

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 26 Número 2 Julio-diciembre 2016

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

- Evaluación de variables psicosociales en el cuidador del paciente con enfermedad avanzada: una propuesta preliminar
Guadalupe Rivera Cuevas, Jessica Mejía Castrejón, Erwin Chiquete, Cristina Beltrán Zavala, Vania Barrientos Casarrubias, Itzel Alfaro Espejel, Paulina Quiroz Friedman, Diana Montelongo Niño, Diana Pacheco Arroya, Argelia Lara Solares y Sofía Sánchez Román
- Los cuidadores de pacientes con cáncer: aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedades y centros de salud
María Elena Garassini
- Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo
Patricia Eugenia Ornelas Tavares
- Reconocimiento de indicadores de los efectos de las estrategias en terapia Gestalt en adultos mayores
Carlota Josefina García Reyes-Lira
- Recursos universitarios y personales promotores de bienestar y salud en estudiantes universitarios
Rosa Martha Meda Lara, Luis M. Blanco Danoso, Bernardo Moreno Jiménez, Andrés Palomera Chávez y Marta Herrera
- Identificación de consistencias interactivas idiosincrásicas mediante el juego matemático "El dilema del prisionero": reporte preliminar
Jorge Baña Castañeda y Marcelino Arias Sandí
- Incidencia de exposición a la violencia en la comunidad en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México
Hugo Leonardo Gómez Hernández y Emilia Lucio Gómez-Maqueo
- Riesgo de suicidio en pacientes tratados con isotretinoína: un metaanálisis
Patricia Denis, Guadalupe Melo, Edmundo Denis, Andrés Hermida y Octavio Carvajal
- Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos
Martha Córdova Osaya y José Carlos Rosales Pérez
- El sistema inmunológico en personas con trastorno de estrés postraumático: una revisión
Daniela Bohórquez Borda, Fernando Riveros Munévar, Constanza Londoño y Stefano Vinaccia
- Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana
Cecilia Silva, Ariana Hernández Medina, Blanca Elizabeth Jiménez Cruz y Nayeli Alvarado
- Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana
Óscar Galindo Vázquez, Liliana Rivera Fong, Abel Lerma Talamantes y Juan Jiménez Flores
- Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México
Ixchel Miranda de la Torre, Jesús Francisco Laborín Álvarez, Ana-María Chávez-Hernández, Sergio Alfonso Sandoval Godoy y Nissa Yaing Torres Soto
- Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana
Nancy Patricia Caballero Suárez, Evelyn Rodríguez Estrada, María Candela Iglesias Chiesa, Gustavo Reyes Terán y Angélica Riveros Rosas

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN
LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA
DE LA SALUD (ALAPSA)

ISSN: 1405-1109

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Sara Ladrón de Guevara
Rectora

Leticia Rodríguez Audirac
Secretaria Académica

Clementina Guerrero García
Secretaria de Administración y Finanzas

Octavio Ochoa Contreras
Secretario de la Rectoría

Édgar García Valencia
Director Editorial

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Godeleva Rosa Ortiz Viveros
Presidenta

Olga Infalte Pedreira
Secretaria

Yamilet Ehrenzweig Sánchez
Tesorera

PSICOLOGÍA Y SALUD

EDITOR

Rafael Bullé-Goyri Minter

EDITORA ADJUNTA

Laila Meseguer Posadas

COORDINADORA DE ARBITRAJES

María Luisa Marván Garduño

ASESOR EDITORIAL

Juan José Sánchez Sosa

DIRECTORA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

María Luz Márquez Barradas

COMITÉ EDITORIAL

Luis Flórez Alarcón • Universidad Católica de Colombia (Colombia)
Tatiana Forte • Hospital Pequeno Príncipe (Brasil)
Jorge Grau Abalo • Instituto Nacional de Radiología y Oncología (Cuba)
María Luisa Marván Garduño • Universidad Veracruzana (México)
Rosa Martha Meda Lara • Universidad de Guadalajara (México)
Martha Montiel Carbajal • Universidad de Sonora (México)
María Erika Ortega Herrera • Universidad Veracruzana (México)
Ligia M. Sánchez Núñez • Universidad Central de Venezuela (Venezuela)

EDITORES ASOCIADOS

Benjamín Domínguez Trejo • Universidad Nacional Autónoma de México
Lya Feldman • Universidad Simón Bolívar (Venezuela)
Edelsys Hernández Meléndrez • Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras (Cuba)
Olga E. Infante Pedreira • Universidad Central de las Villas (Cuba)
Marta Martín Carbonell • Instituto de Angiología y Cirugía Vascular (Cuba)
Silvia Mejía Arango • Colegio de la Frontera Norte (México)
Wenceslao Penate • Universidad de La Laguna (España)
Mario Enrique Rojas Russell • Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)
Jorge Román Hernández • Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (Cuba)
Carlos Salavera Bordás • Universidad de Zaragoza (España)
Juan José Sánchez Sosa • Universidad Nacional Autónoma de México (México)
Francisco J. Santolaya Ochando • Colegio de Psicólogos de Valencia (España)
Rocio Soria Trujano • Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)
María de los Ángeles Vacío Muro • Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)
Elba Abril Valdez • Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)
Stefano Vinaccia •
Ricardo Werner Sebastiani • Universidad de Sao Paulo (Brasil)

Volumen 26, Número 2 • Julio-diciembre de 2016

Psicología y Salud es una publicación semestral, con tiraje de 300 ejemplares,
editada por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana
y con ISSN: 1405-1109.

Calle Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Veracruz, México.
Tel. (228)841-89-00, ext. 13215, fax (228)841-89-14, correos electrónicos: rabugo46@hotmail.com y rbulle@uv.mx.
Indizada en PsycINFO, EBSCO, CLASE, LATINDEX, CUIDEN, Thomson Gale, RedALYC y DOAJ.
Visítenos en: revistas.uv.mx y en nuestra página <http://www.uv.mx/psicysalud>

SUMARIO

Volumen 26, Número 2
Julio-diciembre de 2016

Evaluación de variables psicosociales en el cuidador del paciente con enfermedad avanzada: una propuesta preliminar <i>Guadalupe Rivera Cuevas, Jessica Mejía Castrejón, Erwin Chiquete, Cristina Beltrán Zavala, Vania Barrientos Casarrubias, Itzel Alfaro Espejel, Paulina Quiroz Friedman, Diana Montelongo Niño, Diana Pacheco Arroyo, Argelia Lara Solares y Sofía Sánchez Román</i>	147
Los cuidadores de pacientes con cáncer: aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedades y centros de salud <i>María Elena Garassini</i>	161
Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo <i>Patricia Eugenia Ornelas Tavares</i>	177
Reconocimiento de indicadores de los efectos de las estrategias en terapia Gestalt en adultos mayores <i>Carlota Josefina García Reyes-Lira</i>	185
Recursos universitarios y personales promotores de bienestar y salud en estudiantes universitarios <i>Rosa Martha Meda Lara, Luis M. Blanco Donoso, Bernardo Moreno Jiménez, Andrés Palomera Chávez y Marta Herrero</i>	195
Identificación de consistencias interactivas idiosincrásicas mediante el juego matemático “El dilema del prisionero”: reporte preliminar <i>Jorge Borja Castañeda y Marcelino Arias Sandí</i>	207
Incidencia de exposición a la violencia en la comunidad en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México <i>Hugo Leonardo Gómez Hernández y Emilia Lucio Gómez-Maqueo</i>	217
Riesgo de suicidio en pacientes tratados con isotretinoína: un metaanálisis <i>Patricia Denis, Guadalupe Melo, Edmundo Denis, Andrés Hermida y Octavio Carvajal</i>	225
Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos <i>Martha Córdova Osnaya y José Carlos Rosales Pérez</i>	233
El sistema inmunológico en personas con trastorno de estrés postraumático: una revisión <i>Daniela Bohórquez Borda, Fernando Riveros Munévar, Constanza Londoño y Stefano Vinaccia</i>	245
Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana <i>Cecilia Silva, Ariana Hernández Medina, Blanca Elizabeth Jiménez Cruz y Nayelli Alvarado</i>	253
Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana <i>Óscar Galindo Vázquez, Liliana Rivera Fong, Abel Lerma Talamantes y Juan Jiménez Flores</i>	263
Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México <i>Ixchel Miranda de la Torre, Jesús Francisco Laborín Álvarez, Ana-María Chávez-Hernández, Sergio Alfonso Sandoval Godoy y Nissa Yaing Torres Soto</i>	273
Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana <i>Nancy Patricia Caballero Suárez, Evelyn Rodríguez Estrada, María Candela Iglesias Chiesa, Gustavo Reyes Terán y Angélica Riveros Rosas</i>	283

SUMMARY

Volume 26, Number 2
July-December 2016

Assessment of psychosocial variables in caregivers of advanced disease patients: A preliminary interviewing proposal <i>Guadalupe Rivera Cuevas, Jessica Mejía Castrejón, Erwin Chiquete, Cristina Beltrán Zavala, Vania Barrientos Casarrubias, Itzel Alfaro Espejel, Paulina Quiroz Friedman, Diana Montelongo Niño, Diana Pacheco Arroyo, Argelia Lara Solares and Sofía Sánchez Román</i>	147
Caregivers of cancer patients: Lessons and recommendations for families, organizations, and health facilities <i>María Elena Garassini</i>	161
Coping strategies and resilience in bereavement-stricken caregivers <i>Patricia Eugenia Ornelas Tavares</i>	177
Recognition of indicators of the effects of Gestalt Therapy strategies in older adults <i>Carlota Josefina García Reyes-Lira</i>	185
University and personal resources to promote well-being and health among university students <i>Rosa Martha Meda Lara, Luis M. Blanco Donoso, Bernardo Moreno Jiménez, Andrés Palomera Chávez and Marta Herrero</i>	195
Identifying idiosyncratic interactive consistencies within the math game “The prisoner’s dilemma”: A preliminary report <i>Jorge Borja Castañeda and Marcelino Arias Sandí</i>	207
Incidence of exposure to community violence in Mexico City teenager students <i>Hugo Leonardo Gómez Hernández and Emilia Lucio Gómez-Maqueo</i>	217
Risk of suicide in patients treated with isotretinoin: A meta-analysis <i>Patricia Denis, Guadalupe Melo, Edmundo Denis, Andrés Hermida and Octavio Carvajal</i>	225
Suicidal ideation: Thirty years of research on Mexican university students <i>Martha Córdova Osnaya and José Carlos Rosales Pérez</i>	233
The immunological system in persons with posttraumatic stress disorder: A revision <i>Daniela Bohórquez Borda, Fernando Riveros Munévar, Constanza Londoño and Stefano Vinaccia</i>	245
Internal structure review of the trait subscale of the State-Trait Anxiety Inventory for young Spanish speakers <i>Cecilia Silva, Ariana Hernández Medina, Blanca Elizabeth Jiménez Cruz and Nayelli Alvarado</i>	253
Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R) in Mexican population <i>Óscar Galindo Vázquez, Liliana Rivera Fong, Abel Lerma Talamantes and Juan Jiménez Flores</i>	263
Psychometric properties of CDI in a non-clinical sample of children from Hermosillo, Mexico <i>Ixchel Miranda de la Torre, Jesús Francisco Laborín Álvarez, Ana-María Chávez-Hernández, Sergio Alfonso Sandoval Godoy and Nissa Yaing Torres Soto</i>	273
Pattern of sexual behaviors before and after of HIV diagnosis in Mexican population <i>Nancy Patricia Caballero Suárez, Evelyn Rodríguez Estrada, María Candela Iglesias Chiesa, Gustavo Reyes Terán and Angélica Riveros Rosas</i>	283

Evaluación de variables psicosociales en el cuidador del paciente con enfermedad avanzada: una propuesta preliminar¹

Assessment of psychosocial variables in caregivers of advanced disease patients: A preliminary interviewing proposal

Guadalupe Rivera Cuevas, Jessica Mejía Castrejón, Erwin Chiquete, Cristina Beltrán Zavala, Vania Barrientos Casarrubias, Itzel Alfaro Espejel, Paulina Quiroz Friedman, Diana Montelongo Niño, Diana Pacheco Arroyo, Argelia Lara Solares y Sofía Sánchez Román²

RESUMEN

Objetivo: Describir el desarrollo de la entrevista para identificar las necesidades de atención psicosocial en enfermedad avanzada en su versión para el cuidador (DENEPSI-cuidador). *Método:* Como primer paso, se seleccionaron los dominios más relevantes reportados en la literatura. Se probó después la primera versión del DENEPSI-cuidador en un piloteo con 27 cuidadores de pacientes con enfermedad avanzada, a través del cual se realizaron ajustes de formato y lenguaje. Se reunió a un grupo de expertos para clasificar cada ítem de acuerdo a los dominios correspondientes. Finalmente, se evaluó la exhaustividad del instrumento considerando los ítems y dominios básicos necesarios para realizar una evaluación psicosocial. Esta última etapa de validación fue realizada a 18 cuidadores. Se diseñó además un manual del usuario clínico para la aplicación del instrumento. *Resultados:* Para seleccionar las necesidades de atención psicosocial más relevantes del cuidador reportadas por la literatura, se identificaron 247 artículos sobre evaluaciones en enfermedad avanzada. Los coeficientes de validez fueron mayores a .80 para la mayoría de los ítems. En la etapa de aplicación del instrumento, se identificó a seis cuidadores que manifestaron interés por ser atendidos en áreas particulares. La entrevista final se constituyó con tres módulos, mismos que se describen. *Discusión:* DENEPSI-cuidador es una entrevista que puede ayudar al clínico a explorar las necesidades de atención psicosocial del cuidador para hacer una evaluación complementaria o intervenir en algún componente psicosocial específico.

Palabras clave: Cáncer; Cuidador; Cuidados paliativos; Distrés; Enfermedad avanzada.

ABSTRACT

Objective: To describe the development of the DENEPSI-caregiver interviewing guide aimed at identifying psychosocial variables in caregivers of patients with advanced disease in terminal phase. *Method:* After selecting and examining the most relevant domains reported in the research literature a first version of DENEPSI-caregiver was tested on 27 caregivers of patients with advanced disease. In order to select such psychosocial variables of the primary caregiver 247 articles on assessment in advanced disease were initially identified and examined. Format and language adaptations were subsequently performed on the DENEPSI. A group of experts were invited to rank each item as belonging to specific domains. The exhaustiveness (completeness) of the instrument as related to providing basic items and domains for psychosocial evaluation was then assessed with 18 caregivers. We also designed a clinical user manual for the implementation of DENEPSI-caregiver. *Results:* Validity coefficients were higher than .80 for most items. When evaluating exhaustiveness of the instrument,

¹ Este proyecto recibió apoyo financiero por parte de la Fundación INBURSA, A.C.

² Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos y Departamento de Neurología y Psiquiatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Vasco de Quiroga 15, Del. Tlalpan, 14000 Ciudad de México, México, tel. (55)54-87-09-00, ext. 5052, correo electrónico: sofiasan@yahoo.com. Artículo recibido el 29 de abril y aceptado el 13 de agosto de 2015.

six caregivers interested in being assessed on particular areas participated. Five reported interpersonal relationships problems and one mentioned concerns about adaptation after death of the patient. The final instrument is composed of 3 modules: 1. Elements that provide information prior to performing the assessment; 2. A Distress "thermometer" with emotional correlates; and 3. Basic psychosocial domains intervention planning. Discussion: DENEPSI-caregiver is a useful tool that can help the clinician to explore the psychosocial needs of the caregiver to assess and ultimately intervene on any relevant component.

Key words: Cancer; Caregiver; Distress; Palliative care; Terminal disease.

INTRODUCCIÓN

El paciente con enfermedad avanzada suele requerir una serie de tratamientos y cuidados para mejorar su calidad de vida. Generalmente, muchos de estos cuidados se transfieren a los miembros de la familia o a personas cercanas al paciente, surgiendo así la figura del cuidador primario. De acuerdo con Scott (2006), un cuidador primario es aquella persona que atiende las necesidades de un enfermo y que asume la responsabilidad de brindarle cuidados sin recibir retribución económica ni capacitación previa para la atención.

El papel del cuidador implica la realización de diversas funciones, como asistir al paciente en el traslado a las consultas, alimentarlo, asearlo, darle medicamentos, recibir información para su tratamiento y comunicar información relacionada con la enfermedad. Estas funciones hacen que el cuidador se enfrente a una constante demanda para resolver problemas y tomar decisiones, además de cubrir sus propias necesidades, que implican resolver problemas domésticos, atender a otros miembros de su familia, cumplir con su trabajo y demás tareas (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998). Las demandas a las que están expuestos los cuidadores los pueden llevar a presentar el llamado "síndrome de desgaste" o "sobrecarga del cuidador", que a su vez está asociado a diferentes necesidades del mismo cuidador.

La falta de atención a las necesidades psicológicas de los cuidadores puede afectar de manera indirecta la calidad de vida y el bienestar del paciente. Se ha descrito que la severidad del males-

tar psicológico entre los miembros de la familia está directamente relacionada con su habilidad para comprender información médica vital y para tomar decisiones informadas respecto del cuidado del paciente (Hickman y Douglas, 2010). Detectar e intervenir en las necesidades psicosociales de los cuidadores puede afectar la eficacia de sus funciones de atención al paciente sin poner en peligro la salud y el bienestar propios (Northouse, Katapodi, Schafenacker y Weiss, 2012).

El cuidador tiene necesidades específicas que en la literatura se han considerado importantes para evaluar y atender, entre las que se citan las de información, ya sea acerca del curso de la enfermedad del paciente, de los problemas asociados a los síntomas, de la manera de lidiar con los mismos y de asegurarse que hay apoyo médico y servicio de urgencias disponible en cualquier momento; las instrumentales, que se centran en contar con apoyo en la provisión de cuidados, sobre todo cuando el paciente no está internado, y las de atención a variables psicosociales (Cheng et al., 1994).

Existen muchas variables psicosociales susceptibles de ser evaluadas para intervenir en el cuidador. Cheng et al. (1994) exploraron las necesidades psicosociales de los cuidadores primarios de 28 pacientes con enfermedad terminal, encontrando que las tres principales preocupaciones psicosociales reportadas fueron la de sentirse deprimido (68%), sentirse ansioso (57%) y tener dificultad para aceptar el proceso de muerte del paciente (46%). A continuación se revisan dichas variables, además de otras que también se consideran importantes por su impacto potencial en la calidad de vida del cuidador y en los cuidados del paciente.

En lo que respecta a la sintomatología depresiva, el Equipo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) muestra evidencia que sugiere que los pacientes afrontan mejor sus padecimientos cuando los médicos generales reconocen los síntomas de depresión y se aseguran de que aquellos reciban el tratamiento apropiado (United States Preventive Services Task Force, 2002). Esto cobra especial relevancia en los cuidadores primarios, quienes se encuentran en constante estrés y riesgo de sufrir sobrecarga. Existen diversos instrumentos de tamizaje que pueden utilizarse para estos fines (Tabla 1), los cuales están constituidos por al menos trece ítems.

Tabla 1. Instrumentos usados frecuentemente para evaluar variables psicosociales relevantes en cuidadores de pacientes con enfermedad avanzada.

