron el EDI-3 y la encuesta sociodemográfica de forma grupal, en sesiones controladas de 40 minutos. Durante estas sesiones, el equipo de investigación estuvo presente para resolver dudas y garantizar la correcta comprensión de los ítems.

En la segunda fase, se agendaron evaluaciones antropométricas individuales. A los participantes se les proporcionaron instrucciones previas, como: no portar objetos metálicos, vestir ropa ligera y mantenerse hidratados. Las mediciones se realizaron en un espacio acondicionado para garantizar la privacidad, siguiendo el protocolo técnico del fabricante del equipo InBody.

### *Procesamiento y análisis de los datos*

Los datos fueron codificados y digitalizados mediante doble entrada para minimizar

errores de transcripción. Se utilizó el software IBM SPSS Statistics, versión 21 en español, para realizar los análisis estadísticos.

Primero se aplicaron análisis descriptivos para caracterizar la muestra, mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias para las variables categóricas. Las puntuaciones del EDI-3 fueron interpretadas conforme al manual para población mexicana. El IMC se calculó conforme a la fórmula estandarizada y se categorizó siguiendo los lineamientos de los CDC (Communicable Disease Centers de los Estados Unidos) [6]. De igual forma, para identificar las posibles deferencias de los factores de estudio por sexo, se realizaron pruebas  $t$  de Student para muestras independientes.

### *Aspectos éticos y de bioseguridad*

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación (CNEIP) de México. Se desarrolló conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki [2] y la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [22]. Fue supervisada por investigadores con experiencia en investigación clínica y ética. Antes de su participación, cada estudiante recibió información clara, completa y comprensible sobre los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados, y los posibles riesgos y beneficios. La firma del consentimiento informado fue condición indispensable para su participación, respetando el principio de autonomía. Se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos, así como el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin repercusiones.

Además, se estableció un protocolo de referencia para canalizar a servicios especializados de atención psicológica o nutricional en caso de detectar indicadores clínicos de riesgo.



## Resultados

Previo al análisis principal, se evaluó el supuesto de normalidad para determinar la idoneidad de las pruebas estadísticas. Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors se evaluó la normalidad de los datos, se verificó que los factores del EDI-3 siguieran una distribución normal ( $p < .05$ ). Este hallazgo fue posteriormente confirmado mediante análisis de histogramas, orientando así la selección de pruebas paramétricas para los análisis subsecuentes.

### *Características sociodemográficas de los participantes*

De la muestra analizada, con relación al estado civil, se observó un predominio de estudiantes solteros (95.2 %,  $n = 120$ ), mientras que las categorías de unión libre (3.2 %,  $n = 4$ ) y casados (1.6 %,  $n = 2$ ) presentaron frecuencias notablemente menores. Respecto a la estructura de convivencia, la mayoría de los estudiantes reportó vivir con ambos padres (42.1 %,  $n = 53$ ) o exclusivamente con la madre (23.8 %,  $n = 30$ ). Otras modalidades de convivencia incluyeron: compañero de cuarto (11.9 %,  $n = 15$ ), otras formas no especificadas (9.5 %,  $n = 12$ ), vivir sólo (6.3 %,  $n = 8$ ), y en menor proporción, convivir únicamente con el padre (3.2 %,  $n = 4$ ) o con hermanos (3.2 %,  $n = 4$ ).

### *Factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios*

Los resultados obtenidos mediante el EDI-3 y su distribución por factores y rangos clínicos según el sexo se presentan en la tabla 1. El análisis de los factores del EDI-3 reveló que el factor miedo a la madurez presentó las puntuaciones medias más elevadas tanto en mujeres ( $M = 20.86$ ,  $DE = 5.30$ ) como en hombres ( $M = 20.05$ ,  $DE = 7.65$ ). Este factor evalúa el deseo de regresar a la seguridad percibida durante la infancia y el temor ante las exigencias de la vida adulta, particularmente ante los nuevos

roles para los cuales los jóvenes podrían no sentirse preparados [11]. En contraste, el factor bulimia obtuvo las puntuaciones más bajas tanto en mujeres ( $M = 6.94$ ,  $DE = 8.58$ ) como en hombres ( $M = 6.18$ ,  $DE = 5.27$ ). Este factor evalúa la tendencia a presentar episodios de atracones y conductas compensatorias, así como su asociación con estados emocionales negativos.