Variable	Instrumento	Descripción	Tiempo de aplicación	Datos de confiabilidad/validez
Sobrecarga	Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (Zarit, Reever y Back-Peterson, 1980)	Instrumento diseñado para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado. Existen diferentes versiones: la original con 29 ítems, una revisión de 22 ítems, versiones cortas de 18 y 12 ítems, y una versión de tamizaje de 4 ítems.	Depende de la versión (en promedio, 15-20 min.)	Dependen de la versión ($\alpha = .78-.91$)
	Bakas Caregiver Scale (BCOS) (Bakas y Champion, 1999)	Instrumento de quince ítems en escala tipo Likert que evalúa cambios en el funcionamiento social, percepción de bienestar y salud física de cuidadores. Basada en la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984).	5-10 min.	$\alpha = .77$ Evidencia de validez de criterio
	Inventario de Carga del Cuidador (Novak y Guest, 1989)	Instrumento de 24 ítems dividido en cinco subescalas: dependencia de tiempo, desarrollo, conductual, físico, social y emocional.	10-15 min.	$\alpha = .69-.86$
Depresión / Ansiedad	Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961)	Instrumento de 21 ítems en escala Likert, ampliamente utilizado en la población general, que evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva..	10-15 min.	$\alpha = .58-.93$ Evidencia de validez concurrente
	Inventario de Ansiedad de Beck (Beck y Steer, 1991)	Instrumento de 21 ítems en escala Likert, ampliamente utilizado en la población general, que evalúa la intensidad de la sintomatología ansiosa.	10-15 min.	$\alpha = .90-.94$ Evidencia de validez concurrente
	The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977)	Instrumento de tamizaje conformado por 20 ítems que permiten identificar sintomatología depresiva. Ha sido empleado en población general.	8-10 min.	$\alpha = .90$ Evidencia de validez de constructo
	Escala de Depresión de Zung (Zung, 1965)	Medida de sintomatología depresiva compuesta por veinte ítems, aplicable a población general, que valora la frecuencia de veinte síntomas de depresión.	Aprox. 10 min.	$\alpha = .83-.87$
	Escala de Bienestar del Cuidador (Zarit y Whitlatch, 1992)			
	a. Afecto disminuido	Siete ítems que miden sentimientos de tristeza o pérdida de interés o energía en las actividades usuales experimentadas por el cuidador durante los últimos siete días.	Aprox. 5 min.	$\alpha = .86$
	b. Depresión cognitiva	Seis ítems que miden qué tan frecuentemente el cuidador ha experimentado desesperanza, pérdida del sentido o culpa en los últimos siete días.	Aprox 5 min.	$\alpha = .78$
	c. Ansiedad	Cuatro ítems que valoran qué tan frecuentemente se han experimentado síntomas de ansiedad en los últimos siete días.		$\alpha = .80$
Apoyo social	Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (Broadhead, Gehlbach, DeGruy y Kaplan, 1988)	Cuestionario de 14 ítems diseñado para medir la percepción individual de la cantidad y tipo de apoyo social personal. Se divide en cuatro subescalas: cantidad de apoyo, apoyo confidencial, apoyo afectivo y apoyo instrumental	5 min.	$\alpha = .50-.85$ Evidencia de validez de constructo
	Apoyo Social Percibido para el Cuidado (Goodman, 1991)	Instrumento de nueve ítems que mide aspectos de apoyo, intercambio de información y apoyo social.	3 -5 min.	$\alpha = .84$

Con el objetivo de minimizar el tiempo de evaluación, diversos grupos han estudiado la viabilidad de utilizar uno o dos ítems para fines de tamizaje, que si resultan positivos deben complementarse con más preguntas que exploren los criterios de depresión (Sharp y Lipsky, 2002). De acuerdo con la USPSTF (2002), una respuesta afirmativa a las siguientes dos preguntas puede ser tan efectiva como el uso de instrumentos de tamizaje más largos: “En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido con estado de ánimo bajo, triste o sin esperanza?”, y “¿Siente que experimenta poco placer o interés en hacer las cosas?”. Por otro lado, la presencia de depresión es una de las condiciones más comúnmente asociadas con los intentos suicidas, por lo que cobra relevancia la exploración de ese riesgo en el caso de detectarse depresión clínica en un cuidador (Spector y Tampi, 2005).

Se han realizado esfuerzos en el mismo sentido para minimizar las preguntas cuando se requiere realizar un tamizaje de la sintomatología ansiosa. Una propuesta es el Mental Health Inventory (MHI), que evalúa distintos dominios de la salud mental y del que se han extraído ítems individuales para el tamizaje de síntomas específicos (Cuijpers, Smits, Donker, ten Have y de Graaf, 2009). El MHI-a incluye dos preguntas: “Durante el mes pasado, ¿cuánto tiempo se ha sentido una persona muy nerviosa?” y “Durante el mes pasado, ¿cuánto tiempo se ha sentido calmado y en paz?”.

Aún existe controversia respecto a si los pacientes deben conocer su estatus de terminalidad y cuánto deben saber. El argumento de quienes defienden la necesidad de que el paciente cuente con información clara y completa es que la conciencia de que se está muriendo forma una parte del proceso integral de lograr una buena muerte, y gracias a esa información se puedan resolver los pendientes, se definan las metas del cuidado y se realicen discusiones al final de la vida que involucren tanto al paciente como al equipo médico y a los cuidadores (por ejemplo, impartir órdenes de no resucitación) (Brink, Smith y Kitson, 2008; Weeks et al., 1998). Se ha encontrado que aquellos pacientes que tienen conciencia de su muerte inminente se muestran más en paz con ese hecho y sienten más frecuentemente que su vida valió la pena, en comparación con aquellos que no tuvieron tal conciencia (Lokker, van Zuylen, Veerbeek, van der Rijt

y van der Heide, 2012), y asimismo muestran una menor sintomatología ansiosa y depresiva. Cuando no hay congruencia en la respuesta a la pregunta “¿Usted sabía que la muerte era inminente?”, proporcionada por el personal médico y la familia, es más probable que haya menos comunicación entre ellos y que eso tenga impacto en la conciencia de enfermedad del paciente (Lokker et al., 2012).

Aunque la mayoría de los trabajos respecto a la conciencia de enfermedad y el pronóstico se centran en el estudio del paciente, es un hecho que los cuidadores viven el proceso de aceptación de manera paralela y deben prepararse continuamente para afrontar el proceso de la enfermedad y la muerte de la persona a su cargo; en efecto, ser cuidador de un paciente con enfermedad avanzada implica también prepararse para su fallecimiento, por lo que la conciencia de la enfermedad y del pronóstico debe estar presente para lograr la mejor adaptación posible (Janze y Henriksson, 2014). El proceso de conciencia de que un familiar está muriendo es gradual, y a través de distintos medios los cuidadores intentan mantener la esperanza, fingir que todo está bien y, al final, prepararse para la muerte (Yates y Stetz, 1999).

Otra cuestión que debe identificarse es la relacionada con el pacto o acuerdo que hacen los familiares y los profesionales para ocultar información al paciente sobre su condición terminal, llamado también “conspiración del silencio” (Cejudo et al., 2015). Aunque el propósito inicial es proteger al ser amado de las malas noticias, se ha observado que al final solamente genera sufrimiento psicológico en todos los protagonistas: paciente, familia y proveedores de cuidados (Reich y Mekaoui, 2003), por lo que resulta de suma importancia su identificación e intervención. Los pacientes, cuidadores y trabajadores de la salud deben saber que la comunicación y la toma compartida de decisiones constituyen componentes esenciales de un cuidado adecuado. Si hay problemas en la comunicación, el conocimiento acerca del pronóstico y el tratamiento puede verse limitado y afectar así la relación entre los familiares (Kramer y Boelk, 2015).

El apoyo social es otra variable relevante a evaluar en los cuidadores. Se ha planteado que dicho apoyo puede minimizar los efectos negativos del cuidado y puede tener una influencia positiva en la depresión (Thielemann y Conner, 2009). Se

ha hallado una correlación positiva entre el apoyo social recibido y la adaptación a los cuidados al final de la vida (Haley, LaMonde, Han, Burton y Schonwetter, 2003). Por el contrario, un escaso apoyo social es un factor de riesgo para el deterioro en la salud del cuidador (Pinquart y Sorensen, 2010).

En la Tabla 1 se presentan asimismo diferentes instrumentos utilizados para evaluar cada una de las variables psicosociales planteadas.

Existe una diversidad de variables psicosociales y sus respectivos instrumentos para evaluar al cuidador primario (Family Caregiver Alliance, 2002). Aunque se reconoce que las variables enumeradas en el presente trabajo no son necesariamente las principales, cuando el clínico se aproxima a un cuidador primario por vez primera (quien suele disponer de poco tiempo para sí mismo cuando acompaña a su familiar a una consulta médica), resulta poco práctico aplicarle varias escalas y difícilmente es posible identificar en primera instancia qué necesidad es la más relevante e indagar sobre ella de una manera más profunda.

Lo anterior justifica la importancia de diseñar una entrevista a manera de tamizaje que permita identificar algunas de las necesidades de atención relativas a las variables psicosociales del cuidador, tras de lo cual el clínico puede realizar evaluaciones complementarias y proponer estrategias de intervención para cada una.

Por lo anterior, el presente estudio describe el desarrollo de una entrevista que tiene ese objetivo: la DENEPSI-cuidador.

MÉTODO

Procedimiento

Etapa 1 (Identificación de dominios). Como primer paso, se seleccionaron los dominios más relevantes de evaluar, según lo reportado en la literatura internacional. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed y Proquest. Cuatro investigadoras ingresaron los términos “psych”, “caregiver”, “terminal”, “palliative” y “advanced disease”. Con base en la búsqueda, se seleccionaron los artículos principales y se consideraron las opiniones de diversos expertos para definir los

dominios que debían evaluarse. Una vez seleccionados estos, se diseñó una primera versión del DENEPSI-cuidador. Con la finalidad de establecer la validez de contenido del instrumento, se trató de obtener evidencias de que la definición semántica de cada uno de los constructos quedaba bien recogida y representada adecuadamente en los ítems formulados. Con este fin, la batería de ítems se sometió a una evaluación por parte de siete jueces ajenos al proyecto, con experiencia en el campo de la evaluación psicológica. A dichos jueces se les facilitó la definición operativa de cada uno de los constructos. Se les solicitó que decidieran si las instrucciones y cada uno de los ítems eran claros y si estaban escritos en términos sencillos y comprensibles, y de no ser así, que sugirieran cambios a los mismos. Por otro lado, debían decidir si cada uno de los ítems medía el constructo a evaluar. Después de los primeros comentarios emitidos por los jueces, se logró una primera versión del instrumento.

Etapa 2 (Piloteo). Esta etapa tuvo el propósito de probar la primera versión del DENEPSI-cuidador. Para ello, se aplicó a 27 cuidadores de pacientes con enfermedad avanzada que asistían a la consulta externa de oncología o a la consulta de cuidados paliativos de un hospital de tercer nivel de atención. Esto permitió llevar a cabo algunos ajustes a las preguntas y al formato para hacerlos claros y comprensibles. Seis psicólogas clínicas con experiencia profesional en el área de la salud hicieron la aplicación. Con base en este piloteo, se modificaron o eliminaron ítems o se agregaron dominios. Se consideró la opinión de los pacientes respecto a si consideraban pertinente o no cada uno de los ítems en cuanto a si evaluaban aspectos que en ese momento era importante que se atendieran.

Etapa 3 (Opinión de expertos). En esta fase se buscó obtener datos para verificar la validez de contenido de la versión obtenida después de la prueba piloto (versión final). A un grupo de 14 expertos (diferentes de los primeros siete jueces, todos ellos al menos licenciados en psicología o con especialidad en psiquiatría y experiencia de más de tres años en el área de la salud) se les proporcionó un documento con las definiciones operacionales de los constructos que conformaron el instrumento, así como la batería de ítems. Se les pidió indicar a qué constructo correspondía cada

ítem y proporcionar información adicional respecto a la claridad de los ítems. Con base en las respuestas de los expertos y de acuerdo con Escurrea (1988), se calculó el coeficiente de validez V (Aiken, 1980) para obtener evidencia de validez de contenido. Dicho coeficiente se calculó sobre la valoración del conjunto de jueces con relación a cada uno de los ítems.

Etapa 4 (Exhaustividad del instrumento).

Con la finalidad de identificar si el instrumento era exhaustivo en cuanto a contar con los ítems y dominios básicos para realizar una evaluación psicosocial, se diseñó la pregunta “¿Hay algo más que yo no le haya preguntado y que usted considera importante comentar, o hay algo en particular que le gustaría trabajar?”. Ésta fue hecha únicamente a 18 de los 27 cuidadores debido a dificultades prácticas.

RESULTADOS

Etapa 1 (Identificación de dominios)

Para seleccionar las necesidades de atención psicosocial más relevantes del cuidador reportadas por la literatura, se identificaron inicialmente 560 artículos, de los cuales 247 reportaban evaluaciones en enfermedades avanzadas, muchas de las cuales consideraban ciertos aspectos físicos, económicos o de atención a la salud del paciente. Para la identificación de los dominios del presente instrumento se retomaron los que eran susceptibles de ser valorados por un trabajador de la salud mental en el contexto de la consulta externa, de manera paralela a la atención del paciente.

Como resultado de una primera versión, se identificaron trece dominios: Apoyo social, Conciencia de enfermedad, Conciencia de pronóstico, Adaptación a la enfermedad, Enfrentamiento de la enfermedad, Conspiración del silencio, Comunicación, Aspectos psiquiátricos (ansiedad, depresión, riesgo suicida), Sentido de vida, Satisfacción con los cuidados, Resiliencia, Espiritualidad y Sobrecarga, los cuales recibieron el visto bueno de los siete expertos iniciales para ser integrados. A partir de estos dominios se generó un total de 32 ítems, re-

tomados de instrumentos previos, de propuestas en la literatura de evaluación cualitativa o de la experiencia de los expertos. Adicionalmente, se integraron ítems para obtener información relevante respecto al cuidador (preguntas elaboradas para detectar si era un cuidador primario y algunos aspectos sociodemográficos), aspectos médicos del paciente y dos herramientas (termómetro de estrés y correlatos emocionales) que permiten evaluar el impacto de las intervenciones psicológicas implementadas para cada necesidad detectada.

Etapa 2 (Piloteo)

Se realizó un piloteo con la primera versión del instrumento aplicado a 27 cuidadores de pacientes con enfermedad avanzada, lo que permitió realizar modificaciones y correcciones a las preguntas y al formato. En la Tabla 2 se muestran los dominios e ítems iniciales y el formato de respuesta bajo la columna denominada “Primera versión”. También se muestra si en la etapa 2 los dominios con sus ítems permanecieron, si se modificaron o se eliminaron (columna denominada “Versión final”).

Como se observa, los dominios que finalmente conformaron el instrumento fueron los siguientes: Apoyo social, Conciencia de enfermedad y pronóstico, Conspiración del silencio, Comunicación, Ansiedad, Depresión, Riesgo suicida y Sobrecarga. El criterio utilizado para la eliminación de dominios fue la consideración de los cuidadores en cuanto a que estos eran escasamente relevantes y mostraran un mayor interés por otros aspectos. Se decidió agrupar el dominio Conciencia de enfermedad con el de Conciencia de pronóstico para mejorar el formato y optimizar la información. En el caso del dominio Aspectos psiquiátricos, se dividió en los componentes de importancia que lo conformaban para tener una mayor claridad en la estructura del instrumento. Los ítems se modificaron debido a que generaban confusión en los cuidadores, a que su redacción no era clara o que no proporcionaban suficiente información. Los ítems eliminados no proporcionaban datos respecto al dominio al que pertenecían o aportaban la misma información que se incluía en otro dominio.

Tabla 2. Proceso de modificación del instrumento.

Primera versión	Formato de respuesta	Versión final (Después del piloteo)	Ítems agregados	Formato de respuesta	Coefficiente de validez V
<i>Apoyo social</i>		Permanece dominio			
Mencione qué personas son las que colaboran junto con usted en el cuidado de su familiar	Abierta	Se elimina ítem			
¿Considera que el apoyo que recibe actualmente es suficiente?	Dicotómica	Se modifica ítem	¿Usted considera que el apoyo que recibe actualmente es suficiente?	Dicotómica complementada con abierta	.86
<i>Conciencia de enfermedad</i>		Se modifica dominio	<i>Conciencia de enfermedad y pronóstico</i>		
¿Qué enfermedad tiene su familiar (o paciente)?	Abierta	Permanece ítem			
¿Su familiar (paciente) sabe de su enfermedad y de lo que puede ocurrir por su enfermedad?	Abierta	Permanece ítem	¿Su familiar (paciente) sabe de su enfermedad y de lo que puede ocurrir a causa de esta?	Abierta	.93
<i>Conciencia de pronóstico</i>		Se modifica dominio	<i>Conciencia de enfermedad y pronóstico</i>		
¿Qué le han dicho los doctores acerca de la enfermedad de su familiar (o paciente)?	Abierta	Permanece ítem			
¿Le explicaron por qué lo mandaron a esta consulta en particular? ¿Qué le dijeron?	Abierta	Permanece ítem	¿Le explicaron por qué enviaron a su familiar a esta consulta en particular?	Dicotómica complementada con abierta	.64
		Se agrega ítem	¿Ha tenido dificultad para obtener la información que quisiera saber?	Dicotómica complementada con abierta	.71
<i>Adaptación a la enfermedad</i>		Se elimina dominio			
¿Cómo ha cambiado su vida a partir de que cuida a su familiar (o paciente) por la enfermedad que le diagnosticaron?	Abierta	Se elimina ítem			
¿Le ha costado trabajo adaptarse a los cambios generados por la enfermedad de su familiar (o paciente)?	Dicotómica complementada con abierta	Se elimina ítem			
<i>Enfrentamiento de la enfermedad</i>		Se elimina dominio			
¿Qué cree usted que es lo que más le ha ayudado a resolver problemas en su vida?	Abierta	Se elimina ítem			
¿Esto mismo le está ayudando a enfrentar en este momento su enfermedad?	Dicotómica complementada con abierta en caso de negativa	Se elimina ítem			
<i>Conspiración del silencio</i>		Permanece dominio			
¿Cuáles son los motivos por los que han decidido no querer informarle a su paciente acerca de su enfermedad?	Abierta	Permanece ítem			1

Continúa...

<i>Comunicación</i>		Permanece dominio			
Tomando en cuenta el pronóstico que ya me comenté, ¿ha hablado usted con su familiar (o paciente) acerca de los cuidados que él o ella desea recibir?	Dicotómica complementada con abierta	Se elimina ítem			
¿Usted o su familiar (o paciente) han hablado con el médico acerca del tipo de cuidado que desea recibir al final de la vida?	Dicotómica complementada con abierta	Se elimina ítem			
¿Existe algún tema o preocupación que tenga de la que quiera hablar con su familiar (o paciente) y no ha encontrado la forma de hablarlo o le ha causado dificultad hacerlo?	Dicotómica complementada con abierta	Se modifica ítem	¿Existe alguna preocupación que tenga de la que quiera hablar con su familia y no ha encontrado la forma de hacerlo o eso le ha causado dificultad?	Dicotómica complementada con abierta	.71
<i>Aspectos psiquiátricos</i>		Se elimina dominio			
		Se agrega dominio	Ansiedad		
¿Considera que la ansiedad es un síntoma que le está afectando de manera significativa?	Dicotómica	Se modifica ítem	¿Considera que la ansiedad o el nerviosismo es un síntoma que le está afectando de manera significativa?	Dicotómica	.93
		Se agrega dominio	Depresión		
En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido triste la mayor parte del tiempo?	Dicotómica	Permanece ítem			1
En las últimas dos semanas, ¿ha disminuido su capacidad para disfrutar las cosas que habitualmente disfruta; por ejemplo, platicar con su familia, ver la tele, escuchar música?	Dicotómica	Permanece ítem			.93
¿Esto le ha sucedido la mayor parte del tiempo?	Dicotómica	Permanece ítem			
¿Ha tenido ideas de hacerse daño a sí mismo?	Dicotómica	Se agrega dominio	Riesgo suicida		
		Permanece ítem			
¿Ha intentado lastimarse alguna vez en el pasado?	Dicotómica	Se elimina ítem			
¿Ha pensado cómo se haría daño?	Dicotómica	Se elimina ítem			
Hay una gran diferencia entre tener una idea y llevarla a cabo. ¿Qué tan probable considera hacerse daño o terminar con su vida?	Likert	Se elimina ítem			

Continúa...

¿Hay algo que evita que se haga daño a sí mismo?	Dicotómica complementada con abierta	Se elimina ítem			
		Se agrega ítem	¿Ha deseado estar muerto?	Dicotómica	.93
		Se agrega ítem	¿Ha pensado en hacerse daño?	Dicotómica	.86
		Se agrega ítem	¿Ha pensado en suicidarse?	Dicotómica	.93
		Se agrega ítem	¿Ha planeado cómo hacerlo?	Dicotómica	.93
		Se agrega ítem	¿Ha intentado suicidarse?	Dicotómica	.93
		Se agrega ítem	¿En algún momento de su vida ha intentado suicidarse?	Dicotómica	.93
<i>Sentido de vida</i>		Se elimina dominio			
¿Qué le da sentido o significado a su vida?	Abierta	Se elimina ítem			
<i>Satisfacción con los cuidados</i>		Se elimina dominio			
¿Puede decir que se siente satisfecho con lo que hace por su paciente?	Likert	Se elimina ítem			
<i>Resiliencia</i>		Se elimina dominio			
<i>A pesar de todo...</i>	Abierta	Se elimina ítem			
<i>Lo que me ha dado fuerza todo este tiempo para enfrentar esta situación es ...</i>	Abierta	Se elimina ítem			
<i>Lo que hemos vivido vale la pena por...</i>	Abierta	Se elimina ítem			
<i>Espiritualidad</i>		Se elimina dominio			
¿Cuáles son sus creencias espirituales?	Abierta	Se elimina ítem			
Sus creencias espirituales le han ayudado a enfrentar la enfermedad de su paciente (familiar):	Likert	Se elimina ítem			
A partir de la enfermedad de su paciente, ¿sus creencias han cambiado? En caso afirmativo, ¿cómo?	Abierta	Se elimina ítem			
<i>Sobrecarga</i>		Permanece dominio			
Se retomó un instrumento Zarit para evaluar sobrecarga (Alpuche et al., 2008)	Likert	Se agrega ítem	En una escala del 0 al 10, donde 0 implica ausencia de sobrecarga y 10 significa sobrecarga extrema, ¿qué tan sobrecargado se siente con respecto de cuidar a (nombre del paciente)	Likert	1.0

Etapa 3 (Opinión de expertos)

Para obtener datos respecto a la validez de contenido, a un grupo de catorce expertos (licenciados o maestros en psicología y psiquiatras con experiencia profesional en el área de la salud) se presentó la versión derivada del piloteo. Se calculó el coeficiente de validez V (Aiken, 1980) para obtener evidencia de validez de contenido. Los resultados de dicho índice en cada uno de los ítems finales se presentan asimismo en la Tabla 2 (columna denominada “Coeficiente de validez V ”).

La mayoría de los ítems de la versión final alcanzaron un valor V mayor a .80. Los ítems que obtuvieron menor valor fueron los relacionados con los dominios de Comunicación y Conciencia de enfermedad y pronóstico.

Etapa 4 (Exhaustividad del instrumento)

Se encontró que de los dieciocho cuidadores a quienes se les hizo la pregunta “¿Hay algo más que yo no le haya preguntado y que usted considera importante comentar, o hay algo en particular que le gustaría trabajar?”, doce respondieron que no había algo más que les interesara trabajar ni algo importante que agregar, seis mostraron interés por ser atendidos en áreas particulares, de los cuales cinco reportaron problemas de relación, y uno más manifestó preocupación respecto a su adaptación después del fallecimiento.

Se conservaron los ítems e instrumentos para obtener información relevante respecto al cuidador, los aspectos médicos del paciente y las herramientas para evaluar el impacto de las intervenciones.

Finalmente el instrumento quedó constituido de la siguiente manera:

Módulo 1. Elementos previos que dan información para realizar la intervención.

En este módulo se integran los ítems que tienen como objetivo obtener datos generales, sociodemográficos y médicos, del cuidador y de su paciente, pues tales datos ayudan a programar la intervención. Este módulo cuenta con cuatro áreas: Datos de entrevista, Aspectos médicos del paciente, Criterios para identificar a cuidador primario, e Información personal del cuidador.

Módulo 2. Termómetro de distrés y correlatos emocionales.

Dentro del instrumento se incluyeron el termómetro de distrés y correlatos emocionales como herramientas que permitirán al usuario evaluar el impacto de las intervenciones que se implementen ante cada necesidad detectada, y cuyas características se describen a continuación.

El termómetro de distrés es un instrumento que semeja la figura de un simple termómetro. Está conformado por una escala visual analógica de once puntos, que van del 0 (“Sin distrés”) al 10 (“Distrés extremo”), y una lista complementaria con cinco áreas: problemas prácticos, familiares, emocionales, físicos o espirituales, a fin de que el cuidador identifique la razón del distrés. Fue adaptado con permiso de la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN por sus siglas en inglés).

Por su parte, la evaluación de correlatos emocionales es una herramienta diseñada por el equipo de investigación, la cual tiene por objeto identificar los aspectos afectivos y las reacciones emocionales que el cuidador haya podido manifestar durante la última semana. Su formato consiste en una lámina que ilustra doce emociones: tristeza, tranquilidad, enojo, alegría, culpa, esperanza, angustia, optimismo, miedo, pesimismo, indiferencia y vergüenza. Como complemento, se identifica la frecuencia con la que ocurrieron dichas emociones por medio de una escala pictórica tipo Likert, con etiquetas que van de 1 a 4 (“Poco frecuente”, “La mitad de la semana”, “Muy frecuente” y “Todo el tiempo”, respectivamente). Se decidió emplear ilustraciones en una lámina, pues se observó que muchos cuidadores tenían dificultades para verbalizar sus emociones y que las imágenes facilitaban su expresión; además, se incluye una escala pictórica tipo Likert para la identificación de frecuencias debido a que dicho formato resulta ser más claro, sencillo y fácil para su comprensión, ya que en algunos casos el nivel educativo pone obstáculos a la abstracción, según señala Reyes (1993).

Los correlatos emocionales y su complemento (la escala pictórica tipo Likert) fueron sometidos a validación por jueces. Como resultado, se obtuvo 100% de acuerdo entre ellos ($V = 1$, $p < 0.05$).

Módulo 3. Dominios psicosociales básicos para planear la intervención.

Este módulo incluye los ocho dominios que se consideraron básicos para ser evaluados en el cuidador del paciente con enfermedad avanzada: Conciencia de enfermedad y pronóstico, Conspiración del silencio, Comunicación, Apoyo social, Ansiedad, Depresión, Riesgo suicida y Sobrecarga.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue describir el desarrollo del DENEPSI-cuidador. Se diseñó una primera versión, la cual fue piloteada y modificada para luego ser sometida a jueces y verificar su validez de contenido. En cuanto al contenido de las preguntas, la mayoría alcanzó un valor V superior a .80, que se considera estadísticamente significativo cuando se cuenta con más de diez jueces (Escurra, 1988). Sólo tres preguntas, que corresponden a los dominios de Conciencia de enfermedad y pronóstico y Comunicación, tuvieron un acuerdo inferior a ese valor. Una posible razón del bajo porcentaje de acuerdo en este dominio es que algunas de las preguntas se referían a la obtención de información, por lo que los expertos las consideraron elementos del dominio Comunicación. La confusión surgió por el modo en que se plantean las preguntas, en las que se tuvo mucho cuidado de no asumir que el paciente conocía su diagnóstico o pronóstico, por lo que la literatura sugiere preguntar estos aspectos de la manera más general posible, pero que no obstante haga posible obtener información, lo que se logró en la fase de piloteo, pues las preguntas permitían saber qué pacientes conocían estos aspectos de su enfermedad y quiénes no. Asimismo, se considera que el dominio de Conciencia de enfermedad y pronóstico cuenta con elementos de comunicación; sin embargo, se decidió separarlo debido a que en el primero de estos dominios se incluyen solamente elementos relacionados con la enfermedad; en cambio, el dominio Comunicación incluye elementos asociados al intercambio de información respecto a los problemas o preocupaciones pendientes. Además, ambos dominios ameritan una intervención distinta: el de Conciencia de enfermedad y pronóstico implica una intervención enfocada al entrenamien-

to en elementos de comunicación con el personal médico, la identificación de las necesidades de información y la promoción de la interacción entre el cuidador y el personal de salud para la toma de decisiones. En cambio, el dominio Comunicación se centra en la detección de las habilidades que el cuidador necesita para tratar asuntos pendientes directamente con el paciente o su familia, para entonces entrenarlo en ellas a través de la intervención.

DENEPSI-cuidador es una entrevista que tiene varias ventajas: permite realizar de manera propositiva y sistemática la detección de necesidades de atención psicosocial en el cuidador; posee una estructura flexible, lo que hace posible adaptarla a las características de cada cuidador; jerarquiza las necesidades para poder intervenirlas, y consiente la comunicación con el equipo interdisciplinario.

Además, en contraste con los instrumentos reportados en la literatura que únicamente evalúan un dominio en un tiempo que va de 5 a 30 minutos cada uno (Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa, 2008; Beck y Steer, 2002; Belgacem et al., 2013; Creedle et al., 2012; Hann, Winter y Jacobson, 1999; Jurado et al., 1998; Lo, Burman, Hals, Swani y Rodin, 2009; Minaya et al., 2012; Montorio et al., 1998; Northouse et al., 2012; Radloff, 1977; Ramos de Río, 2005; Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001; Spitzer, Kroenke, Williams y Lowe, 2006; Zarit, Orr y Zarit, 1985), esta entrevista permite identificar las variables de mayor relevancia en los cuidadores de pacientes con enfermedad avanzada en una breve aplicación, toda vez que requiere de 20 a 25 minutos en promedio. Lo anterior representa una ventaja importante, pues generalmente los cuidadores tienen una gran cantidad de responsabilidades y, en consecuencia, poco tiempo.

Otro beneficio es que incluye dos herramientas que hacen factible evaluar la efectividad de las intervenciones que el clínico decide implementar ante cada necesidad detectada. Por una parte, se evalúa el distrés, que es la experiencia no placentera, multifactorial y de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional, social o espiritual) que interfiere con la habilidad para afrontar efectivamente la enfermedad, los síntomas físicos y el tratamiento (Hoffman, Zevon, D'Arrigoy Cecchini, 2004) a través del termómetro de distrés, que ha sido ampliamente utilizado en poblaciones si-

milares (Hoffman et al., 2004; Murillo y Holland, 2004; NCCN, 2003). Este último instrumento, que fue integrado al DENEPSI con permiso de la NCCN, es breve y ha sido empleado para detectar distrés significativo en los cuidadores, cuenta con propiedades adecuadas de confiabilidad y validez y está traducido, adaptado y validado para población mexicana por Almanza, Rosario y Pérez (2008). Asimismo, se emplearon los correlatos emocionales, una herramienta que, diseñada por el equipo de investigación, mostró un acuerdo entre jueces de 100%.

Por otro lado, es posible identificar también algunas debilidades. Por ejemplo, al tener preguntas abiertas, existe la posibilidad de que se proporcione una gran diversidad de respuestas que únicamente pueden analizarse a través del juicio clínico para determinar la intervención necesaria. Además, carece de elementos cuantitativos que permitan obtener características psicométricas. Sin embargo, su función es servir como una guía que oriente al usuario (en este caso el terapeuta) para identificar las necesidades de atención psicosocial del cuidador.

Respecto a la exhaustividad de la entrevista –explorada en la etapa 4–, las respuestas indican que los cuidadores están interesados en recibir atención en cuanto a los problemas de relación con otros miembros de la familia. A pesar de que esto puede ser una fuente que influye en el distrés de los cuidadores, se dificultan la evaluación y la intervención debido a que no está directamente relacionada con las funciones del cuidador, está influida por variables históricas o de interacción con otros miembros de la familia y no es viable de atenderse en un contexto hospitalario. Ante esta situación, se sugiere que el clínico juzgue la pertinencia de evaluar e intervenir de forma independiente esta necesidad, o en su caso referir a un servicio especializado.

En cuanto a la adaptación del cuidador después del fallecimiento, a pesar de que fue mencionada por una sola persona, es un tema que posiblemente interese al cuidador; sin embargo, dicha

evaluación no se incluye en el DENEPSI-cuidador debido a que las preguntas pueden resultar fuera de contexto y generar iatrogenia si previamente no se atienden otras necesidades. Se sugiere, en consecuencia, que en esta área se haga una evaluación complementaria después del fallecimiento del paciente y que el clínico juzgue la pertinencia de atenderla o referirla.

La principal limitación del presente estudio es que todavía no se cuenta con información que haga posible obtener la validez de criterio del instrumento, por lo que en futuros estudios se intentará ampliar los datos psicométricos.

En conclusión, esta entrevista puede ayudar al clínico a detectar las necesidades de atención psicosocial del cuidador para hacer una evaluación complementaria o intervenir. En lo que respecta a la intervención, existe una guía detallada para atender cada necesidad detectada en el cuidador a través del DENEPSI: Manual de Atención Psicosocial para Cuidadores de Pacientes con Enfermedad Avanzada la cual fue desarrollada por el mismo equipo de trabajo, por lo que el clínico puede contar con herramientas útiles para evaluar y tratar a esta población.

Agradecimientos

Deseamos agradecer a los siguientes expertos su invaluable apoyo en el análisis de los ítems del instrumento: Natasha Alcocer, Lorena González, Benjamin Molina, KarimeFajer Paniagua, Ana Peredo Silva, Rodrigo Cárcamo, Fabiola Fuentes Fuentes, Brenda Pérez Terán, Mayra Morales, Aída Montserrat Reséndiz Barragán, Edgar Landa Ramírez, José Roberto Rojas Padilla, Betzabé Alejandra Figueroa Fuentes, Gabriel Valadez Roque, Lizeth León Castillo, Sharon Edith Vela Sánchez, Sofía Hernández, Karina Noemí Velasco Guzmán, Lalina Perlasca, Tlálóc González Estrada, Paulina Briseño Hernández, Susana Velasco, Andrea Susana Basañez de Elías y Donald Arturo Siliceo González.

REFERENCIAS

- Aiken, L. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 955-959.
- Almanza, J., Rosario, J. y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del Termómetro de Distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar México*, 62, 209-217.
- Alpuche, V., Ramos, B., Rojas, M. y Figueroa, C. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245.
- Bakas, T. y Champion, V. (1999). Development and psychometric testing of the Bakas Caregiving Outcomes Scale. *Nursing Research*, 48, 250-259.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 213-223. doi: 10.1016/0887-6185(91)90002-b.
- Beck, A. y Steer, R. (2002). *Inventario de depresión de Beck BDI-II*. Madrid: Paidós.
- Belgacem, B., Auclair, C., Fedor, M.C., Brugnon, D., Blanquet, M., Toumilhac, O. y Gerbaud, L.A. (2013). Caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: A randomised clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 870-876.
- Brink, P., Smith, T.F. y Kitson, M. (2008). Determinants of do-not-resuscitate orders in palliative home care. *Journal of Palliative Medicine*, 11, 226-232.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., DeGruy, F.V., y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723.
- Cejudo, L., López, L., Duarte, R., Crespo, S., Coronado, I. y De la Fuente, R. (2015). El pacto del silencio desde las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*, 25(3), 124-32. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.02.002.
- Cheng, W.C., Schuckers, P.L., Hauser, G., Burch, J., Emmett, J.G., Walker, B., Law, E., Wakefield, D., Boyle, D., Lee, M. y Thyer, B.A. (1994). Psychosocial needs of family caregivers of terminally ill patients. *Psychological Reports*, 75, 1243-1250.
- Cohen, R.S. (2001). Changes in quality of life following admission to palliative care units. *Palliative Medicine*, 15, 5363-5371.
- Creedle, C., Leak, A., Deal, A.M., Walton, A.M., Talbert, G., Riff, B. y Homback, A. (2012). The impact of education on caregiver burden on two inpatient oncology units. *Journal of Cancer Education*, 27, 250-256.
- Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., ten Have, M. y de Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-items, the three-items, and the two-items Mental Health Inventory. *Psychiatry Research*, 15, 250-255. doi: 10.1016/j.psychres.2008.05.012
- Escurra L., M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6, 103-111.
- Family Caregiver Alliance (2002). *Selected caregiver assessment measures: A resource inventory for practitioners*. San Francisco, CA: FCA.
- Goodman, C.C. (1991). Perceived social support for caregiving: Measuring the benefit of self-help/support group participation. *Journal of Gerontological Social Work*, 16, 163-175.
- Haley, W.E., LaMonde, L.A., Han, B., Burton, A.M. y Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 215-224.
- Hann, D., Winter, K. y Jacobson, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 437-443.
- Hickman, R.L. y Douglas, S.L. (2010). Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Advanced Critical Care*, 21, 80-91.
- Hoffman, B.M., Zevon, M.A., D'Arrigo, M.C. y Cecchini, T.B. (2004). Screening for distress in cancer patients: The NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology*, 13, 792-799.
- Janze, A. y Henriksson, A. (2014). Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: Family carer experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, October; 20(10), 494-501. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.10.494.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kramer, B.J. y Boelk, A.Z. (2015). Correlates and predictors of conflict at the end of life among families enrolled in hospice. *Journal of Pain and Symptom Management*, S0885-3924(15), 00168-2. doi: 10.1016/j.jpainsymman.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer Publishing Company.
- Lo, C., Burman, D., Hales, S., Swani, N. y Rodin, G. (2009). The FAMCARE-Patient Scale: Measuring satisfaction with care of outpatients with advanced cancer. *European Journal of Cancer*, 45, 3182-3188.

- Lokker, M.E., van Zuylen, L., Veerbeek, L., van der Rijt, C.C.D. y van der Heide, A. (2012). Awareness of dying: it needs words. *Supportive Care in Cancer*, 20(6), 1227-1233. doi: 10.1007/s00520-011-1208-7.
- Minaya, P., Baumstarck, K., Berbis, J., Goncalves, A., Barlesi, F. y Michel, G. (2012). The CareGiver Oncology Quality of Life Questionnaire (CarGOQoL): Development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 48, 904-911.
- Montorio C., I., Izal F., T.M., López L., A. y Sánchez C., M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248.
- Murillo, M. y Holland, J.C. (2004). Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life. *Palliative Supportive Care*, 2, 65-77.
- National Comprehensive Cancer Network (2003). Distress management: Clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 1, 344-374.
- Northouse, L.L., Katapodi, M.C., Schafenacker, A.M. y Weiss, D. (2012). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 28, 236-245.
- Novak, M. y Guest, C.I. (1989). Application of a multidimensional Care-giver Burden Inventory. *Gerontologist*, 29, 798-803.
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2010). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62, 126-137.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramos del Río, B. (2005). *Encuesta de salud del cuidador primario informal*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reich, M. y Mekaoui, L. (2003). Conspiracy of silence in oncology: A situation not to be overlooked. *Bulletin du Cancer*, 90, 181-184.
- Reyes L., I. (1993). Las redes semánticas naturales: su conceptualización y utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 1, 81-97.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-217.
- Scott, J.A. (2006). Informal caregiving. *Blaine House Conference on Aging*, 1-12.
- Sharp, L.K. y Lipsky, M.S. (2002). Screening for depression across the lifespan: A review of measures for use in primary care settings. *American Family Physician*, 15, 1001-1008.
- Spector, J. y Tampi, R. (2005). Caregiver depression. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 13, 34-40.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W. y Lowe, B.A. (2006). Brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- Thielemann, P.A. y Conner, N.E. (2009). Social support as a mediator of depression in caregivers of patients with end-stage disease. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(2), 82-90.
- United States Preventive Services Task Force. (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136, 760-764.
- Weeks, J.C., Cook, E.F., O'Day, S.J., Peterson, L.M., Wenger, N., Reding, D. y Phillips, R.S. (1998). Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *The Journal of the American Medical Association*, 279, 1709-1714.
- Yates, P. y Stetz, K.M. (1999). Families' awareness of and response to dying. *Oncology Nursing Forum*, 26(1), 113-120.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zarit, S., Orr, N. y Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York : The New York University Press.
- Zarit, S. y Whitlatch, C.J. (1992). Institutional placement: Phases of the transition. *The Gerontologist*, 32, 665-672.
- Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008. PMID 14221692.

Los cuidadores de pacientes con cáncer: aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedades y centros de salud

Caregivers of cancer patients: Lessons and recommendations for families, organizations, and health facilities

María Elena Garassini¹

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo la comprensión de las narrativas construidas por los cuidadores de pacientes con cáncer para derivar aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedades y centros de salud. Se adoptó un paradigma construccionista y se utilizó la llamada Teoría Fundamentada. Los participantes fueron familiares cuidadores en el Instituto Oncológico “Luis Razetti” de Caracas, Venezuela. El instrumento de recolección de información fue una entrevista semiestructurada con tópicos relativos a las experiencias del cuidador. Los resultados permitieron construir tres grandes categorías y señalar la presencia de cinco conceptos: emociones, comunicación, quiebre biográfico, atención al enfermo y transformación, en un *continuum* positivo-negativo. Los aprendizajes y recomendaciones se agruparon en dos dimensiones: la sanitaria-organizacional y la familiar-social.

Palabras clave: Cáncer; Cuidadores; Teoría fundamentada.

ABSTRACT

The present study aimed at understanding the narratives constructed by caregivers of cancer patients and to derive lessons and recommendations for families, organizations and health facilities. A constructionist paradigm in the context of the “Grounded Theory” was adopted. Participants were family caregivers at the Cancer Institute Luis Razetti in Caracas, Venezuela. The data collection instrument was a semi-structured interview with themes related to caregiver experiences. Results led to developing three large categories and five main concepts: emotions, communication, biographical breaking point, patient care and transforming toward a positive-negative continuum. The concepts and strategies learned, as well as recommendations were grouped into two dimensions: health/organizational and family/social.

Key words: Cancer; Caregivers; Grounded theory.

INTRODUCCIÓN

La función familiar ante la enfermedad implica procesos complejos, no solo por las características propias de la familia –como el estilo y el nivel de cohesión–, sino por las reacciones ante la enfermedad, que involucran angustia, ansiedad y depresión. A su vez, la dificultad de la función de un miembro de la familia puede verse exacerbada cuando asume el rol de cuidador principal (Gutshall, 2010).

¹ Universidad Metropolitana, Distribuidor Universidad, Terrazas del Ávila, 1070 Caracas, Venezuela, tel. (58)2122-40-35-28, correo electrónico: mgarassini@unimet.edu.ve. Artículo recibido el 11 de agosto de 2014 y aceptado el 6 de mayo de 2015.

Una de las principales fuentes de estrés para el cuidador es la percepción de los síntomas del paciente (Aldana y García, 2011; Félix et al., 2012). Given et al. (2004) encontraron una relación lineal entre el número de síntomas del paciente que reportaba el cuidador y el nivel de síntomas depresivos en este último, lo que significa que la depresión y la carga están asociadas a los factores del cuidador, pero no a las características del paciente.