Al comparar los factores por sexo, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en tres factores, todos con puntuaciones medias superiores en las mujeres: obsesión por la delgadez ( $t = 2.16$ ,  $p = .03$ ), insatisfacción corporal ( $t = 2.32$ ,  $p = .02$ ), e inseguridad interpersonal ( $t = 2.30$ ,  $p = .02$ ). Estos resultados sugieren una mayor vulnerabilidad en el grupo femenino hacia aspectos cognitivos y conductuales relacionados con trastornos alimentarios.

Respecto a los rangos clínicos, el miedo a la madurez presentó las medias más elevadas tanto en mujeres ( $M = 2.93$ ,  $DE = 0.25$ ) como en hombres ( $M = 2.73$ ,  $DE = 0.55$ ), en congruencia con lo observado en los factores. En las mujeres, el rango clínico con menor puntuación fue desajuste emocional ( $M = 1.82$ ,  $DE = 0.78$ ), que evalúa la inestabilidad emocional, impulsividad y conductas autodestructivas. En los hombres, el rango clínico con menor puntuación correspondió a baja autoestima ( $M = 1.88$ ,  $DE = 0.82$ ), asociado a autoevaluaciones negativas, sentimientos de inseguridad y percepción de escasa valía personal.

Al establecer la diferencia por sexos, se observó que los rangos clínicos significativos fueron: desconfianza interpersonal ( $t = 2.30$ ,  $p = .02$ ), perfeccionismo ( $t = 2.20$ ,  $p = .03$ ) y miedo a la madurez con ( $t = 2.39$ ,  $p = .02$ ). De igual manera, se encontró que en los tres rangos clínicos las mujeres cuentan con la media más alta.

Cabe recordar que, el rango clínico miedo a la madurez es el que muestra la media mayor



Tabla 1. Comparación por sexo de factores y rangos clínicos del EDI-3

N=126	Mujeres	n=73	Hombres	n=53	t	p
Factores	Media	DE	Media	DE	-2.16	<.03
Obsesión por la delgadez (DT)	14.15	9.21	10.73	8.37		
Bulimia (B)	6.94	8.58	6.18	5.27	-2.32	<.02
Insatisfacción corporal (BD)	19.93	9.53	16.05	9.02		
Baja autoestima (LSE)	7.26	5.46	6.79	6.48		
Alineación personal (PA)	9.83	5.50	9.98	7.05	-2.30	<.02
Inseguridad interpersonal (II)	15.89	6.02	13.15	7.00		
Desconfianza interpersonal (IA)	14.56	4.63	13.60	5.88		
Déficits introceptivos (ID)	15.35	8.32	16.09	10.34		
Desajuste emocional (ED)	8.73	6.20	9.56	7.24		
Perfeccionismo (P)	15.72	5.82	14.00	5.72		
Ascetismo (A)	8.82	5.13	9.62	5.58		
Miedo a la madurez (MF)	20.86	5.30	20.05	7.62		
Rangos clínicos						
Obsesión por la delgadez (DT)	2.08	.79	2.00	.70		
Bulimia (B)	2.17	.82	2.09	.81		
Insatisfacción corporal (BD)	2.35	.73	2.28	.71		
Baja autoestima (LSE)	2.00	.78	1.88	.82		
Alineación personal (PA)	2.15	.70	2.22	.75		
Inseguridad interpersonal (II)	2.58	.64	2.35	.81	-2.30	<.02
Desconfianza interpersonal (IA)	2.52	.60	2.24	.70	-2.16	<.03
Déficits introceptivos (ID)	14.15	9.21	10.73	8.37		
Desajuste emocional (ED)	6.94	8.58	6.18	5.27	-2.32	<.02
Perfeccionismo (P)	19.93	9.53	16.05	9.02		
Ascetismo (A)	7.26	5.46	6.79	6.48		
Miedo a la madurez (MF)	9.83	5.50	9.98	7.05	-2.30	<.02

en las mujeres y hombres, mientras que el rango clínico desajuste emocional es el que tiene la media más baja en mujeres, este último rango evalúa la tendencia a ser inestables emocionalmente, impulsivos, temerarios y autodestructivos. Asimismo, el rango clínico baja autoestima que fue el que obtuvo la menor media en los hombres, que consiste

en la autoevaluación negativa, lo que incluye aspectos relacionados con sentimientos de inseguridad, ausencia de valía personal, etcétera.