Según la Family Caregiver Alliance (2003) y Nava y Ruiz (2012), un gran número de personas que necesitan cuidados especiales recurren a la ayuda exclusiva de familiares y amigos cercanos, mientras que solo un pequeño grupo se apoya en cuidadores profesionales.

Distintos autores han tratado de plantear un perfil específico para el cuidador principal, en el que incluyen factores que hacen que una persona tenga más probabilidades de cumplir dicho rol. Tales características dependen de la enfermedad que el paciente sufra y del ámbito donde se realice la investigación.

El perfil más común es ser mujer, hija, que convive en el mismo hogar que el paciente, con nivel de estudios primarios, con capacidad de seguir instrucciones y una edad media de 54 años (Blanco, Librada y Rocafort, 2007).

Por su parte, en una investigación mexicana se encontró que el perfil está caracterizado por el hecho de ser mujer, pariente del paciente, mayor de 41 años, con pareja y que dedica la mayoría de su tiempo al cuidado de aquél (Araneda, Aparicio, Escobar, Huaiquivil y Méndez, 2006).

Una de las características que más predomina entre los rasgos del cuidador es el ser mujer, que por lo común es la que provee asistencia a la mayoría de sus familiares, además de cumplir paralelamente diversos roles (amiga, compañera, suplente en la toma de decisiones, etc.) (Navaie-Waliser et al., 2002). Similares hallazgos fueron reportados por Cameron, Shin, Williams y Stewart (2004), quienes a su vez subrayan la importancia de la influencia del rol materno.

En una investigación realizada en Venezuela por Carratalá y Peña (2009) se encontró que la muestra de familiares cuidadores de enfermos oncológicos eran mujeres, hijas, de entre 40 y 50 años y de diferentes niveles socioeconómicos.

Baider (2003), en un artículo sobre cáncer y familia, hace una afirmación que ilustra muy bien cómo la presencia de un enfermo incita un proceso de reflexión colectiva que involucra al cuidador principal y a todos los miembros de la familia:

Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la trayectoria de la enfermedad: ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente, y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida. La enfermedad puede percibirse como potencial de peligro de desintegración personal o familiar o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro familiar (p. 507).

De esta forma, un diagnóstico de cáncer constituye un hito, un antes y un después, un quiebre biográfico en el curso de la vida de esa persona y su entorno (National Cancer Institute, 2014). Puede iniciarse un proceso de duelo que pasa por varias etapas y que llevará finalmente a la aceptación de la pérdida, misma que ya ha sido descrita por Kübler-Ross (2005).

Aunque la mayoría de las investigaciones de finales del siglo XX se centraban en el paciente y su realidad, algunas otras han demostrado que los parientes cercanos experimentan un pobre bienestar psicológico, reducen la calidad de su relación con el paciente, sufren *burnout* y abaten su salud física. Diversos autores como Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner (1995) y Wellisch, Hoffman y Goldman (1999), reportan que la depresión y la ansiedad están presentes en muchos de los parientes de los pacientes oncológicos, y que los grupos de intervención constituyen una estrategia efectiva para su reducción.

Por otra parte, según Frankl (1946/1991), la búsqueda de sentido, en la que está implícito un proceso de reflexión, puede aportar nuevos elementos para comprender cómo los cuidadores pueden experimentar elementos positivos en el cuidado. Los profesionales de la salud están llamados a alentar a los cuidadores a buscar un mejor horizonte y ele-

mentos positivos en la situación, especialmente los que puedan aportar significados enriquecedores para la propia existencia (cf. International Psycho-Oncology Society, 2013; López y Rodríguez, 2007).

A partir del presente siglo, diversos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática resultante de algunas enfermedades crónicas, como el cáncer, a partir de un modelo más saludable que, basado en métodos positivos de prevención, tenga en consideración la habilidad natural de los individuos para afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Gist y Woodall, 2000; Paton, Smith, Violanti y Eräen, 2000; Pérez y Vázquez, 2003; Stuhlmiller y Dunning, 2000).

La investigación que aquí se reporta pretendió explorar y comprender los significados construidos por los familiares cuidadores en el acompañamiento del enfermo de cáncer para derivar aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedad y centros de salud. Es posible que el alcance de sus resultados abra un espacio que permita mirar hacia adelante y avanzar en la respuesta a la necesidad de diseñar estrategias de intervención y de programas que promuevan la participación activa, informada y equilibrada de todos actores presentes en una enfermedad crónica como el cáncer (paciente, familiares y profesionales de la salud), especialmente quienes viven la experiencia del sufrimiento por la enfermedad, lo que compromete su salud emocional y psicológica.

MÉTODO

Como se señaló en la introducción, el problema referido ha sido estudiado bajo el paradigma de la enfermedad y de sus secuelas negativas. Por otro lado, con el paradigma de la psicología positiva y la resiliencia se están comenzando a hacer estudios sobre el impacto positivo y el aprendizaje de tales vivencias. Además, las investigaciones indican que el factor cultural en la relación con la enfermedad y la muerte desempeña un papel determinante en la vivencia de las mismas. Estos factores, que implican el acercamiento a un fenómeno para su comprensión global desde una perspectiva nueva y en una cultura específica, como la

venezolana, obligaron a elegir una estrategia de investigación que busca conocer los significados construidos alrededor del fenómeno estudiado en el grupo familiar de los pacientes oncológicos, una muestra poco estudiada en Venezuela, toda vez que la mayoría de los análisis se centran en el propio enfermo.

Paradigma de la investigación

Se utilizó el paradigma construccionista, con una epistemología relativista que asume la existencia de múltiples realidades que dependen de las construcciones mentales de las personas que las conciben. Desde esta epistemología, lo único cognoscible son los significados atribuidos por los individuos, a los cuales se accede, entre otras vías, a través del lenguaje. Se deriva de las propias palabras de las personas y la conducta observable durante sus narraciones, y presenta un conjunto de técnicas para recoger datos que hacen posible encarar el mundo empírico (Guba, 1990; Tójar, 2006). De esta manera, el centro de la presente investigación se puso en las interpretaciones que los familiares habían construido de sus vivencias de acompañamiento de los enfermos oncológicos desde sus propias perspectivas, siendo el investigador un artífice que las identifica y sistematiza. La metodología seleccionada fue por ende la cualitativa, que se refiere en general a la investigación que produce datos descriptivos, como la creación de categorías de respuestas, sin traducir a números las respuestas de los participantes.

Selección del contexto y de los participantes

Los participantes fueron catorce familiares que asistían a las charlas dirigidas a ellos y a los enfermos atendidos en el Instituto Oncológico “Luis Razetti” (IOLR), ubicado en la ciudad de Caracas, Venezuela: nueve mujeres y cinco hombres con diferentes tipos de parentesco con el enfermo y con edades comprendidas entre 29 y 78 años. Los enfermos atendidos por la muestra de familiares eran en su mayoría mujeres, con edades de entre 35 y 70 años, con variados diagnósticos de cáncer y en diversos estadios de la enfermedad (Cuadro 1).

Cuadro 1. Participantes en el estudio.

Familiar	Edad	Sexo	Parentesco	Enfermo	Edad	Sexo	Diagnóstico	Estadio
Carmen	40	F	Hija	Carmen	70	F	Cáncer de estómago	III
Gisela	50	F	Hermana	Berta	35	F	Cáncer de intestino	II
Rosa	45	F	Hija	Estela	68	F	Cáncer de hígado	III
Luisa	78	F	Madre	Gladys	42	F	Cáncer de cabeza-oído	IV
Estilita	38	F	Hija	Juana	65	F	Cáncer de vagina	I
Cándido	55	M	Esposo	Clara	48	F	Tumor por operar	I
Evelyn	31	M	Nuera	María	70	F	Cáncer de seno	II
Rubi	29	F	Hija	Laura	62	F	Carcinoma anal	III
Jefferson	37	M	Hijo	Raúl	60	M	Tumor en pulmón	II
Elena	28	F	Hija	Celia	65	F	Cáncer de seno	II
Ana María	30	F	Hija	Carla	56	F	Cáncer de útero	I
Elizabeth	66	F	Madre	Neida	39	F	Cáncer de útero	II
Tulio	40	M	Esposo	Clara	35	F	Cáncer de útero	I
Héctor	35	M	Sobrino	Pedro	55	M	Cáncer de seno	II

La selección de cada nuevo familiar, el cual se constituye en el “participante”, se realizó según el muestreo teórico, que está orientado a la exploración y profundización de los conceptos emanados del análisis realizado de los primeros textos recopilados. Se solicitó a los asistentes a las charlas su cooperación para asistir a una entrevista. Tres mujeres fueron las primeras voluntarias y sus entrevistas fueron tomadas como piloto para validar las preguntas y realizar la primera aproximación a los temas y categorías. En los siguientes encuentros todas las voluntarias fueron mujeres, casi todas hijas de una enferma. Luego, se solicitó su participación directamente a los varones asistentes, y también a personas que tuvieran vínculos diferentes, como ser madres, sobrinos y demás, lo que permitió contar con una muestra heterogénea y la saturación de las categorías que iban emergiendo.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

La técnica central utilizada fue la entrevista semiestructurada, en la cual el entrevistador dispone de un “guión” que enlista los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejaron a la libre decisión y valoración del entrevistador (Taylor y Bogdan, 1992). Las entrevistas (una a cada participante)

fueron todas ellas realizadas por la investigadora y audiograbadas para su posterior transcripción. El tiempo de duración de las mismas fue de una hora, y en algunos casos de hora y media o dos horas. Los temas que se abordaron se relacionaban con las experiencias del cuidador de pacientes con cáncer: historia de la enfermedad; experiencias previas con enfermos de cáncer; necesidades, preocupaciones, fortalezas personales, familiares, comunitarias y culturales que encuentran en su contexto; relación con el enfermo, entre los miembros de la familia y con los profesionales de la salud durante la enfermedad; reestructuración de la rutina personal y familiar por causa de la enfermedad, y aprendizajes obtenidos de la vivencia de la enfermedad.

Análisis y procesamiento de datos

Se seleccionó la llamada teoría fundamentada, que implica un proceso de análisis de la información del que Strauss y Corbin (2002) señalan dos operaciones básicas: la formulación de preguntas para iniciar la indagación y dirigir el muestreo teórico, y la realización de comparaciones constantes entre fenómenos y teoría con el fin de que el investigador formule propiedades y dimensiones de las categorías.

Las comparaciones teóricas y entre fenómenos permitieron tres procesos analíticos: la codificación abierta, la axial y la selectiva para lograr la

saturación de las categorías, la eliminación de los datos excedentes y el esbozo de la teoría (Strauss y Corbin, 2002, p. 110).

En cuanto al procesamiento de los datos, se comenzó transcribiendo las entrevistas, para luego, por medio de la comparación constante, analizar conceptualmente, y de acuerdo a los significados, los segmentos o unidades de análisis de libre flujo y contrastarlos entre ellos mismos, formando así las primeras categorías, lo que permitió la codificación abierta. A su vez, estas también se compararon entre sí para armar nuevas categorías, subcategorías, temas y dimensiones, o simplemente para ser desechadas.

Tal como propone Sarlé (2005), todo el proceso de generación teórica que favorece la comparación constante, la selección de los participantes, la recolección de la información, el análisis de los datos y su interpretación, fueron tratados como procesos simultáneos.

Durante este proceso de comparación constante, se encontraron significados a los que se agregaron códigos y agrupamos según sus características, semejanzas y diferencias, lo que apoyó la codificación axial. Este proceso se hizo de forma independiente, haciendo la autora la codificación de forma individual, luego de lo cual los datos y su primera categorización se presentaron al asesor metodológico y revisados conjuntamente; también se revisaron diversas investigaciones sobre la familia y la enfermedad, así como trabajos basados en metodologías cualitativas, construcción de categorías y teorías fundamentadas para darle confianza al proceso en creación. Luego de la cuarta entrevista, los datos se procesaron en conjunto y fueron revisados por un experto en metodología y dos profesionales de la salud (psicooncólogos), para así asegurar la validez de los resultados que se iban integrando a la investigación.

A partir de la sexta entrevista, se decidió buscar de forma intencional a los familiares masculinos (ya que hasta ese momento solamente se contaba con familiares femeninos de diferentes edades y parentesco con los enfermos) para poner a prueba las categorías y subcategorías creadas y verificar la existencia de otras nuevas. Ambos objetivos se lograron, y de allí en adelante se continuó trabajando con participantes femeninos y masculinos hasta que se logró la saturación de las categorías y dimensiones creadas, contándose al final con la

participación de catorce informantes: diez del sexo femenino y cuatro del masculino.

De esta forma, se comenzó un segundo análisis de todas las entrevistas con la idea de establecer relaciones entre las categorías y hacer una exploración más profunda de las mismas, hallándose detalles que fueron subcategorizados y desarrollados en los resultados y que permitieron la creación de tres categorías con sus respectivas dimensiones, lo que hizo posible la codificación selectiva. Como parte de la creación de las categorías, en cada visita al hospital se invitaba a los entrevistados anteriores a revisar las categorías en construcción para validarlas, a veces en forma individual, en parejas o en pequeños grupos, según su disponibilidad. En líneas generales, los participantes concordaron con los procesos descritos, lográndose la validación de lo así elaborado.

En cuanto a los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependibilidad y confirmabilidad. (Lincoln y Guba, 1985), el primero de ellos se alcanzó mediante la triangulación de fuentes, pues es una técnica inherente a la estrategia de investigación y a la técnica de recolección de información, toda vez que el muestreo teórico implicó la obtención de información a partir de diversas fuentes; en este caso, mediante entrevistas a informantes de diferentes sexos, edades y relación con el paciente. También se aplicó la triangulación de técnicas al realizar, además de las entrevistas individuales en profundidad a cada uno de los familiares, la entrevista colectiva en el momento de validar las categorías. Otra técnica utilizada fue el análisis del caso negativo, el cual consistió en la búsqueda de la variación extrema de un concepto para dar a la teoría construida un mayor poder explicativo. En el caso de los conceptos, se halló inicialmente el ocultamiento de la información al enfermo, y luego, con otros familiares, la discusión de la enfermedad y de casos alternos, así como la exclusión u ocultamiento al familiar en lugar del enfermo. Otra inclusión del caso negativo de este tipo en los familiares fue la búsqueda de informantes del sexo masculino, ya que en su gran mayoría dichos cuidadores pertenecen al sexo femenino. Aunque el logro total del criterio de transferibilidad es imposible debido a la variedad y naturaleza de los factores que inciden en un fenómeno social, que lo convierten en único e irreplicable, el planteamiento de

Lincoln y Guba (1985) de realizar una descripción densa del fenómeno estudiado permitirá a otros investigadores decidir si este estudio es o no transferible a su tema de indagación. La dependibilidad y confirmabilidad pueden alcanzarse mediante la técnica de la auditoría. La aplicación de esta técnica resultó muy natural en esta investigación en virtud de que la misma responde a un trabajo de grado, lo cual implicó su revisión obligatoria por parte de un jurado y la tutoría desde el comienzo.

RESULTADOS

Las narrativas construidas por los familiares en el acompañamiento del enfermo oncológico

Los relatos de los familiares permitieron la construcción de tres grandes categorías que recogen los significados construidos y validados por los cuidadores: secuencial, relacional y de procesos. A continuación se presenta el sistema de categorías y sus dimensiones.

Categoría secuencial y sus dimensiones

La historia del cáncer del familiar, de los primeros síntomas a los ajustes requeridos; primeros síntomas, visita a médicos o centros de salud, diagnóstico de cáncer, shock emocional por el diagnóstico de cáncer, comienzo de los tratamientos, deterioro físico y ajustes necesarios.

Categoría relacional y sus dimensiones

La relación con los actores de la historia: el enfermo, los otros familiares, los médicos, el cáncer, otros familiares muertos y Dios.

Categoría de proceso y sus dimensiones

Procesos personales del familiar que acompañan al paciente oncológico: atender, conocer, tener apoyo o apoyar, sufrir, aprender.

Las tres categorías principales creadas sintetizan tres aspectos diferentes y complementarios de la experiencia de los familiares informantes: lo secuencial, lo relacional y lo personal. Estas categorías permitieron desarrollar la experiencia de los cuidadores de pacientes oncológicos, presentada en cinco conceptos o constructos que sintetizan su vivencia, conjugando y sintetizando las tres categorías desarrolladas agrupándolas en cinco elementos:

emociones, comunicación, quiebre biográfico, ajustes y transformación.

1) *Emociones y sentimientos*. Cuando los familiares de los enfermos oncológicos relatan las historias de sus familiares con cáncer, frecuentemente afloran desde el principio emociones básicas, como el miedo: miedo a lo que vendrá, miedo a los retos, miedo al sufrimiento, miedo a la información y su impacto, miedo a las pérdidas. Ese temor viene muchas veces acompañado de episodios de llanto y angustia, que se evidencian en manifestaciones fisiológicas tales como sudoración, frotamiento de las manos y habla afectada (bajo volumen, falta de fluidez, silencios). Algunos familiares reportan en sus relatos que, una vez experimentado el choque emocional inicial, experimentaron pensamientos, sentimientos y acciones de afrontamiento activo para acompañar a sus familiares: manifestaciones de unión familiar, aporte de todos los miembros, preocupación u ocupación compartida, al igual que la recarga de la responsabilidad en un solo miembro, falta de unión familiar e inclusive abandono, que también se evidenciaron en algunas de las entrevistas, poniendo de relieve la polaridad positiva-negativa de la apreciación del comportamiento ante una situación (en este caso, un familiar enfermo).

2) *Comunicación*. La comunicación de los familiares con el enfermo, los médicos y los otros familiares es señalada reiteradamente, la mayoría de las veces con la inclusión de un juicio de valor sobre su adecuación o inadecuación. Hacer una valoración negativa de la comunicación realizada con los médicos, hacer un juicio positivo y agradecido de la información recibida, exponer sin juicio la información recibida, sentirse excluido de la información sobre el familiar, señalar que otros familiares no están interesados en saber o acceder a la información, son muestras de los episodios narrados sobre la comunicación entre los diferentes actores y las valoraciones que hacen. En referencia a la comunicación del diagnóstico al resto de los familiares, se ve también un continuo que va desde la importancia y valoración a hacerlo, hasta la exclusión de la información al enfermo o a algún otro miembro de la familia. El negar la información sobre la enfermedad ya se ha estudiado y descrito en la literatura, y es conocido como “conspiración del silencio” (Gómez-Sancho, 1999), donde los familiares o un grupo de ellos esconden

la información al enfermo e incluso a otros familiares que son considerados más débiles.

3) *Quiebre biográfico*. La presencia del cáncer en una familia genera una movilización en cada uno de los miembros y puede exacerbar algunas características, como mostrar situaciones que se habían mantenido ocultas o servir como expiación para justificar alguna dificultad presente en el clima familiar. Diversas interacciones y sus connotaciones negativas o positivas surgen del familiar hacia el enfermo, los médicos y otros familiares, las que toman como centro la enfermedad (el cáncer), haciendo que la enfermedad aparezca como la detonante, la responsable o la causante de lo que sucede en las relaciones entre los miembros de la familia. El significado de la enfermedad como un quiebre biográfico en una familia o en sus miembros hace referencia al momento de la aparición de la enfermedad en uno de sus miembros y la evolución de la misma. Variados elementos empiezan a surgir en forma de preguntas: ¿cuál es el rol dentro de la familia del miembro enfermo?, ¿los ajustes y demandas que implica el cáncer coinciden con las estructuras personales y sociales de los miembros?, ¿es posible atender al enfermo?, ¿cómo aparecen o se seleccionan los posibles cuidadores?, ¿cuáles son el significado de la enfermedad y el nivel de incertidumbre acerca de la salud futura del paciente? Pareciera que todas estas inquietudes surgen a partir de las experiencias previas o de informaciones recientes de que cada familia dispone respecto al mismo familiar u otros enfermos de cáncer cercanos.

4) *Atención al enfermo*. Generalmente, la tarea de cuidar requiere que una persona esté acompañando siempre al enfermo. En muchos casos, una sola persona lleva a cabo esta función. El cuidador principal de un enfermo crónico es una persona que de forma autoatribuida, delegada por el grupo familiar o el producto de un consenso se convierte en aquella que comparte la mayor parte del tiempo con el enfermo y lo ayuda a cubrir sus necesidades. Pareciera que los familiares creen protagonizar un rol muy importante al cuidar al ser querido, pero al mismo tiempo sufren agotamiento y expresan el sentimiento de estar solos y de necesitar ayuda. Otros familiares reportan haber hecho un excelente equipo con otros miembros de la familia, en el que cada uno utiliza sus propias fortalezas para ocupar-

se del enfermo. Algunos familiares presentan incluso estilos de afrontamientos originales, en los que el optimismo y el buen humor constituyen la estrategia central. Por otra parte, algunos familiares (principalmente los varones) se sienten excluidos del cuidado, de la información y de todo lo que implica la enfermedad.