Como puede observarse en la tabla 2, a partir de los resultados de las pruebas ANOVA de una vía para muestras



Tabla 2. Rangos clínicos en comparación con diagnósticos de índice de masa corporal mediante ANOVA

N=126. Mujeres n=73 Hombres n=53						
Factores	(I) Nivel de peso	(J) Nivel de peso	Dif. medias (I-J)	Sig.	η²	F
Rango clínico obsesión por la delgadez	Bajo peso	Peso salud	-.84722*	.000	.35	22.36
		Sobrepeso	-1.56250*	.000		
		Obesidad	-1.61538*	.000		
	Peso saludable	Bajo peso	.84722*	.000		
		Sobrepeso	-.71528*	.000		
		Obesidad	-.76816*	.001		
	Sobrepeso	Bajo peso	1.56250*	.000		
		Peso saludable	.71528*	.000		
		Obesidad	1.61538*	.000		
Rango clínico bulimia	Bajo peso	Peso salud	.76816*	.001	.10	4.72
		Obesidad	1.61538*	.000		
	Peso saludable	Bajo peso	1.13675*	.024		
		Obesidad	-.65064*	.018		
Rango clínico insatisfacción corporal	Obesidad	Peso salud.	.65064*	.018	.19	9.38
		Bajo peso	1.13675*	.024		
	Sobrepeso	Peso salud.	.82585*	.000		
		Sobrepeso	-.55903*	.001		
Rango clínico ascetismo	Peso saludable	Peso salud.	.55903*	.001	.09	4.25
		Obesidad	-.82585*	.000		
	Sobrepeso	Peso salud.	.60150*	.036		
		Sobrepeso	-.42361*	.021		
Rango clínico miedo a la ma- durez	Bajo peso	Peso salud.	.42361*	.021	.03	1.16
		Obesidad	.20833*	.004		
	Peso saludable	Bajo peso	-.20833*	.004		

independientes, fue posible identificar la presencia de diferencias estadísticamente significativas en cinco de los doce factores de rangos clínicos, para precisar estas diferencias entre los grupos rangos clínicos e IMC se llevó a cabo una prueba *post hoc* de Tukey, utilizando para la comparación el número total de los participantes y enfocándose únicamente en los rangos con diferencias significativas.

Los resultados indicaron que el rango clínico obsesión por la delgadez mostró diferencia significativa con los grupos de bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obesidad, teniendo una significancia de  $F(22.36, p < 0.001)$ , y un tamaño del efecto grande ( $\eta^2 = 0.35$ ). En cuanto al rango clínico bulimia  $F(4.72, p < 0.05)$ , mostró significancia en los grupos bajo peso, peso saludable y obesidad, con un tamaño de efecto media-



no, ( $n^2 = 0.10$ ). Por su parte el rango clínico insatisfacción corporal  $F(9.38, p < 0.001)$ , arrojó significancia con los grupos peso saludable, sobrepeso y obesidad, con un tamaño de efecto grande ( $n^2 = 0.19$ ). De igual manera, el rango clínico ascetismo  $F(4.25, p < 0.05)$ , comparte diferencias estadísticamente significativas en los mismos grupos que el rango anterior, teniendo un tamaño del efecto mediano ( $n^2 = 0.09$ ). Finalmente, el rango clínico miedo a la madurez  $F(1.16, p < 0.05)$ , presentó diferencias únicamente con los grupos de bajo peso y peso saludable, teniendo un tamaño del efecto pequeño ( $n^2 = 0.03$ ).

## Discusión y conclusiones

Los hallazgos de este estudio evidencian diferencias significativas en los factores psicológicos asociados a los TCAIA, especialmente en función del sexo y del IMC. En consonancia con investigaciones previas, se observó que las mujeres presentaron mayores niveles en factores de riesgo como obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e inseguridad interpersonal. Estos resultados coinciden con lo reportado por Salas [30] quien documentó puntuaciones más elevadas en obsesión por la delgadez en mujeres gimnastas, lo que sugiere una mayor presión social sobre el cuerpo femenino.

Un resultado relevante fue que, el factor miedo a la madurez obtuvo las puntuaciones más altas tanto en hombres como en mujeres. Este resultado puede interpretarse como una tendencia compartida a evitar las responsabilidades propias de la adultez o a rechazar los cambios corporales asociados con el crecimiento, fenómeno especialmente presente en la etapa universitaria. Este patrón fue también observado por Riveros Arenas [29] quien, al emplear el *EDI-3*, encontró puntuaciones elevadas en esta misma dimensión, destacando su valor como indicador transdiagnóstico en poblaciones jóvenes.

En contraste, el factor bulimia registró las puntuaciones más bajas en ambos sexos. Estos resultados difieren de los reportados por Ramírez y Zerpa [27] en los que los hombres presentaron puntuaciones significativamente más altas en esta escala. Estas discrepancias pueden deberse a diferencias culturales, contextuales o metodológicas entre las poblaciones estudiadas.

Otro hallazgo importante fue la asociación significativa entre IMC elevado y mayores puntuaciones en los factores obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, baja autoestima y perfeccionismo. Este patrón confirma lo planteado por Galván Bárcenas *et al.* [14] quienes identificaron al IMC como un predictor relevante de malestar corporal y de la adopción de conductas alimentarias desadaptativas. Así, el IMC no solo se asocia con la percepción de peso, sino que también incide en variables psicológicas clave para el desarrollo de TCAIA.

Estos resultados se alinean con otros estudios en población universitaria mexicana que han utilizado el *EDI-3*. Por ejemplo, Vilchis Gutiérrez *et al.* [34] encontraron puntuaciones elevadas en insatisfacción corporal y perfeccionismo en estudiantes con IMC en rangos altos. Asimismo, en un estudio realizado por Vahos [33] se reportaron asociaciones entre las dimensiones del *EDI-3* y la percepción distorsionada del cuerpo, lo que refuerza la utilidad del instrumento para evaluar factores psicológicos relacionados con la alimentación en jóvenes.

Una implicación práctica relevante es la necesidad de implementar programas de prevención y detección oportuna en entornos universitarios. Dichos programas deben considerar la perspectiva de género, abordar la imagen corporal desde un enfoque crítico y promover habilidades de regulación emocional como mecanismos de protección ante los factores de riesgo identificados.



El *EDI-3* es una herramienta psicométrica ampliamente validada que no sólo permite identificar sintomatología asociada a los TCAIA, sino también explorar rasgos psicológicos que, aunque no sean diagnósticos por sí mismos, pueden funcionar como predictores clínicos relevantes [18]. En este sentido, los resultados obtenidos en el presente estudio aportan evidencia empírica significativa con implicaciones clínicas y preventivas claras.

Las puntuaciones significativamente más altas en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e inseguridad interpersonal en mujeres no sólo revelan una mayor presión social y autocritica corporal en este grupo, sino que también sugieren un perfil de riesgo elevado para el desarrollo de anorexia nerviosa y bulimia [11]. Clínicamente, estas dimensiones se encuentran asociadas con: dietas extremas o restrictivas, evitación social relacionada con la imagen corporal, desarrollo temprano de síntomas compensatorios (ayuno, ejercicio excesivo, purgas). El hecho de que estas puntuaciones se encuentren en rangos clínicamente significativos justifica la implementación de tamizajes sistemáticos en la población universitaria femenina.