5) *Transformación*. Cuando se profundiza en las entrevistas con los familiares acerca de las experiencias vividas durante el cuidado del enfermo, aparecen cambios ocurridos en su persona u otros productos de las demandas de la enfermedad que después se perciben como transformaciones, logros o aprendizajes. Alejarse de la enfermedad y de los momentos de gran demanda física y psicológica pareciera permitir hacer un balance de lo aprendido sobre la vida, la salud, la familia, la fe y muchos otros pequeños detalles. Algunos entrevistados mencionan la fe, las ganas de vivir y los ejemplos de recuperación de otros como un aprendizaje y como los mejores tratamientos para recuperarse.

Considerando todos los elementos desarrollados en este apartado de resultados sobre la experiencia del cuidador de pacientes oncológicos, se presentan los aprendizajes y recomendaciones para la atención del enfermo de cáncer por sus familiares y los profesionales de la salud que los atienden.

DISCUSIÓN

Aprendizajes

La vivencia del cáncer por parte del propio enfermo y de sus familiares, particularmente por los cuidadores, quienes fueron los protagonistas de este estudio, parecieran ser, tal como señala Gómez-Sancho (1999), las dos caras de la misma moneda. El que cuida vive la enfermedad como si fuera propia: siente lo mismo, teme lo mismo, se pregunta lo mismo, padece lo mismo, aprende lo mismo, y confirma en un proceso profundo y complejo que somos vulnerables y mortales (Bayés, 1991; Marinello 1990). Estar en contacto con un enfermo crónico recuerda la posibilidad de la propia extinción, biológica o biográfica, lo que amenaza y, por tanto, induce la fragilidad (Ricoeur, 2005).

Las categorías creadas en este trabajo corroboraron los procesos reflexivos que viven los familiares, y sobre todo los cuidadores, cuando hay un enfermo de cáncer en la familia (Baider, 2003; Gómez-Sancho, 1999). La variedad de las vivencias encontradas confirman las diferentes formas de ver y afrontar el mundo de las familias con pacientes oncológicos en referencia a las emociones, la comunicación, el quiebre, la atención al enfermo y los aprendizajes reportados por los participantes. Al respecto, Henderson (2006) y Basile (2007), estudiosos de los sistemas familiares, sobre todo cuando uno de sus miembros enferma, concuerdan con lo encontrado en referencia a la familia como constructora de la identidad y una forma de ver el mundo, siendo un sistema dinámico que en su evolución transita por transformaciones o cambios que pondrán a prueba las creencias compartidas, las que requerirán una reorganización y que pueden incidir en su funcionamiento. Por su parte, la psicología de Bruner (1991, 2004), llamada “popular”, y las narrativas del padecimiento de Kleinman (1988), corroboran la diversidad encontrada basada en las creencias que conducen a desarrollar pautas de pensamiento, emoción y acción que se conforman en cada familia en torno a la enfermedad.

Los resultados obtenidos en referencia al choque emocional, el sufrimiento y los síntomas depresivos coinciden con los de otras investigaciones en las que se reporta que los parientes cercanos a los pacientes oncológicos experimentan un pobre bienestar psicológico, disminuyen la calidad de la relación con el paciente, sufren y ven reducida su salud física (Schulz et al., 1995; cf. Martire, Lustig, Schulz, Miller y Helgeson, 2004).

Barreto y Soler (2003) reconocen la presencia del agotamiento o “síndrome del quemado” en los familiares y en los profesionales de la salud. Considerando esa realidad, plantean que el rol del psicooncólogo es ofrecerles espacios para abordar sus dudas, temores y emociones para evitar dicho síndrome. Los testimonios de los familiares entrevistados también corroboraron esa presencia en los familiares, sobre todo en aquellos que ejercían el rol de cuidadores únicos y reprochaban a los demás su falta de apoyo.

Los ajustes necesarios para atender al enfermo, que ahora ha pasado a ser parte de sus respon-

sabilidades diarias, siempre son mencionados por los relatores como elementos centrales en su vida diaria, aparte de sus propias necesidades personales.

Samblás (2008) señala que, en la sociedad actual, una de las enfermedades crónicas que genera con frecuencia situaciones de dependencia y, por lo tanto, la necesidad de ser cuidado por otros es el cáncer. En los testimonios referidos a la atención del enfermo, aparece el empleo del humor, relatada por algunos familiares como una forma de distracción (“Chalequeando o echando broma con el enfermo”), pero también el comer, el fumar o el hacer cosas prohibidas por los médicos, como una forma de atenderlo. Walsh (2004), hablando de los factores que ayudan a desarrollar la resiliencia familiar, menciona la importancia de adoptar un enfoque positivo que realza la importancia de concentrarse en los recursos y potencialidades de los que se dispone (tales como la transcendencia, la espiritualidad y la transformación) y de recurrir al humor como una forma de lidiar con la adversidad. También D’Anello (2010) señala que cuando el humor se utiliza con sensibilidad y respeto a la gravedad de la situación, puede construir la conexión entre el cuidador, el paciente y la familia.

La comunicación entre los actores de la enfermedad es un aspecto ampliamente estudiado por algunos investigadores, tales como Baider, Koch, Escason y Kaplan (1998), Gómez-Sancho (1999) y Baider (2003), quienes corroboran la importancia de lo relacional en una cultura en que el cuidado personal preocupa, impone formas de hacer, y lleva a ocultar, negar e incluso desdibujarse para proteger a otros o para evitar el dolor. Según los resultados encontrados en este estudio, este aspecto, relacionado con las investigaciones iniciales de Gómez-Sancho (1999) y llamado “conspiración del silencio”, y referido particularmente como un fenómeno de orden comunicacional en el cual los familiares ocultan la información al enfermo sobre su condición, pareciera ser incluso más amplio y abarcar a otros familiares (negación de la información de un familiar hacia otro familiar) por considerarlo más débil o vulnerable. Se requieren más investigaciones para profundizar en este fenómeno y para su comprensión holística.

En referencia a la dimensión relacionada con la necesidad del apoyo, las narrativas evidenciaron el requerimiento de los cuidadores hacia otros

familiares y hacia los profesionales de la salud en aspectos logísticos, emocionales y económicos. Según Baron y Byrne (1998), esta demanda de uno de los miembros de la familia –generalmente el cuidador principal– a los otros miembros pareciera responder al elemento común en todos los sistemas relacionales y familiares, que es la interdependencia; es decir, una asociación interpersonal en la que las personas que forman parte de ella influyen en el comportamiento de otras personas de manera consistente y recíproca.

En referencia a la importancia de la fe, algunos autores como Picot y Debanne (1997) y Weaver y Flannelly (2004) reportan una serie de investigaciones en que se ha encontrado una relación importante entre la confianza que tienen los pacientes y sus familiares en las creencias religiosas sobre la práctica y la efectividad del afrontamiento y los cuidados del cáncer y de otras enfermedades crónicas. La fe puede ofrecer a una persona que sufre de cáncer un marco para encontrar significado y perspectiva. Además, las prácticas religiosas les permiten a las personas un acceso a las redes sociales de apoyo, porque muchos de los rituales, como las celebraciones litúrgicas o la lectura de libros sagrados, se hacen comúnmente en grupo. Así, el bienestar espiritual en los pacientes con cáncer se asocia con la habilidad de disfrutar la vida a pesar de experimentar síntomas negativos.

Estas características corroboran la complejidad del ser humano y las peculiaridades de la familia venezolana y de la latinoamericana en general, donde, siguiendo a Moreno (2007), se plantea que es un modelo en el cual la madre constituye la figura fundamental y, por tanto, es “matricentrada”. Robles (2007) confirma en su estudio, realizado también en Latinoamérica, específicamente en una comunidad en Guadalajara (México), que, al igual a lo encontrado en este trabajo, los hombres en la familia solo rara vez actuaban como cuidadores, siendo su papel más bien el de espectadores, a pesar del señalamiento de sus esposas, hijas o hermanas.

Una visión realista y equilibrada de lo variopinto que puede ser la enfermedad del cáncer, sus manifestaciones físicas y psicológicas en los actores y las múltiples posibilidades de acompañar a todos los involucrados, haría posible comprender mejor la vulnerabilidad de las personas y la com-

plejidad del comportamiento humano, así como potenciar posibles iniciativas de apoyo o acompañamiento desde lo personal, familiar, social e institucional a todos aquellos que se ven implicados en el acompañamiento de un familiar con cáncer.

Recomendaciones

La comprensión de los significados construidos por los familiares en el acompañamiento del enfermo oncológico permite, a través de las diferentes etapas de sus trayectorias, analizar la vulnerabilidad y variabilidad de los cuidadores familiares principales y la de los otros actores, como los enfermos y el personal de salud, al tiempo que revela las posibilidades de construir nuevos significados y prácticas. Vulnerabilidad y variabilidad en la participación familiar y profesional se implican mutuamente. Considerando los cinco estadios o procesos ya revisados, derivados de las narrativas de los familiares de los pacientes oncológicos, se proponen algunas recomendaciones para los diversos actores sociales a partir de dos dimensiones: la sanitaria-organizacional y la familiar-social.

Recomendaciones en la dimensión sanitaria-organizacional

En la dimensión sanitaria-organizacional, que abarca el sistema de salud, sus organizadores y actores, resaltan aspectos facilitadores y obstaculizadores de la atención del enfermo con cáncer y sus familiares. Si bien este estudio fue realizado en un solo centro de salud, que constituye el instituto de referencia nacional en enfermedades oncológicas, algunas de las realidades encontradas son particulares de este centro y quizá de algún otro, y otras constituyen lugares comunes que se hallan en todos los centros asistenciales a lo largo del territorio nacional, y seguramente del área latinoamericana.

Uno de los primeros puntos que apareció en todas las entrevistas como un elemento muy importante para los familiares cuidadores que asisten con los enfermos a las consultas, es la relación y comunicación con los profesionales de la salud que los atienden. Este punto pareciera requerir de revisión y redimensionamiento por parte de algunos de sus protagonistas.

El *intercambio* con el enfermo y con todos los familiares que lo acompañan y apoyan de cualquier

modo es fundamental para su atención, gracias a lo cual se pueden explorar sus conocimientos, necesidades y recursos. Como inicio y modelaje del deber ser del intercambio de información entre el personal de salud, el enfermo y sus familiares es el diagnóstico. La información al familiar y al enfermo sobre el diagnóstico de cáncer debe ser dirigida por los médicos que lo atienden y por todo el equipo de salud del hospital a fin de facilitar un buen manejo de la enfermedad por parte de toda la familia desde el principio. En este estudio se evidenciaron grandes deficiencias en este punto, lo que obliga a un mayor estudio y capacitación del personal de salud –sobre todo los médicos– mediante talleres en el área o algún tipo de formación durante sus estudios de pregrado o posgrado, como profesionales que deben lidiar con la vulnerabilidad, la enfermedad e incluso la muerte. No obstante, la revisión de la literatura existente sobre este tema revela la complejidad que reviste.

La propia connotación psicosocial que adquiere la enfermedad, a la que no son ajenos los profesionales de la salud y que afecta fundamentalmente y con gran profundidad al médico, hace que la comunicación del diagnóstico devenga un verdadero problema, y reflejo de ello son las diferentes posiciones que al respecto se encuentran en la literatura mundial sobre el tema. Autores como Marinello (1990), Astudillo, Mendinueta y Astudillo (1995) y Vanchieri (1995), nos recuerdan la connotación psicosocial de las enfermedades crónicas y mortales, un punto que debe ser considerado en cualquier programa de formación para los profesionales de la salud que trabajan con estas enfermedades, lo que marca grandes diferencias en las posturas de médicos, pacientes y familiares en torno al manejo de la información e intercambio con los otros actores. Seminarios de análisis sobre las diferencias de personalidad, los factores culturales asociados a la enfermedad y la aceptación de la diversidad desde el marco comprensivo de la teoría de la complejidad (Morín, 2001) parecen ser de inclusión obligatoria en el currículo.

Un segundo punto dentro de esta dimensión sirve de complemento al primero y se refiere a los grupos de apoyo para los pacientes oncológicos y/o sus familiares. La presencia en los hospitales oncológicos de equipos que en forma sistemática brindan atención y orientación grupal e individual

a todos los enfermos y sus familiares es reportada como un aspecto de gran utilidad para sobrellevar el cáncer. El centro donde se hizo esta investigación cuenta con un naciente y proactivo servicio de psicooncología que, con tres personas, atiende a una amplia población. Otros centros nacionales o internacionales no disponen de este servicio, por lo que se pone énfasis en esta recomendación. La necesidad de conocer y conseguir apoyo especializado puede emprenderse mediante charlas iniciales informativas de tipo psicoeducativo o en grupos de apoyo permanentes. Por otra parte, los materiales educativos acerca de los tratamientos, la nutrición del enfermo, los procesos psicológicos vivenciados por éste y por sus cuidadores y los diferentes aspectos médicos y logísticos de la atención son de gran ayuda para los familiares. La posibilidad de que los psicooncólogos, médicos o grupos de voluntarios visiten los hogares de los enfermos se recogió como una alternativa valiosa para la atención del paciente y de sus familiares. La posibilidad de disponer de líneas telefónicas o de páginas web para la consulta de dudas o necesidades del paciente y de sus familiares son opciones emergentes que pueden cubrir la atención primaria de una forma más masificada y eficiente, refiriendo solo aquellas situaciones que requieran una atención más directa.

Un tercer elemento en las recomendaciones en esta dimensión, que también puede ser incluido en la dimensión social-familiar que se describirá posteriormente por su arraigo en ella, es el respeto, por parte de los profesionales de la salud, de la inclusión paralela de tratamientos naturales con los tratamientos médicos para la atención o cura del cáncer.

Para los familiares y el enfermo en esta muestra de venezolanos, el conocimiento de la importancia del cumplimiento estricto de los tratamientos médicos, sin que se vean afectados por un tratamiento natural paralelo, puede ser muy útil para no descalificar a este último y entender la preocupación por parte de los familiares de probar todo lo que haya disponible para curar al enfermo. Esta inclusión de tratamientos alternativos, que es una constante en casi todos los grupos familiares, responde a la necesidad de procurar los mayores cuidados por parte de la familia, y principalmente de las mujeres. De alguna manera, dentro del entor-

no familiar, el enfermo, debido a la vulnerabilidad que le genera la enfermedad, pasa a ser un “hijo” al que la madre o cualquiera de las mujeres de la familia, convertidas ahora en sus madres cuidadoras, procurarán todos los cuidados que estén a su alcance.

Idagoya y Luxardo (2005) apuntan que la combinación de tratamientos convencionales o alo-páticos y tratamientos no convencionales (alternativos, complementarios, tradicionales, religiosos o autoadministrados) son fenómenos que se presentan en todo el mundo y entrañan prácticas específicas enraizadas en las creencias populares consideradas como tradicionales (como en el caso de Latinoamérica), o más globalizadas, como el uso de tratamientos alternativos o complementarios como el yoga o el reiki (como ocurre en Europa). El estudio de estas costumbres, la flexibilidad de los pacientes para incorporarlas, las prácticas de sanación traídas de otras culturas que apuntan a brindar bienestar físico o psicológico, deben ser objeto de estudio por parte de los profesionales de la salud como parte de las estrategias psicosociales que deben conocer para atender a pacientes que son, al igual que ellos, seres biopsicosociales, complejos y vulnerables, con miedos y temores ante las pérdidas que el cáncer implica.

Recomendaciones en la dimensión familiar-social

En la dimensión familiar-social, que comprende el sistema familiar, sus redes de relación y todo el entorno sociocultural y sus creencias respecto a la salud y la enfermedad, y al cáncer en particular, aparecen asimismo ciertos aspectos que facilitan u obstaculizan la atención del enfermo oncológico y de sus familiares.

El primer elemento a incluir en las recomendaciones de esta dimensión se encuentra el manejo por parte de cada grupo familiar del cuidado del enfermo y la atención de sus requerimientos. Cuando uno de los miembros de la familia enferma, sufre una incapacidad o envejece, la ayuda de los demás miembros es muy compleja porque implica el reajuste del sistema en su conjunto, lo que se enmarca en el concepto más amplio de apoyo social. Fernández (2005) señala el importante rol que desempeña tal apoyo en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la salud y la curación. Estos sistemas de apoyo, el familiar y

el social, se caracterizan por su multidimensionalidad, por lo que han sido definidos como la totalidad de recursos provistos por otras personas. Según Cohen y Syme (1985), estudiosos pioneros en esta área, entre las dimensiones estudiadas en referencia al apoyo brindado por dichos sistemas encontramos las siguientes: la dirección del apoyo (recibido o provisto), el contenido del apoyo (emocional, instrumental, informativo o evaluativo) y la red social (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad y otros). La variada realidad encontrada en la presente investigación referente al apoyo brindado por y para el familiar cuidador del enfermo oncológico reclama el trabajo con cada familia. En conjunto con el centro asistencial que los atiende, se podría buscar el aporte que cada actor del sistema pueda realizar, revisando las propias asignaciones o las asignaciones impuestas por los otros que recargan y deterioran la calidad de vida del cuidador o cuidadores (Given et al., 2004).

Un aspecto característico que apareció en esta muestra y que forma parte de las recomendaciones de este apartado es la incorporación de los hombres a las tareas del cuidado. De hecho, se presentaron en este estudio testimonios de hombres (en particular de esposos y sobrinos) que forman parte de la red de cuidado o que son los cuidadores principales de los enfermos, aunque por otra parte también hubo otros que manifestaron que no se les proporcionaba información o los espacios para el cuidado en los cuales ellos quisieran participar. También hubo testimonios de mujeres, generalmente cuidadoras principales (Blanco et al., 2007; Araneda et al., 2006; Carratalá y Peña, 2009), que protestaban por la falta de participación de algunos de los miembros masculinos de la familia (hijos, hermanos u otros familiares del enfermo) o la calificaban negativamente.

La necesidad de cuidados pareciera requerir un trabajo dirigido a toda la familia—principalmente a las mujeres— para involucrar en los mismos a los hombres de la misma sin excepción. Autores latinoamericanos como Moreno (2007) y Robles (2007) llaman la atención acerca de las familias matricentradas, que excluyen a los hombres del cuidado, como características en los países de la región. Pareciera incluso que la conspiración del silencio estudiada en otras latitudes (Gómez-San-

cho, 1999), como el callar información al enfermo sobre su enfermedad por considerarlo vulnerable, ocurre a veces en nuestro contexto en relación con los varones al considerárseles más frágiles. El uso en los grupos de apoyo o en las charlas psicoeducativas que se llevan a cabo en los centros oncológicos de los testimonios de hombres que se han integrado armónicamente al cuidado de familiares enfermos, puede ser una de las estrategias para el cambio de esta creencia, lo que puede traer consigo nuevas prácticas.

Un segundo elemento a incluir en las recomendaciones en esta dimensión familiar-social es el reconocimiento de la ocurrencia simultánea de pérdidas y ganancias para el enfermo oncológico y sus familiares como parte del proceso de la enfermedad.

Desde un enfoque salutogénico, que considera al individuo como un sujeto activo y con fortalezas, su involucramiento y participación (y los de sus familiares) en la cura y en el logro de una mayor calidad de vida durante la enfermedad, movilizándolo sus recursos y sus redes de apoyo, debe ser perfilado a partir del diagnóstico de la enfermedad. Es un elemento primordial para el afrontamiento de la enfermedad oncológica considerar la capacidad resiliente del enfermo, haciendo que este y sus familiares recuerden oportunidades anteriores en las que lidiaron con enfermedades, situaciones difíciles o duelos y la manera en que los superaron gracias a sus recursos personales, familiares y sociales. Si bien es sabido que las emociones negativas, el miedo y la ira constituyen emociones normales y esperadas ante el diagnóstico de algunas enfermedades crónicas, y en algunos casos mortales, como el cáncer, también lo es que los seres humanos muestran la capacidad de aceptar nuevas situaciones que implican pérdidas y que movilizan sus recursos y fortalezas para afrontarlas.

El uso del humor como estrategia de afrontamiento ante la enfermedad apareció en la muestra de familiares, y puede ser una estrategia que debe promoverse en los pacientes oncológicos y sus familiares, tal como lo demuestra D'Anello (2010). De igual forma, el humor ha sido estudiado y recomendado por diversos autores como una estrategia de afrontamiento para los médicos y el

personal de salud en su relación con los pacientes y sus familiares (Penson et al., 2005; Rodríguez, 2002).

Como una tercera recomendación en esta dimensión familiar-social, que pone mucho énfasis en el elemento precisamente social, es el diseño y uso de campañas en los medios masivos de comunicación sobre el cáncer y su atención integral partiendo de todos sus actores.