El factor miedo a la madurez presenta una puntuación más elevada en ambos sexos. Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que el miedo a asumir responsabilidades adultas, junto con el rechazo de los cambios corporales asociados a la pubertad, ha sido identificado como un marcador de regresión psicoafectiva en personas con TCAIA, especialmente en la anorexia restrictiva. Según Garner [18], una puntuación elevada en miedo a la madurez puede indicar evitación emocional como mecanismo de defensa; en tanto que, rasgos de dependencia, necesidad de aprobación o control; y los comportamientos regresivos son muestra de rechazo de la sexualidad, del rol adulto y de autonomía). En contextos clínicos, este rasgo debe abordarse desde la psicoeducación y la psicoterapia, pues pue-

de obstaculizar la adherencia al tratamiento y el desarrollo de autonomía personal.

En cuanto el hallazgo de puntuaciones elevadas en bulimia, perfeccionismo, baja autoestima, insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez en participantes con IMC alto, pone de manifiesto un perfil clínico de alto riesgo que frecuentemente es subestimado o invisibilizado por no encajar en el estereotipo del TCAIA con delgadez extrema. Clínicamente, estos individuos pueden no cumplir criterios diagnósticos formales, pero sí presentar trastornos conductas desadaptativas crónicas. Recibir refuerzo social por la pérdida de peso, aún si es mediante conductas purgativas. Experimentar mayor estigmatización corporal, generando un círculo de reforzamiento negativo. Este perfil subraya la importancia de no utilizar el IMC como único indicador diagnóstico, y confirma la utilidad del *EDI-3* para detectar trastornos alimentarios atípicos o enmascarados.

Los rasgos como perfeccionismo e Inseguridad interpersonal no son específicos de los TCAIA, pero sí contribuyen al mantenimiento y cronificación del trastorno. El perfeccionismo clínico, por ejemplo, ha sido identificado como uno de los principales predictores de recaída [31] mientras que la inseguridad interpersonal interfiere con la efectividad del apoyo social y con la participación activa en la terapia. En consecuencia, estos factores deberían formar parte de las formulaciones clínicas individuales, incluso si no hay diagnóstico formal de TCAIA [20].

A manera de conclusión se puede afirmar que los resultados del presente estudio, interpretados desde la estructura y lógica del *EDI-3*, reflejan patrones clínicamente relevantes que exceden la mera descripción psicométrica. Identificar tempranamente perfiles de riesgo elevados —incluso en ausencia de sintomatología franca— es fundamental por diferentes motivos: tanto para realizar intervenciones



preventivas adaptadas al perfil de riesgo; como para incorporar estrategias terapéuticas específicas para el perfeccionismo, la baja autoestima y la evitación emocional; como también para promover tamizajes periódicos y no invasivos en contextos universitarios. La utilidad clínica del EDI-3 en este contexto se confirma al evidenciar su capacidad para diferenciar perfiles de riesgo por sexo, IMC y factores psicológicos subyacentes.

### *Limitaciones*

Por otro lado, entre las principales limitaciones se encuentra el uso de un muestreo no probabilístico, lo cual restringe la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones universitarias. Además, la distribución por sexo fue desigual, lo que puede haber influido en la significación de algunas diferencias detectadas.

En cuanto a sugerencias para investigaciones futuras se recomienda ampliar el tamaño y la diversidad de la muestra, buscando una distribución más equilibrada por sexo y considerando universidades de

distintas regiones geográficas. También se sugiere incluir medidas complementarias como la actividad física, hábitos alimentarios, percepción de imagen corporal y el impacto del uso de redes sociales.

La incorporación de metodologías cualitativas (como entrevistas o grupos focales) podría enriquecer la comprensión de los significados subjetivos asociados al cuerpo, la madurez y las presiones socioculturales. Finalmente, un diseño longitudinal permitiría analizar la evolución de los factores psicológicos asociados a los TCAIA a lo largo del tiempo y en diferentes etapas del desarrollo académico y personal del estudiantado universitario.

### **Financiamiento y agradecimientos**

Agradecemos al Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación de psicología (CNEIP) de México por el apoyo financiero para llevar a cabo la presente investigación.

---

## **Referencias**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-5-TR). 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
2. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos (oct. 2024) [internet]. Asociación Médica Mundial; 2024. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
3. Avendaño Rodríguez GB. Asociación de frecuencia de consumo de alimentos, riesgo de trastornos alimentarios, actividad física e índice de masa corporal en universitarios [tesis]. Pachuca de Soto, Hgo., México: Universidad Autónoma del



- Estado de Hidalgo; 2023. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/2978>
4. Berny Hernández MC, Rodríguez López D, Cisneros Herrera J, Guzmán Díaz G. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Bol Cient Esc Super Atotonilco Tula*. 2020;7(14):15-21. DOI: 10.29057/esat.v7i14.6036
  5. Canals J, Arijá-Val V. Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp*. 2022;39(spe2):16-26. DOI: 10.20960/nh.04174
  6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Communicable Disease Center CDC). Calculadora de IMC para adultos [internet]. Estados Unidos: Communicable Disease Center; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/bmi/es/adult-calculator/>
  7. Choéz Plúa LI, Tejeda Díaz R. Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia. *Recimundo*. 2021;5(2):376-86. DOI: 10.26820/recimundo/5(2).abril.2021.376-386
  8. Comunidad de Madrid. Trastornos de la conducta alimentaria [internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; s.f. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/trastornos-conducta-alimentaria>
  9. Cuevas-Ortiz D, Hernández-García DL, Hernández-Romo MF. Atención primaria de los trastornos de conducta alimentaria en mujeres adolescentes y factores influyentes. *Aten Fam*. 2024;32(1):79-81. DOI: 10.22201/fm.14058871p.2025.1.90137
  10. Del Giudice V. Características psicológicas y comportamentales relacionadas elacionadas con trastornos alimenticios en los médicos residentes del Hospital Universitario Austral en el año 2024: estudio observacional. [Trabajo Final de Residencia] Universidad Austral; 2024. Repositorio Institucional Australis. Diposnible en: <https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/3366/TIF-%20Valentina%20Del%20Giudice.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  11. Elosua P, López-Jáuregui A, y Sanchez-Sanchez F. Adaptación española del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-3 de DM Garner. Madrid: TEA Ediciones; 2010.
  12. Faul F, Erdfelder E, Faul F, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: a flexible Statistical Power Analyses for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. PMID: 17695343 DOI: 10.3758/bf03193146
  13. Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev Chil Pediat*. 2020;91(5):784-93. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v91n5/0370-4106-rcp-rchped-vi91i5-1534.pdf>
  14. Galván Bárcenas D, de la Torre Vidal P, Gordines Magaña A, Fulgencio Juárez M. Relación entre IMC, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de riesgo en mujeres. *Simbiosis*. 2023;3(5):56-66. DOI: 10.59993/simbiosis.v3i5.25
  15. Ganoza Granados, G. A. (2023). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 2do-3er grado de secundaria. Chiclayo-2022 [tesis]. Chiclayo, PE: Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023. Disponible en: <https://repositorio.usat.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9516e767-d77a-4acd-b3cd-0b3cb2e908e0/content>
  16. García Quintana A, Luis Santana A. Vulnerabilidad para padecer TCA según los factores de la personalidad e IMC en población universitaria [tesis]. San Cristóbal de La Laguna Tenerife: Universidad de La Laguna; 2022. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28418/Vulnerabilidad%20para%20padecer%20TCA%20segun%20los%20factores%20de%20la%20personalidad%20e%20IMC%20en%20poblacion%20universitaria.pdf?sequence=1>
  17. García-Volpe C, Murray Hurtado M. Alteraciones del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia, atracones. En: Martín de Carpi J, coord. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. 2ª ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; 2023. pp. 519-34.