El discurso de los medios masivos de comunicación (MMC) construye realidades sobre los enfermos de cáncer, las familias y los profesionales de la salud que permean las ideas circulantes en el medio social y cultural. Como pudo constatarse en el discurso de los entrevistados (y en parte en el discurso científico sobre el tema), los significados asociados al cáncer, los enfermos, sus familiares y los profesionales de la salud orientan en algunos casos la selección de la información y la construcción de noticias y programas recreativos que ofrecen una visión amarillista o negativa de la enfermedad y de sus actores. Dos autores clásicos de la comunicación de masas, Lazarsfeld y Merton (1948), afirmaban, en referencia a los efectos de los MMC, que su verdadero poder reside no tanto en lo que dicen, sino en lo que no dicen. Las experiencias exitosas; las iniciativas emprendedoras de atención al paciente y sus familiares los hospitales; las familias resilientes que, a pesar del dolor y las dificultades, salen adelante; los profesionales de la salud que, reconociendo su vulnerabilidad, trabajan en equipo para prestar sus servicios, ocupan muy poco espacio en los medios informativos, a diferencia de las familias disfuncionales, los hospitales ineficientes y los médicos en huelga.

Una visión realista y equilibrada de lo variopinto que puede ser el cáncer, las manifestaciones físicas y psicológicas en los actores y las múltiples posibilidades que existen o se pudieran crear para el sano acompañamiento a todos los implicados, permitiría una mejor comprensión de la vulnerabilidad de las personas y de la complejidad del comportamiento humano, así como de la necesidad de potenciar posibles iniciativas de apoyo o acompañamiento, a partir de lo social, lo institucional, lo familiar e incluso lo personal, para todas aquellas personas que se ven implicadas en el acompañamiento de un familiar con cáncer.

Limitaciones

En referencia a las limitaciones y virtudes de un trabajo como este, que utiliza el paradigma construccionista y el marco de la metodología cualitativa, fue un reto no sesgar ni limitar las narrativas encontradas en la construcción de un marco conceptual que recogiera los planteamientos conceptuales y la investigación empírica sobre los familiares cuidadores de los enfermos con cáncer. En referencia a los aspectos metodológicos del trabajo, la mayor limitación estuvo referida al número de entrevistas que pudieron realizarse a cada participante, ya que nuevas entrevistas permitirían la revisión de las narrativas y las categorías emergentes. No fue posible realizar nuevas entrevistas en la totalidad de los casos para revisar, validar y profundizar lo hallado en la entrevista inicial debido a la dificultad de establecer un nuevo contacto con los familiares de los pacientes, quienes provenían de diferentes localizaciones dentro del país,

con limitaciones económicas y de tiempo, lo que no les permitía coincidir nuevamente con la investigadora. Entrevistas iniciales de largo duración, llenas de preguntas reiteradas, y la profundización en los aspectos presentados, sirvieron para compensar dicha limitación.

Por otra parte, las virtudes del trabajo, el mismo abordaje construccionista y cualitativo, abierto a la posibilidad de encontrar realidades múltiples, permitieron describir los procesos vivenciales en una amplia gama de gradación, logrando caracterizar la vivencia de los familiares cuidadores de los pacientes oncológicos desde una perspectiva de pérdidas y ganancias personales y grupales. El considerar de igual forma los aspectos individuales, familiares, sanitarios y culturales emergidos de las propias narrativas de los participantes, permitió conocer, aprender e incluso proponer recomendaciones en diferentes esferas y niveles de intervención que pueden ser útiles para la praxis y la elaboración de futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- Aldana, G. y García, L. (2011). La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. *Aquichan*, 11(2), 158-172.
- Araneda, G., Aparicio, A., Escobar, P., Huaiquivil, G. y Méndez, K. (2006). Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal. *Cultura de los Cuidados*, 19, 79-86.
- Astudillo, W., Mendinueta, C. y Astudillo, E. (1995). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención de su familia*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(3), 505-520.
- Baider, L., Koch, U., Escason, R. y Kaplan, A. (1998). Prospective study of cancer patients and their spouses: the weakness of marital strength. *Psycho-Oncology*, 7, 49-56.
- Baron, R. y Byrne, D. (1998). *Psicología social* (8ª ed.). Madrid: Prentice-Hall e Iberia.
- Barreto M., P. y Soler M., C. (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología*, 0(1), 135-146.
- Basile, H. (2007). *Integración intercapitular*. Memorias del Pre-Congreso APSA 2007. Mar de Plata, Argentina.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica: Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Blanco, L., Librada, S. y Rocafort, J. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa*, 14(3), 164-168.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado*. Madrid: Alianza.
- Bruner, J. (2004). *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Madrid: Gedisa.
- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cameron, J.L., Shin, J.L., Williams, D. y Stewart, D.E. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 137-143.
- Carratalá, A. y Peña, C. (2009). *Resiliencia en familiares acompañantes de pacientes oncológicos*. Tesis de grado no publicada de Licenciado en Psicología. Caracas: Universidad Metropolitana.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (Eds.) (1985). *Social support and health*. San Francisco: Academic Press.

- D'Anello, S. (2010) El humor: fortaleza de trascendencia humana. En C. Camilli y M. Garassini, (Comps.): *Psicología positiva: estudios en Venezuela*. (pp. 93-121) Caracas: Monfort.
- Family Caregiver Alliance (2003). *Women and caregiving: facts and figures*. Disponible en línea: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=892.
- Félix, A., Aguilar, R., Martínez, M., Ávila, H., Vázquez, L. y Gutiérrez, S. (2012). Bienestar del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados*, 33, 81-88.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia*, 3, 1-16.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido* (12ª ed.). Barcelona: Herder.
- Gist, R. y Woodall, J. (2000). There are no simple solutions to complex problems. En J. M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.): *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues and perspectives*. Springfield, IL: Thomas.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D. y Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1105-1117.
- Gómez-Sancho, M. (1999). *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Arana.
- Guba, E. (1990). *The paradigm dialog*. San Francisco, CA: Sage.
- Gutshall, A. (2010). *Measuring the ability to care in pre-service teachers*. Charleston, SC: State Journal.
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Madrid: Gedisa.
- Idagoya, A. y Luxardo, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina*, 65(5), 390-394.
- International Psycho-Oncology Society (2013). *Constitution, governance, history, vision, and mission*. Disponible en línea: <http://www.ipos-society.org/about-ipos/constitution-governance-history-vision-mission/>
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. Barcelona: Debolsillo.
- Lazarsfeld, P.F. y Merton, R.K. (1948). Mass communication, popular taste and organized social action. En L. Bryson (Ed.): *Communication of ideas* (pp. 554-578). New York: Harper & Row.
- Lincoln, I. y Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- López, J. y Rodríguez, M.I. (2007). La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. *Psicooncología*, 4(1), 111-120.
- Marinello, Z. (1990). *El diagnóstico de cáncer*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Martire, L.M., Lustig, A.P., Schulz, R., Miller, G.E. y Helgeson, V.S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23(6), 599-611.
- Moreno, A. (2007). *Y salimos a matar gente*. Maracaibo (Venezuela): Ediciones del Vicerrectorado Académico de la Universidad del Zulia.
- Morín, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- National Cancer Institute (2014). *Cancer Topics*. Disponible en línea: <http://www.cancer.gov/cancertopics/>
- Nava, M. y Ruiz, A. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.
- Navaie-Waliser, M., Feldman, H., Gould, D., Levine, C., Kuerbis, A. y Donelan, K. (2002). When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. *American Journal of Public Health*, 92(3), 409-413.
- Paton, D.G., Smith, L., Violanti, J.M. y Eräen, L. (2000). Work related traumatic stress: risk, vulnerability and resilience. En J. M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.): *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues and perspectives* (pp.10-42). Springfield, IL: Thomas.
- Penson, R., Partridge, R., Rudd, P., Seiden, M., Nelson, J., Chabner, B. y Lynch, T. (2005). Laughter: the best medicine? *Oncologist*, 10(8), 651-660.
- Pérez S., C. y Vázquez, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3), 235-254.
- Picot, S. y Debanne, S. (1997). Religiosity and perceived rewards of black and white caregivers. *Gerontology*, 37(1), 89-100.
- Ricoeur, P. (2005). *Caminos del reconocimiento*. Madrid: Trota.
- Robles, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos: un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara (México): Editorial Universitaria.
- Rodríguez, A. (2002). *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Samlás, J. (2008). *Vivir con el cáncer. Luchar para ganar. Realidades frente a tabúes*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Sarlé, P. (2005). *El análisis cualitativo: un ejemplo de empleo del MCC (Método Comparativo Constante)*. Disponible en línea: <http://www.infanciaenred.org.ar/margarita/etapa2/PDF/010.pdf>.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.

- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia.
- Stuhlmiller, C. y Dunning, C. (2000). Challenging the mainstream: From pathogenic to salutogenic models of posttrauma intervention. En J. M. Violanti, D. Patton y D. Dunning (Eds.): *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues and perspectives* (pp. 10-42). Springfield, IL: Thomas.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Madrid: Paidós.
- Tójar, J. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La Muralla, S.A.
- Vanchieri, C. (1995). Cultural gaps leave patients angry and doctor confused. *Natural Cancer Institute*, 87, 1576-1577.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Weaver, A. y Flannelly, K. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1210-1214.
- Wellisch, D., Hoffman, A. y Goldman, S. (1999). Depression and anxiety symptoms in women with high risk for breast cancer, *Health and Social Work*, 25(1), 75-80.

Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo

Coping strategies and resilience in bereavement-stricken caregivers

Patricia Eugenia Ornelas Tavares¹

RESUMEN

Tras el fallecimiento de un paciente terminal, sus cuidadores principales pueden desarrollar síntomas de duelo normal o duelo complicado. Para afrontarlos, pueden adoptar estrategias orientadas a la pérdida o a la restauración. La pena por el duelo y la transformación positiva pueden coexistir, siempre que las estrategias de afrontamiento empleadas favorezcan comportamientos resilientes. A fin de identificar las estrategias de afrontamiento empleadas y su relación con los niveles de resiliencia, se estudió a 26 cuidadores principales, 13 de ellos con duelo normal y 13 con duelo complicado. Se emplearon los siguientes instrumentos: la Escala de Resiliencia para Mexicanos, el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento y el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson. Los resultados mostraron que los cuidadores con duelo normal mostraron un nivel más elevado de resiliencia que los cuidadores con duelo complicado. Las estrategias de afrontamiento que se correlacionaron de forma significativa con la resiliencia fueron, en los casos de duelo normal, la reevaluación positiva y la religión, y la solución de problemas en los casos de duelo complicado. De los resultados se desprende la conveniencia de abordar el duelo promoviendo las estrategias de reevaluación positiva y de solución de problemas, limitando la autofocalización negativa. La autora subraya la necesidad de hacer un análisis más profundo del papel que desempeña la religión como estrategia de afrontamiento por la importancia que tiene en ambos tipos de duelo y por su relación con la resiliencia en los casos de duelo normal.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento; Resiliencia; Cuidadores principales; Duelo normal; Duelo complicado.

ABSTRACT

After a terminal patient's death, the main caregivers may develop signs of either normal or complicated grief. In order to cope, the grief-stricken person may adopt strategies centered on either loss itself or toward restoration. We propose that sorrow and positive restoration can coexist, provided that the employed coping strategies promote resilient behaviors. In order to identify such coping strategies and their relation to resilience, 26 grief-stricken principal caregivers were studied, 13 of them were diagnosed as showing normal grief and 13 with complicated grief. Measurement instruments included the Mexican Resilience Scale (RESI-M), the Coping Strategies Questionnaire (CAE) and Prigerson's Inventory of Complicated Grief (ICG). Results revealed higher levels of resilience in normal than in complicated grievers. Coping strategies that significantly correlated with resilience included Positive Reevaluation and Religion in normal grievers, and Problem Solving in complicated grievers. Results suggest the convenience of promoting positive reevaluation, problem solving strategies and limiting negative self-focus coping strategies. A more thorough analysis of the role of religion as coping strategy is needed given its importance in both types of bereavement, and its relation to resilience in normal bereavement.

Key words: Coping strategies; Resilience; Main Caregivers; Normal bereavement; Complicated bereavement.

¹ Departamento de Salud, Psicología y Comunidad del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, 45604 Tlaquepaque, Jal., México, correo electrónico: patyor@iteso.mx. Artículo recibido el 11 de agosto de 2014 y aceptado el 23 de abril de 2015.

INTRODUCCIÓN

Se denomina *cuidador primario* a la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo terminal, quien se convierte en parte del equipo terapéutico y actúa de forma solidaria con el que sufre, ajustando su rol dentro de la familia para cumplir con dicha función (Austrich y Díaz, 2011). Se le considera como el paciente “oculto” en la dinámica de la enfermedad terminal. Su participación en el cuidado y atención de las demandas del enfermo desencadena una doble posibilidad: la satisfacción personal por el cuidado otorgado, y el desgaste físico y emocional que este conlleva, lo que lo predisponen a un mayor riesgo de morbilidad por el efecto del estrés agudo en la función inmunológica (Gallagher et al., 2008).

A partir del diagnóstico de la enfermedad, el cuidador afronta un duelo que comienza con la pérdida de la salud del ser querido y más adelante con su deceso. Dicho duelo puede ser “normal” o “prolongado o complicado”; en el primer caso, se vive como una reacción adaptativa ante la pérdida; en el segundo, la adaptación a esa pérdida es en extremo difícil y se manifiesta con síntomas psicopatológicos que se exacerban y prolongan, afectando la salud física y emocional de quien sufre ese tipo de duelo (Bermejo, 2011). En opinión de Barreto, Yi y Soler (2008), un factor que puede complicar la resolución del duelo es el tiempo en que se ha otorgado el cuidado, en tanto que el sentimiento de haber sido útil constituye un factor de protección.

Autores como Zhang, El-Jawahri y Prigerson (2006) y Maercker y Lalor (2012) afirman que los síntomas del duelo normal son muy similares a los del duelo complicado durante los primeros seis meses, pero que después de dicho período la mayoría de las personas son capaces de aceptar la realidad de la pérdida, en contraste con aquellos que siguen manifestando una pena crónica cuyos síntomas se observan hasta dos años después del fallecimiento. Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh y Yonker (2010) señalan que el análisis del duelo en los cuidadores parte de las teorías del estrés, en las que es importante identificar si las necesidades de cuidado de la persona fallecida estuvieron debidamente cubiertas, la forma en que el cuidado alteró

la vida del cuidador y los recursos de que dispone para continuar adelante. Lazarus (2000) ha subrayado el hecho de que, en los casos de muerte, la persona en duelo debe luchar contra diversas experiencias estresantes, como la soledad, la búsqueda de nuevas relaciones, la administración del dinero o el cuidado de los hijos. Por ello, el estrés crónico que se deriva del cuidado de un enfermo requiere que el cuidador desarrolle habilidades para su adecuado manejo.

Las situaciones estresantes obran como detonadores de respuestas adaptativas, como es el caso de las estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) definen dichas estrategias como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, internas o externas, que exceden o desbordan los recursos del individuo” (p. 141). Para estos autores, la definición de estrés implica procesos de evaluación y de afrontamiento que son mediados por la frecuencia, intensidad, duración y tipo de respuestas psicológicas y somáticas; a la vez, atribuyen al sujeto un papel activo ante las experiencias estresantes. En este mismo sentido, el sujeto no solamente determina lo que es estresante, sino que es posible que modifique y transforme la fuente del estrés mediante determinadas estrategias de afrontamiento (Peñacoba y Moreno, 1999).

El proceso de afrontamiento

Desde esta perspectiva, la pérdida de un ser querido da lugar a lo que Stroebe y Schut (1999) designaron como el *proceso dual de afrontamiento*, que genera dos tipos de mecanismos: los orientados hacia la pérdida y elaboración de la muerte, y los orientados hacia la restauración. Los primeros focalizan la atención en la expresión de emociones, la añoranza, el recuerdo y la rumiación acerca de la persona fallecida. Los segundos incluyen las estrategias que sirven para manejar los estresores que tienen lugar como consecuencia del duelo, tales como aprender y desarrollar nuevos roles, realizar cambios psicosociales y reconstruir las creencias nucleares acerca de uno mismo después de la pérdida. Para estos autores, la clave para un buen proceso de duelo es la oscilación entre estos dos

mecanismos. Así, en el caso del duelo complicado, las personas focalizan principalmente su atención hacia la pérdida, en tanto que en los casos de duelo inhibido, pospuesto o ausente, la persona no es capaz de responder a la pérdida de forma inmediata y reacciona como anestesiada, focalizándose en tareas de restauración para evitar todo aquello que lo pueda conectar con la pérdida.

La posibilidad de que la pérdida de un ser querido pueda derivar en cambios positivos o de transformación ha sido ya estudiada por autores como Victor Frankl (1991) y Elisabeth Kübler-Ross (1998), entre otros. De acuerdo con estas perspectivas, algunas personas afectadas por la muerte de un ser querido pueden experimentar cambios positivos en su vida en relación a sí mismas, en las relaciones interpersonales, en la espiritualidad y en la propia filosofía de vida (Payás, 2010). Además, se ha observado que el duelo anticipado y el tipo de muerte influyen en las estrategias con que el cuidador afronta la pérdida (Yoffe, 2013).

No obstante, el sufrimiento por la pérdida puede coexistir con el crecimiento postraumático al duelo (Davis, 2008; Payás, 2010). La ocurrencia de sufrimiento psicológico es independiente del resultado, de manera que personas que experimentan un intenso dolor por una pérdida pueden gestar una transformación significativa para su vida, mientras que personas con estilos evitativos y que conservan un equilibrio físico y emocional no necesariamente se encaminan hacia tal crecimiento.

Entre las estrategias de afrontamiento que se utilizan de forma frecuente ante una pérdida se hallan las prácticas religiosas y espirituales, que han mostrado ser benéficas para la salud (Yofee, 2012). De la misma forma, hay cuidadores que buscan tratamientos farmacológicos para superar la pena mediante el apoyo profesional, ya que el duelo complicado comparte síntomas con el trastorno depresivo mayor y con el trastorno de estrés postraumático (Bui, Nadal-Vicens y Simon, 2012). Los resultados de estudios acerca del uso de diversas estrategias de afrontamiento son diversos, ya que ninguna de ellas es de suyo mejor que otra; es el beneficio que reportan a la persona lo que determinará qué tan apropiadas son (Bermejo, Magaña, Villaceros, Carabias y Serrano, 2012).

En este mismo sentido, se puede afirmar que las estrategias de afrontamiento empleadas por el cuidador pueden complicar la resolución del duelo o favorecer el desarrollo de su capacidad resiliente.

Resiliencia y duelo

La resiliencia ha sido definida como la “capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad” (Rutter, 1993, p. 627). Con todo, las respuestas resilientes y el crecimiento postraumático pueden ocurrir de forma independiente. Así, ante la pérdida de un ser querido el cuidador puede mostrar respuestas resilientes que no necesariamente lo llevan a un crecimiento postraumático; de la misma manera, el crecimiento postraumático puede observarse en personas que experimentan una intensa vulnerabilidad al exhibir respuestas que no pueden considerarse resilientes en absoluto.

A partir de sus estudios hechos con cuidadores, Rosenberg, Baker, Syrjala, Back y Wolfe (2013) concluyen que sobrevivir a una enfermedad y a la muerte sin secuelas psicosociales puede ser un indicador de resiliencia; no obstante, reconocen que algunos aspectos de la enfermedad y de la experiencia de muerte pueden marcar la diferencia entre las respuestas resilientes de una población y otra. En nuestro medio, se ha asociado la resiliencia a ciertas variables psicosociales, como la escolaridad, el estado civil y el apoyo social (Palomar y Gómez, 2010).

Tras un estudio similar, Bermejo et al. (2012) concluyen que las personas resilientes llevan a cabo un tipo de afrontamiento centrado en los problemas más que en las emociones; en sus resultados obtuvieron puntajes inversamente proporcionales entre la resiliencia y el tiempo desde la pérdida, lo que indica que la capacidad resiliente disminuye con el paso del tiempo.

En México se han hecho muy pocos estudios sobre el afrontamiento del duelo en cuidadores principales, pues la mayoría de las investigaciones se han centrado en la clase de afrontamiento del paciente ante el duelo por la pérdida de la salud o ante la inminencia de la muerte. Por tanto, el obje-

tivo de este estudio fue comparar las estrategias de afrontamiento empleadas y su relación con la resiliencia en cuidadores principales, medidos por el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), de Sandín y Chorot (2003); la Escala de Resiliencia para Mexicanos (RESI-M), de Palomar y Gómez, (2010), y el Inventario de Duelo Complicado (ICG) de Prigerson et al. (1995). Se pretendió, además, describir las estrategias de afrontamiento que emplea un grupo con duelo normal comparadas con las de otro con duelo complicado, así como su relación con la resiliencia. El diseño adoptado fue comparativo y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). El interés por conocer esta relación estriba en el hecho de que podría permitir saber qué estrategias de afrontamiento habrá que fortalecer en las intervenciones psicoterapéuticas para promover el crecimiento postraumático y el duelo normal en los cuidadores principales.