- Disponible en: [https://static.aeped.es/protocolos\\_segghnp\\_aep\\_2023\\_a24b7228e1.pdf](https://static.aeped.es/protocolos_segghnp_aep_2023_a24b7228e1.pdf)
18. Garner DM, EDI-3. Eating disorder inventory-3: professional manual. Odess, FL: Psychological Assessment Resources; 2004.
  19. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983;2(2):15-34. DOI: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6
  20. Garner DM. 5.24 - Understanding and treatment of eating disorders in children and adolescents. En: Asmundson GJG, ed. *Comprehensive Clinical Psychology* [internet]. 2<sup>nd</sup> ed. Elsevier; 2022. pp. 453-494).
  21. Hernández Traspeña JL. Análisis del impacto causado por la pandemia de COVID-19 en el cambio de conductas alimentarias en adultos jóvenes de la zona metropolitana de Pachuca, Hidalgo [tesis de maestría]. Pachuca de Soto, Hgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2022. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/2848>
  22. Ley General de Salud; Reforma 7-6-2024, Diario Oficial de la Federación [internet]. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <https://www.gob.mx/senasica/documentos/ley-general-de-salud-299430?state=published>
  23. Lobo Hinojosa ME, González García L, Sánchez Guerrero HM, Avila Zárate L del C, García Ramos MF. Factores sociales, familiares y del entorno educativo que influyen en las conductas alimentarias y en los estilos de vida de estudiantes universitarios. *Realidades*. 2021;11(1):9-3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8086230>
  24. Malavolti M, Mussi C, Poli M, Fantuzzi AL, Salvioi G, Battistini N, Bedogni G. Cross-calibration of eight-polar bioelectrical impedance analysis versus dual-energy X-ray absorptiometry for the assessment of total and appendicular body composition in healthy subjects aged 21-82 years. *Ann Hum Biol*. 2003;30(4):380-91. PMID: 12881138 DOI: 10.1080/0301446031000095211
  25. Nieto A. Más allá de la anorexia y la bulimia: los trastornos alimentarios han repuntado tras la pandemia [internet]. *El País*. 29 de junio de 2024. Disponible en: <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-06-29/mas-alla-de-la-anorexia-y-la-bulimia-los-trastornos-alimentarios-han-repuntado-tras-la-pandemia.html>
  26. Ochoa-Alcaraz SG Validación y confiabilidad del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (edi-2) aplicado en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Científica Electrónica de Psicología Icsa-UAEH*. 2008;5:30-40
  27. Ramírez A, Zerpa C. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios venezolanos: prevalencia en la ciudad de caracas, 2020. *Rev GICOS*. 2022;7(1):11-26. DOI: 10.53766/GICOS/2022.07.01.01
  28. Ramírez Díaz M del P, Luna Hernández JF, Velázquez Ramírez DD. Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2021;25(2):246-55. DOI: 10.14306/renhyd.25.2.1170
  29. Riveros-Arenas G, Garrido Pinedo M, Reyes-Bossio M. Factores de riesgo asociados a Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de Lima Metropolitana. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2025;15(1):14-23. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2025.1.781
  30. Salas Morillas A. Insatisfacción corporal y trastornos de conducta alimentaria en gimnastas de acrobática en función del género, edad y nivel competitivo [tesis doctoral]. Pontevedra: Universidad de Vigo; 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=312952>
  31. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*. 2002;40(7):773-91. PMID: 12074372 DOI: 10.1016/s0005-7967(01)00059-6
  32. Téllez Islas N, Pérez Norberto BVP, Guzmán-Saldaña RME, Vargas Ramos JC. Índice de Masa Corporal, Conductas Alimentarias de Riesgo y Autoconcepto en Adolescentes en Pachuca, Hidalgo, México.



- Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 2024;8(4):4710-30. DOI: 10.37811/cl\_rcm.v8i4.12692
33. Vahos Tobón MM. Rasgos de personalidad, imagen corporal y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias [tesis]. Medellín: Politécnico Gran colombiano; 2023. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10823/6901>
34. Vilchis Gutiérrez HJ, Guadarrama Guadarrama R, Bautista Rodríguez ML, Veyta López M, Robles Estrada E. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y de exceso de control en estudiantes de psicología de una institución universitaria pública del Estado de México. Rev Mex Trastor Aliment. 2025;15(1):24-31. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2025.1.796
35. Vindas M, Sánchez MJ, Salamea RM. Alteración de la conducta alimentaria durante la pandemia generada por el COVID-19. Rev Espacios. 2022;43(8):37-42. DOI: 10.48082/espacios-a22v43n08p04