MÉTODO

Participantes

En la presente investigación participaron 26 cuidadores, familiares de pacientes fallecidos. Los criterios para incluir a los sujetos en el presente estudio fueron los siguientes: *a*) que se identificaran como cuidadores principales; *b*) que hubiesen transcurrido entre seis meses y dos años de la muerte del ser querido, según los criterios de Zhang et al. (2006), y *c*) que firmaran el formato de consentimiento informado. De ellos, 80% fueron mujeres, con una edad promedio de 43 años. La relación familiar del cuidador con el fallecido se distribuyó de la siguiente manera: Cinco participantes (19%) eran cónyuges; doce (46%), alguno de los padres; cinco (19%), un hijo; tres (11%), un hermano, y solamente uno (0.03%) era un abuelo. El tiempo transcurrido desde el fallecimiento hasta el momento de la realización del estudio osciló entre seis y veinticuatro meses ($M = 11.4$, $D.E. = 4.6$).

Instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003), validado para una mues-

tra mexicana por González y Landero (2007). Este instrumento consta de 21 reactivos presentados en una escala tipo Likert cuya puntuación (de 0 = nunca a 4 = casi siempre) registra la frecuencia con que los participantes emplean siete formas de afrontamiento: 1) *Búsqueda de apoyo*, que incluye reactivos que se refieren a la búsqueda de consejo u orientación con parientes o amigos; 2) *Expresión emocional abierta*, que se refiere a la posibilidad de descargar el malhumor y desahogarse; 3) *Religión*, que alude a la participación en ritos religiosos y la búsqueda de ayuda espiritual; 4) *Solución de problemas*, que implica el análisis de las causas del problema, la reflexión y el desarrollo y seguimiento de un plan de acción; 5) *Evitación*, que se refiere a los esfuerzos por volcarse en el trabajo u otras actividades para evitar pensar en los problemas o realizar otras actividades para olvidarlos; 6) *Autofocalización negativa*, que incluye el culparse a sí mismo, resignarse, sentirse incapaz o indefenso para resolver la situación, y 7) *Reevaluación positiva*, que implica el esfuerzo por ver los aspectos positivos de la situación.

Este instrumento posee propiedades psicométricas que respaldan su validez mediante el análisis factorial confirmatorio, así como un coeficiente α de consistencia interna de 0.78 en las siete formas de afrontamiento.

Escala de Resiliencia para Mexicanos (RESI-M) de Palomar y Gómez (2010). Este instrumento consta de 43 reactivos que se califican en una escala tipo Likert. En él, el sujeto elige su grado de acuerdo con cada afirmación (de 1 = totalmente en desacuerdo, a 4 = totalmente de acuerdo). Mide la fortaleza y confianza en sí mismo, la competencia social, el apoyo familiar y social y la estructura. La suma total de respuestas corresponde al puntaje total de resiliencia, que oscila entre 43 y 172 puntos posibles. Reporta un nivel de confiabilidad α de .93 y un total de varianza explicada de 43.60 %.

Inventario de Duelo Complicado (ICG) de Prigerson et al. (1995), en su adaptación al español por Olmeda y García (2006). Está integrado por 19 reactivos que se califican en una escala Likert, con recorrido de 0 ("Nunca me ha ocurrido esa experiencia") a 4 ("Me ocurre siempre"). El punto de corte para el diagnóstico de duelo complicado es > 24 puntos.

Procedimiento

De los registros de defunciones obtenidos de un hospital público, los candidatos fueron invitados por vía telefónica por el equipo investigador a participar en el estudio, una vez que habían sido identificados como cuidadores principales y satisficieron los criterios de inclusión. De forma individual y tras la lectura y firma de un formato de consentimiento informado, se procedió a realizarles una entrevista para identificar las funciones del sujeto como cuidador y su experiencia de la muerte y el duelo. Luego, se les aplicaron los instrumentos de evaluación bajo condiciones estandarizadas a fin de garantizar la confiabilidad y la validez de sus resultados. El tiempo aproximado de entrevista y evaluación de cada participante fue de una hora.

Las respuestas cuantitativas fueron integradas en una base de datos a fin de ser analizadas estadísticamente mediante el SPSS, versión 20.0. Se realizó la prueba de normalidad para determinar la pertinencia del análisis paramétrico y se llevó a cabo un análisis descriptivo y correlacional de las variables.

RESULTADOS

El análisis descriptivo de los casos estudiados muestra que los participantes se hicieron cargo de su familiar durante un período promedio de 24 meses, dedicando un promedio de 17 horas diarias al cuidado del enfermo. El tiempo transcurrido desde el fallecimiento del familiar hasta la realización del estudio fue de poco menos de doce meses ($M = 11$ meses, $D.E. = 4.6$).

Tipo de duelo

De acuerdo a los resultados del ICG, trece participantes obtuvieron una puntuación mayor a 24, lo que indica un duelo complicado. La puntuación de los trece restantes, menor a 25, sugiere un duelo normal. No se encontraron relaciones significativas entre el tipo de duelo y los tiempos de enfermedad, de cuidado y de duelo ($p > .05$).

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el grupo de duelo normal fueron la solución de problemas y la religión, mientras que en el grupo de duelo complicado fueron la religión y la autofocalización negativa, tal como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento en cuidadores con duelo normal y con duelo complicado.

Estrategia de afrontamiento	Duelo normal		Duelo complicado	
	M	D.E.	M	D.E.
Búsqueda de apoyo	4.77	2.92	5.69	4.25
Expresión emocional abierta	4.38	3.52	6.00	3.61
Religión	7.15	4.49	7.62	3.62
Solución de problemas	8.23	2.80	5.00	3.32
Evitación	6.08	3.64	6.85	2.70
Autofocalización negativa	6.08	2.22	7.23	3.52
Reevaluación positiva	6.69	4.53	6.00	3.87

La prueba de normalidad Shapiro-Wilk para muestras pequeñas demostró que los datos poseen una distribución normal (Tabla 2), a excepción de la estrategia referida a la religión.

Tabla 2. Pruebas de normalidad.

Estrategias	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilks		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Búsqueda de apoyo	.095	26	.200*	.956	26	.323
Expresión emocional abierta	.114	26	.200*	.950	26	.227
Religión	.138	26	.200*	.908	26	.024
Solución de problemas	.123	26	.200*	.943	26	.157
Evitación	.150	26	.134	.926	26	.061
Autofocalización negativa	.154	26	.114	.945	26	.178
Total resiliencia	.138	26	.200*	.956	26	.326

*Límite inferior de la significación verdadera.

^a Corrección de la significación de Lilliefors.

Con base en estos resultados, para valorar la diferencia entre las estrategias de afrontamiento entre ambos grupos se utilizó la prueba t de Student. Los resultados muestran que la solución de problemas ($p = .013$) y la autofocalización negativa ($p = .021$) fueron las únicas estrategias que mostraron diferencias significativas. La religión, analizada mediante la χ^2 , tampoco mostró una diferencia significativa entre los dos grupos de duelo ($p > .05$).

Resiliencia, tipo de duelo y estrategias de afrontamiento

El promedio de la puntuación de resiliencia fue de 127, con una D.E. de 19.79, en un rango posible

de 43 a 172, lo que significa que los 26 sujetos tendieron a mostrar una actitud moderadamente resiliente. No obstante, si se diferencia la puntuación en función del tipo de duelo, es posible observar que los cuidadores con duelo normal mostraron un nivel mayor de resiliencia ($M = 133.76$; D.E. = 15.61), en comparación con los de duelo complicado ($M = 120.23$; D.E. = 21.75), pero sin que esta diferencia fuese estadísticamente significativa ($p > .05$).

En el primer grupo, la resiliencia se relacionó de forma significativa con las estrategias de reevaluación positiva y religión, mientras que en el segundo lo hizo con la de solución de problemas, tal como se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3. Relación entre los puntajes de resiliencia y las estrategias de afrontamiento en cuidadores con duelo normal y complicado.

Estrategias	Duelo normal		Duelo complicado	
	r de Pearson	Sig. bilateral	r de Pearson	Sig. bilateral
Búsqueda de apoyo	.381	.199	-.145	.636
Expresión emocional abierta	.029	.925	-.442	.130
Religión	.729**	.005	.165	.589
Solución de problemas	.514	.073	.798**	.001
Evitación	-.165	.590	.153	.619
Autofocalización negativa	.104	.736	-.497	.084
Reevaluación positiva	.638*	.019	.387	.192

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

DISCUSIÓN

A la luz de la teoría revisada de Barreto et al. (2008), según la cual factores de riesgo tales como el tiempo de cuidado prolongado pueden potenciar el desarrollo de un duelo complicado, no se confirmó tal comportamiento en la población estudiada. Al parecer, el tiempo de cuidado, las horas dedicadas al mismo y el tiempo de duelo no se relacionan significativamente con el desarrollo de un duelo normal o complicado.

Stroebe y Schut (1999) proponen un modelo dual de afrontamiento al duelo, que distingue entre las estrategias de afrontamiento orientadas a la pérdida y las orientadas a la restauración. El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés de Sandín y Chorot (2003) ofrece la valoración de siete estrategias de afrontamiento que, con base en los resultados que

los cuidadores reportaron, pueden clasificarse bajo ese modelo dual. En este sentido, las estrategias orientadas hacia la pérdida son la autofocalización negativa y la evitación, mientras que las orientadas a la restauración son la solución de problemas y la reevaluación positiva, principalmente. Llama la atención que la solución de problemas sea la estrategia más utilizada por los cuidadores con duelo normal y la menos empleada por aquellos con duelo complicado.

Resulta relevante señalar, además, el papel dual que aporta la religión como estrategia en la población estudiada. Esta estrategia de afrontamiento aparece como la principal entre los cuidadores con duelo complicado y es la segunda en frecuencia entre aquellos con duelo normal; al parecer, resulta ser un recurso común en la población mexicana, sobre todo en situaciones de vulnerabilidad.

Pargament (1997) afirma que en el afrontamiento religioso se identifican tres estilos: el diferir, que implica delegar toda la solución del problema a Dios; el autodirigido, que consiste en utilizar el poder que Dios da para resolver el problema por cuenta propia, y el estilo de colaboración, que implica ver a Dios como un compañero de equipo en el proceso de resolver problemas. Por su parte, Yoffe (2012) afirma que las prácticas religiosas en los dolientes proporcionan estados positivos (calma mental, paz, tranquilidad, equilibrio, energía, alegría, satisfacción y armonía), efectos emocionales (reducción de sentimientos de tristeza, angustia, dolor y liberación de pensamientos negativos), mentales (más conciencia de la muerte y de la finitud, claridad mental, mayor discriminación de uno mismo y el entorno) y conductuales (posibilidad de enfrentar conflictos, hallar solución a los problemas presentes en el duelo, etc.). De la misma manera, también la religión genera efectos negativos relacionados con el dolor, la culpa y el enojo consigo mismo y con Dios. Esta aparente ambigüedad sugiere la necesidad de analizar con mayor precisión el papel del afrontamiento religioso para identificar los factores que pueden incidir y promover un duelo normal o patológico. En efecto, el empleo de la religión como estrategia de afrontamiento requiere ese análisis para determinar el peso de las creencias religiosas positivas y negativas en la recuperación de la pérdida, variables que no fueron incluidas en este estudio.

En un estudio similar realizado en España por Bermejo et al. (2012) se confirmó el hallazgo de la estrategia de la religión como la estrategia más empleada en personas resilientes y con duelo normal. No obstante, las personas que sufrían un duelo complicado también hacían uso de la religión, que fue la segunda estrategia más empleada; sin embargo, sus puntajes de resiliencia no difirieron significativamente de los de las personas con duelo normal, por lo que se puede afirmar que la religión, como estrategia, no marca una diferencia.

Un análisis adicional permite observar que para Bermejo et al. (2012) el afrontamiento centrado en los problemas está relacionado con la resiliencia y con el duelo normal, mientras que en la población aquí estudiada la estrategia que más correlaciona con dicha resiliencia fue la reevaluación positiva en personas con duelo normal y la solución de problemas en aquellas con duelo complicado. Otro aspecto interesante a considerar es que la búsqueda de apoyo constituye una estrategia poco utilizada por ambos grupos. En el estudio realizado en España por Naudeillo et al. (2012) se detectó a un grupo de dolientes con necesidad de apoyo psicológico. La mitad de los familiares no hicieron uso de ese servicio indicando que se les dificultaba regresar al lugar donde su familiar había fallecido, reafirmando con ello la necesidad de atención psicológica y, por otro lado, rehusaban el apoyo por la tendencia a evitar enfrentarse al dolor y a la muerte o a “normalizar” las reacciones de pérdida, lo que sugiere la posibilidad de que los dolientes rechacen el apoyo de forma consuetudinaria y esperen una recuperación de la pérdida pasado el tiempo.

Finalmente, el crecimiento postraumático ante el duelo se registró en los cuidadores que tenían un mayor puntaje en la resiliencia y que atravesaban un duelo normal. Las estrategias de afrontamiento que se relacionaron de manera significativa con la resiliencia fueron la religión y la reevaluación positiva en el caso de los cuidadores con duelo normal, en tanto que la solución de problemas lo fue en quienes presentaban un duelo complicado.

Por todo lo anterior, en el tratamiento psicoterapéutico del duelo se ve conveniente y provechoso promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento tales como la reevaluación positiva y el entrenamiento para resolver problemas, como mecanismos orientados a restaurar una nueva normalidad en el doliente, al tiempo que resulta conveniente limitar el empleo de la estrategia de autofocalización negativa.

REFERENCIAS

- Austrich S., E. y Díaz Z., P. (2011). *Mi paciente en casa. Manual de cuidados para el cuidador*. México: Corinter.
- Barreto P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Bermejo, J.C. (2011). *El duelo: luces en la oscuridad*. Madrid: La Esfera de los Libros.

- Bermejo, J.C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R. y Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(8), 85-95.
- Bui, E., Nadal-Vicens, M. y Simon, N.M. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and brief review of literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 149-157.
- Davis, C.S. (2008). A funeral liturgy: Death rituals as symbolic communication. *Journal of Loss and Trauma*, 13(5), 406-421.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Madrid: Herder.
- Gallagher S., Phillips, A.C., Evans, P., Der, G., Hunt, K. y Carroll, D. (2008). Caregiving is associated with low secretion rates of immunoglobulin A in saliva. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 565-572.
- González M., T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Kramer, B.J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsch, M. y Yonker, J. (2010). Complicated grief symptoms in caregivers of person with lung cancer: The role of family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. *Omega*, 62(3), 201-220.
- Kübler-Ross, E. (1998). *La muerte, un amanecer*. Madrid: Planeta.
- Lazarus, R.S y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Maercker, A. y Lator, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 167-176.
- Naudeillo, M., Escola, A., Quera, D., Junyent, J., Fernández, A., Revilla, A. y Saiz, N. (2012). Análisis del duelo en una muestra de familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 19(1), 10-16.
- Olmeda, M.S. y García, A.M. (2006). Parentesco y duelo. *Revista Electrónica Interpsiquis*. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/depresion/parentesco-y-duelo/>
- Palomar L., J. y Gómez V., N.E. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Pargament, K.L. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Payás P., A. (2010). *Las tareas del duelo*. México: Paidós.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1999). La Escala de Estresores Universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y Estrés*, 5, 61-78.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, Ch.F., Bierhals, A.J., Newson, J.T. et al. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Resources*, 59(1-2), 65-79.
- Rosenberg, A.R., Baker, K.S., Syrjala, K.L., Back, A.L. y Wolfe, J. (2013). Promoting resilience among parents and caregivers of children with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 16(6), 645-652.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Stroebe, M. y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Yoffe, L. (2012). Beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en Psicología*, 21(2), 129-153.
- Zhang, B., El-Jawahri A. y Prigerson, H.G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1188-1203.

Reconocimiento de indicadores de los efectos de las estrategias en terapia Gestalt en adultos mayores

Recognition of indicators of the effects of Gestalt Therapy strategies in older adults

Carlota Josefina García Reyes-Lira¹

RESUMEN

Esta investigación retoma algunos elementos de la metodología del análisis de contenido, empleando el corte cualitativo y cuantitativo. Su principal objetivo es describir cómo un grupo de adultos mayores evalúa la vivencia de su participación en talleres con estrategias gestálticas, a través de su discurso y dibujos. También pretende mostrar la viabilidad y compatibilidad del uso de la red semántica como estrategia metodológica para la investigación en la psicoterapia gestalt, así como identificar algunas pautas de referencia que permitan valorar sus vivencias. En el estudio se emplearon tres instrumentos: técnica proyectiva gráfica, entrevista grupal tipo grupo focal y red semántica para la recolección de información. Como guía de análisis se emplearon los elementos de polaridades previamente definidas, e indicadores reconocidos y definidos a partir de lo encontrado en el grupo focal. Se encontró que hay cambios tanto en las polaridades como en los tres indicadores empíricos definidos. Con respecto a la técnica de redes semánticas, ésta mostró ser compatible con los principios metodológicos de la psicoterapia gestalt, lo cual la hace un instrumento apto para ser empleado en esta metodología.

Palabras clave: Psicoterapia Gestalt; Adultos mayores; Prueba proyectiva gráfica; Grupo; Red semántica.

ABSTRACT

The present study takes some elements of qualitative and quantitative content analysis methodology in order to describe how a group of senior adult participants evaluate, through their verbal responses and drawings, their experience of participating in workshops based on Gestalt therapy strategies. The study also explored the feasibility and compatibility of semantic networks as a methodological strategy for research on Gestalt psychotherapy. It also sought to identify some benchmarks for evaluating the experiences by older adults. The study gathered information through three instruments: a) graphic projective techniques, b) group interviewing and c) focus-group-type semantic networks. Analyses included previously defined polarity elements as well as other recognized and defined indicators derived from the focus group outcomes. Results showed changes in both polarities in all three defined empirical indicators. Results of the semantic network analysis turned out to be compatible with the methodological principles of Gestalt psychotherapy which points to an instrument suitable for the use of such methodology.

Key words: Gestalt Psychotherapy; Older adults; Projective graphic test; Group; Semantic net.

¹ Clínica Universitaria de Salud Integral, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-11-00, tel. casa (55)53-90-27-70, tel. cel. 5516-56-15-90. Artículo recibido el 28 de febrero y aceptado el 14 de abril de 2013.

ANTECEDENTES

Según Krassoievitch (2001), el objetivo central de la psicoterapia geriátrica es que el paciente actualice sus potencialidades, de tal modo que logre dar a su vida un sentido más completo y más digno. En general, se tiende a obtener cambios, tanto en los sentimientos como en los pensamientos y los actos, en el sentido de mejorar las relaciones con los otros (desarrollo de habilidades de contacto), disminuir las tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad. De lograrse estas metas, aun en pequeña escala, aparece una vivencia confortante que favorece los sentimientos de autoestima y dignidad. Sin embargo, falta información acerca de cómo evaluar los efectos de algunas formas de psicoterapia, entre ellas la terapia gestalt y los referentes, técnicas o instrumentos que se pueden utilizar.

Con respecto a la terapia gestalt, Tonnesvang, Sommer, Hammink y Sonne (2010) revisan los puntos de contacto y divergencia que existen entre la misma y la terapia cognitiva, y asumen que ambas están ancladas en la fenomenología y no son dogmáticas en su apertura a otras aproximaciones terapéuticas y científicas. Ello se complementa con las bases que las neurociencias proporcionan a la psicoterapia cuando se encuentra que la relación terapéutica puede facilitar el movimiento efectivo hacia el bienestar y la autorregulación adaptativa, considerando siete aspectos referentes a la genética, la relación con el entorno, los sistemas de memoria, los procesos cognitivos y emocionales, la imaginación activa y simulación, la vinculación interpersonal y el procesamiento no verbal e inconsciente, tal como lo señalan Cappass, Andres-Hyman y Larry (2005).

Respecto al trabajo con emociones y la conducta con terapia gestalt, así como su vínculo con la psicología cognitiva, Burley y Freier (2004) realizaron un análisis del concepto de carácter en la terapia gestalt, asumiendo que el trabajo de dicha terapia es conducir al reconocimiento del proceso de interrupción de la formación gestalt y la resolución o destrucción del proceso. También retoman otras dos ideas: el proceso de resolución y la memoria procedimental. La primera de ellas se refiere a cómo se cumple el ciclo de contacto gestalt, y la segunda al “cómo son o cómo hago las cosas”.

En ciertas situaciones, la memoria procedimental opera resultados del *awareness* (“darse cuenta”). Los autores retoman los avances de la investigación en la psicología cognitiva y con ella dan sustento a algunos intentos de la terapia gestalt a partir de la memoria procedimental, el desarrollo de la estructura del carácter y las experiencias de aprendizaje en las diferentes etapas del desarrollo.

Estos señalamientos brindan información que permite procesar la información que deriva en un efecto terapéutico en las relaciones de cuidado en la adultez que tiene la capacidad de generar respuestas fisiológicas positivas, al tiempo que se reconoce que la percepción es el proceso de adquirir, interpretar y organizar la información sensorial actual, básica en los procesos gestálticos de la terapia. Estas ideas son útiles si se considera que en este estudio se trabajó en grupo y bajo contextos sensorialmente estimulantes, con historias de vida personales y con similitudes grupales, fomentando así la posibilidad de producir cambios en cada individuo y en el grupo en general.

Derivado de lo anterior, se resalta la importancia del diagnóstico gestalt; a partir de la terapia basada en la evidencia, se reconoce la resistencia de los terapeutas gestálticos como un residuo del pasado. Si bien actualmente se están desarrollando estrategias diagnósticas partiendo de principios gestálticos, vinculados a la descripción de síntomas descritos en el ICD 10 y el DSMIV-TR, también hace falta una revisión de las formas de evaluación de la estructura del carácter y del *awareness* como medio y fin del trabajo terapéutico, así como un reconocimiento de la exploración y técnica en terapia gestalt a partir de la experiencia directa de la relación o contacto a través de la experimentación fenomenológica.

En una revisión teórica y de investigación de la terapia gestalt que retoma el trabajo grupal y las premisas de trabajo que incluyen la estimulación de todos los sentidos y el fomento de la movilidad de los participantes, un autor, Wagner-Moore (2004), afirma que, transcurridos treinta años de la muerte de Perls, la terapia gestalt ha dejado de poner énfasis en la visión de su creador para privilegiar otra, “rogerianizada”, pero que sin embargo respeta las técnicas, los principios y las estrategias propuestas originalmente, en lo que también hace falta un avance de tipo teórico. Aun así, la presente

autora considera que hacen falta avances metodológicos y evaluativos.

Específicamente en el área de los adultos mayores, Hernández (2005) trabajó con ancianos institucionalizados empleando la terapia gestalt. Buscó valorar si estos responden a una psicoterapia grupal y si sus estructuras mentales aún son lo suficientemente flexibles para dar lugar al crecimiento y a la transformación, así como explorar si después de un determinado número de sesiones en grupo la depresión y la autoestima tienden a mantenerse, aumentan o disminuyen. Como resultado, la citada autora considera que crear un grupo psicoterapéutico con adultos mayores es una manera de volver a ponerlos en contacto con el mundo, o bien de retomar ese contacto con aquél y con sus compañeros de institución. Hernández y Martínez (2006) reportaron evidencias del uso de la terapia gestalt con ancianos al preguntarse qué efectos psicológicos tiene la psicoterapia gestalt en ellos. El objetivo general de dicho estudio fue identificar (si es que los hubiera) algunos efectos psicológicos que generen las estrategias de la psicoterapia gestalt en esa población. A partir de un análisis cualitativo empleando la técnica, los autores muestran la identificación de indicadores de cambio psicoterapéutico y de características propias del grupo, a partir de lo cual proponen una lista de 21 polaridades para la evaluación de dibujos (los que mostraron cambios significativos) de manera grupal más que individual.

Muñoz (2005) apunta que el aspecto vívido, activo y cambiante de los acontecimientos sensoriales y fisiológicos que se producen en el organismo constituye el *experimental*. Estas experiencias se hallan en un proceso constante de valoración orgánica que se enriquece con las nuevas experiencias, cambiando y ampliándose continuamente, de lo cual se puede realmente aprender de un modo significativo ya que la persona ha de enfrentarse a su experiencia sin negarla para poder crecer.

Algunas otras investigaciones, como la de Gallace y Spence (2011), se han enfocado al estudio del hecho común, la agrupación del contacto en la aprehensión rápida de un número pequeño de estímulos presentados simultáneamente, el campo per-

ceptual táctil y la agrupación en la percepción de escenas multisensoriales.

Puede considerarse que los resultados de los dos estudios anteriores brindan información importante para poder hacer el análisis de los procesos que se observan en las sesiones de terapia gestalt, sobre todo al trabajar en sesiones en las que se puede manipular objetos, trabajar con música o realizar actividades grupales que requieren el movimiento físico de las personas, tal como se hizo en el presente estudio. Lo anterior coincide con lo planteado por Nocross y Wampold (2011) cuando señalan la importancia de contar con información cuyo sustento metodológico sirve de referencia para evaluar la pertinencia de las intervenciones psicológicas y de las estrategias de atención, y que va más allá de los criterios meramente clínicos y particulares, permitiendo así el desarrollo o definición de indicadores de cambio válidos.

El concepto de “indicador” lo introduce González (1997) para designar aquellos elementos que adquieren significación gracias a la interpretación del investigador, y puede ser un atributo o cualidad que es motivo de interés del investigador. El indicador solamente se construye sobre la base de información implícita e indirecta; no define ninguna conclusión del investigador en relación con lo estudiado, y representa un momento hipotético en el proceso de producción de la información que conducirá a la aparición de nuevos indicadores a través de las nuevas ideas de ese investigador.

Para fines de esta investigación, se define “indicador de efecto de la terapia” como todos aquellos señalamientos o muestras de cambios contrastantes en el desarrollo, elaboración o participación de las actividades indicadas para las estrategias terapéuticas.

Al apreciar la carencia de información sobre cómo evaluar los efectos de las estrategias gestálticas en la población anciana a partir de una metodología cualitativa y cuantitativa, en el presente estudio se pretendió identificar la manera en que las personas adultas mayores del Grupo Vida valoraban su experiencia en los talleres de terapia gestalt, evaluándolas mediante técnicas proyectivas gráficas y la de redes semánticas.

MÉTODO

Participantes

El presente estudio se llevó a cabo en un aula de campo de la clínica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México que contaba con sillas, mesas, pizarrón, ventilador, grabadora, videocasetera y televisión y con acceso a servicios médicos. La población constó de diez participantes de sexo femenino inscritas al programa de envejecimiento de la institución, cuyas edades iban de 55 a 89 años. Llevaban acudiendo al servicio de uno a nueve años continuos.

Técnicas e instrumentos

Para dar respuesta a la pregunta de investigación antes expuesta, se emplearon tres técnicas de recolección de datos: la entrevista grupal (tipo grupo focal), la proyectiva gráfica (dibujos) y la de redes semánticas.

En el caso de la entrevista focal con grupos, o entrevista a grupos focales, Ruiz (1999) y Vela (2001) señalan que un grupo focal define el conjunto de personas que se reúnen con el fin de interactuar en una situación de entrevista grupal y que se centra en temas particulares. Esta técnica permite identificar indicadores o referentes verbales significativos en el grupo, coincidentes con el interés de dar voz a los sujetos del grupo de manera individual y grupal.

La técnica proyectiva gráfica se basa en el supuesto de que las personas proyectan sobre la realidad exterior sus percepciones desde el propio psiquismo. Es parte de las técnicas subjetivas, construidas a partir de planteamientos teóricos fenomenológicos y psicodinámicos, tal como lo señala Hammer (1984). Quintanar y García (2002) coinciden con lo anterior y afirman que, en la psicología gestalt, proyectar es “lanzar hacia delante”: se “lanza” la experiencia, la forma de percibir el mundo, y el modo en que se relacionan ambos.

En la red semántica se toma como punto de partida la información que el sujeto tiene almacenada en forma de representación y símbolos con un significado particular, mediante los cuales interpreta el mundo con el que interactúa de forma

continua, lo que se manifiesta en algún tipo de comportamiento. En este planteamiento, se piensa que la información proviene de la experiencia y se ordena en la mente en forma de representaciones, mapas o redes cognitivas que se encuentran en constante construcción y reconstrucción, lo que permite a los sujetos interactuar con su mundo, tal como lo comenta Valdez (2000), quien además señala que las redes semánticas se han ido constituyendo como una de las técnicas más potentes para evaluar el significado de los conceptos a partir de la reconstrucción que de ellos hace el propio sujeto.

Procedimiento

La investigación se desarrolló según las siguientes fases:

Fase preliminar

Se invitó a las integrantes que tenían más de un año de asistir regularmente al grupo a participar en la investigación, indicándoles que la información recabada sería útil para mejorar el taller. Todas accedieron, e incluso las que tenían poco tiempo preguntaron si podían participar, a quienes se les respondió afirmativamente, aunque ello sería más adelante.

Fase I: Técnica proyectiva gráfica

En esta primera fase, a las diez participantes se les proporcionaron dos hojas blancas y lápices; luego se les solicitó que elaboraran un dibujo de ellas antes de asistir al grupo y de cómo se describían estando en él. Se les pidió asimismo que anotaran con palabras específicas aquello de lo que se daban cuenta entre un momento y otro y las compararan. Una vez obtenidos los dibujos, se procedió en otro espacio a evaluar en conjunto estos formatos, formando categorías de análisis agrupadas como polaridades.

Fase II: Entrevista grupal

Se realizaron dos sesiones de entrevista grupal con las diez participantes. Se les dijo que se escribiría una pregunta en el pizarrón, a la cual darían todas ellas las respuestas en voz alta que se les fueran ocurriendo, a manera de reflexión y discusión, sin que fuera necesario que hubiera un acuerdo entre todas. Se les dijo además que no tendrían un tiempo límite, que la sesión sería grabada, que la coor-

dinadora no intervendría y que la actividad terminaría cuando nadie tuviera nada más que agregar, o bien cuando el salón tuviese que ser utilizado para otros propósitos. Las preguntas formuladas en cada sesión fueron las siguientes: “¿Cómo ha sido tu experiencia de vida en el taller con el Grupo Vida?” y “¿Qué de lo trabajado durante tu asistencia al taller impactó en tu actuar cotidiano?”.

Concluida esta sesión, se transcribió lo ahí expuesto y se identificaron indicadores para el vaciado de resultados, mismos que se emplearon como

punto de análisis y guía de integración de las tres técnicas empleadas.

Fase III: Red semántica

A partir de la información de la entrevista grupal, se eligieron seis estímulos verbales para construir la red semántica, misma que se aplicó en la siguiente sesión. Las palabras estímulo fueron acordes con la pregunta y los objetivos de investigación y se muestran abajo.

Grupo Vida	Sentirme escuchada y respetada
Sesiones del taller	Mi familia y el Grupo Vida
Antes de ser parte del Grupo Vida...	Después de cada sesión, me doy cuenta de que yo...

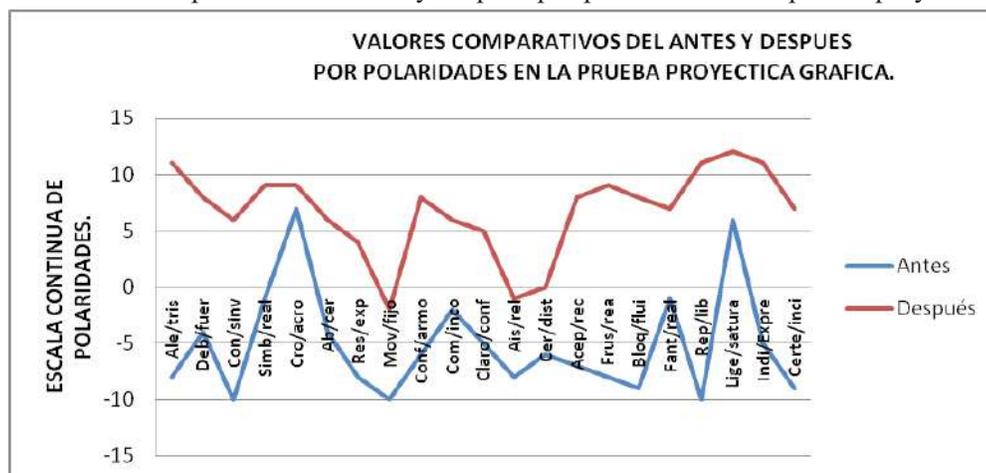
En este caso, se procedió a entregar a las participantes dos hojas con recuadros que incluían dos columnas: se les pidió que escribieran en la primera aquellas palabras (seis en total) que consideraran que definían la palabra o palabras estímulo, colocadas en la parte superior, y se buscó que esto fuera hecho coordinadamente. Se pasó a la siguiente instrucción hasta que todas hubieran terminado. La segunda indicación fue que en la segunda columna indicaran la jerarquía de las palabras que habían escrito, poniendo 1 a la palabra que mejor la definiera, 2 a la siguiente, y así sucesivamente hasta completar los seis renglones disponibles.

RESULTADOS

En los resultados se presentan tres análisis complementarios. El primero se refiere al análisis de polaridades ya citadas por Hernández y Martínez (2006); con ellas se puede comparar cómo es que las personas mayores valoran su experiencia antes y después de participar en los talleres de terapia gestalt.

En la Gráfica 1 se observa cómo es que ocurre un cambio grupal del lado negativo al positivo en dieciséis de las polaridades, mientras que tres se mantuvieron con cambios en el mismo extremo del lado positivo; estas son las polaridades cromático/acromático, ligero/saturado y abierto/cerrado. Hay dos polaridades con cambios que se mantuvieron del lado negativo y que fueron aislado/relacionado y movimiento/fijo.

Gráfica 1. Valores comparativos del antes y después por polaridades en la prueba proyectiva gráfica.



Como se puede apreciar, en los datos hay evidencia de que se generaron marcados cambios de un extremo al otro en las polaridades de reprimida a liberada, triste a alegre, débil a fuerte, sin vitalidad a con vitalidad, frustrada a realizada y bloqueada a fluida, lo que evidencia un movimiento en sus emociones y autopercepción, vinculado al parecer con sus experiencias, mediante las que descubrie-

ron otras maneras de hacer o ver el mundo. Las puntuaciones más bajas correspondieron a las polaridades móvil-fijo y cercano-distante.

Para el segundo tipo de resultados se emplearon indicadores que complementan las polaridades como guía, tal como se muestran en el Cuadro 1, buscando cruzar la información obtenida de cada técnica.

Cuadro 1. Integración de resultados según indicadores definidos.

Indicadores	TÉCNICAS		
	Proyectiva	Entrevista grupal	Red semántica
Sentimientos Este indicador se refiere a la expresión verbal en voz alta, o escrita de forma clara y directa, donde se nombra una experiencia con una carga afectiva referida como propia y nueva. <i>Se halló un reconocimiento de los sentimientos que se nombran</i>	<i>Polaridad</i> Alegre/triste. <i>Palabras en el dibujo.</i> Contenta, feliz.	Sentí compañía... Siento paz, antes me sentía culpable... Estoy contenta y feliz (llora y ríe)... tengo miedo.	<i>Sentimiento.</i> Soledad. <i>Emociones.</i> Amor.
Descubrimiento (Awariness) Este indicador se refiere a toda expresión verbal o escrita que describa o refiera una acción, percepción o reconocimiento de un comportamiento nuevo o diferente. <i>Hay un reconocimiento de sí mismas en el que incorporan su experiencia y su self a un aprendizaje</i>	<i>Polaridad</i> Trabajo/duermo. Débil/fuerte. Frustrada/realizada. <i>Palabras en el dibujo.</i> Encuentro conmigo misma. Ocupada, Ganas de vivir. Seguridad, Inteligente.	Tengo obligaciones y derechos. Sé que soy valiente. Ahora sé que tengo obligaciones y también derechos. Ahora convivo con la gente.	Trabajo en exceso. Escuchada. Seguridad. Fortaleza. Valoración.
Aprendizaje, percepción Este indicador se refiere a toda expresión verbal o escrita que denote el reconocimiento de un cambio o algo diferente en su actuar o prioridad de interés de sí mismo. <i>Al parecer, su percepción y aprendizaje cambian de foco. Figura fondo.</i>	<i>Polaridad.</i> Bloqueada/realista. Sin vitalidad/con vitalidad. <i>Palabras en el dibujo.</i> Me sé defender.	Al oír a mis compañeras [encuentro que] también tenemos semejanzas. Soy valiosa. Ahora traigo una concha...	Valor.

Se señalaron tres indicadores, a partir de los cuales se trabajaron los resultados. Primero, se observó que de las tres técnicas empleadas se obtuvo información, la que se puede repartir entre los tres de manera coincidente. Se aprecia que hubo cambios tanto en las polaridades como en el discurso, identificados en los siguientes:

En el indicador Sentimientos hay un estado desagradable, pesimista y que cambia al opuesto, o por lo menos que se reconoce como grato, presente en la polaridad de triste/alegre, y al referir el reconocimiento de paz, tranquilidad, amor y soledad en las palabras que indicaban ahora que estaban en el grupo.

En el indicador Descubrimiento hay referentes de un movimiento que va de pasivo a activo, así como un reconocimiento de sí mismos en sus dibujos, como pasar de mucho trabajo a dormir y a reconocerse con ganas de vivir; la polaridad cambia de débil a fuerte, y hay un reconocimiento de obligaciones, pero también, ahora, de derechos. Pareciera que las participantes incorporaron las experiencias, de lo que resultó una autopercepción diferente.

El indicador Aprendizaje está muy presente y vinculado con todas las técnicas, manejado como algo nuevo o diferente que ahora hacían las participantes y no antes, como reconocer semejanzas

entre los integrantes del grupo o cambios en sus relaciones familiares. La polaridad de sin vitalidad a con vitalidad cambia de un extremo a otro, lo que implica que las participantes reportaron reconocer que ahora se sabían defender y que tenían valor.

El tercer tipo de resultados corresponde al análisis de la red semántica. Asistir a los talleres y a un proceso grupal les ofreció la posibilidad de experimentar cambios en la manera de sus interacciones interpersonales, así como de llevarlas a una resignificación o aprendizaje.

A partir de los valores obtenidos en la red semántica, en el Cuadro 2 se resumen e integran las palabras que definen y dan significado, según el grupo, a los estímulos expuestos. En la tabla se han puesto en el orden de mayor a menor riqueza semántica los estímulos que mostraron cambios.

Se puede notar que el grupo define con un mayor campo semántico el estímulo “Después de cada sesión” seguido por el de “Sesiones del taller”, lo que indica que queda una huella, al finalizar cada sesión, del empleo de palabras definidoras como “aprender”, “reflexiono”, “cambio”, “contenta” y “aplico”, seguidas por “trabajo”, “cooperar”, “amistad” y “sentimientos”, e inclusive llega hasta la condición familiar, pues el tercer valor semántico lo tiene “Mi familia” y el “Grupo Vida”. Es posible reconocer que hubo algún cambio en las integrantes antes de pertenecer al grupo que cuando fueron parte de él, al señalar que se sentían escuchadas y tomadas en cuenta, lo anterior aunado a lo expuesto en cada estímulo.

Cuadro 2. Contraste de estímulos semánticos.

Estímulo	Valor semántico	Palabras que definen el estímulo a partir del peso semántico
Después de cada sesión	35	Aprendo, reflexiono, cambio, estoy contenta, aplico.
Sesión del taller	31	Trabajo, cooperar, amistad, sentimientos, aprendizaje.
Mi familia y el Grupo Vida	30	Ayuda, aprendizaje, compatible, conjunto, escucha.
Antes de ser parte del Grupo Vida	28	Trabajo en exceso, emociones, negativa, soledad.
Grupo Vida	27	Valor, aprendizaje, vivenciar, hablar, amor.
Sentirse escuchada	23	Tomada en cuenta, escuchada, fortaleza, seguridad, valoración.

En los significados dados a cada estímulo pareciera que hay un ciclo saludable y un ciclo de completamiento al pasar por la experiencia de los talleres. Hay un proceso grupal, donde se va de un lugar al otro y se ocupa un lugar; es decir, primeramente hay un momento de integración, de sentirse pertenecientes e integradas al grupo, dando posibilidad a los cambios consigo mismas, y después otro de mutua afectación en las interacciones interpersonales a partir de las experiencias vividas y compartidas durante las sesiones, tanto en el grupo como fuera de él.

DISCUSIÓN

Tanto en las técnicas proyectivas como en el discurso, se observó lo que a continuación se indica:

1. En las técnicas proyectivas, el tipo de trazos empleados puede servir de referente orienta-

dor sobre la naturaleza y sentido del estado emocional de la persona, diferenciado por estadios temporales.

2. Se requiere de indicadores o referentes como las polaridades definidas aplicables al análisis de las diferentes técnicas, los cuales permitan identificar rasgos afectivos y desarrollar instrumentos para su evaluación.

3. A partir de coincidencias y diferencias en los discursos, se pueden proponer, delimitar y definir indicadores empíricos de la naturaleza del momento emocional en que se encuentra la persona y de la dinámica del contexto en que vive.

En los resultados de la técnica proyectiva gráfica se evidenció cómo su empleo facilita a las asistentes plasmar en cada dibujo ciertas diferencias en sus trazos (firmeza, continuidad, claroscurros...) y contenido (estructura, distribución, qué incluir y qué no), a pesar de ser ellas mismas quienes plasman el antes y el después. Pero no basta

reconocer estas diferencias o semejanzas en los dibujos y en el discurso, pues se requiere disponer de indicadores que sirvan de referentes para el análisis conjunto, fundamentando y facilitando así el uso de estas técnicas.

Con respecto a la viabilidad y compatibilidad de la red semántica como estrategia metodológica, se vio su practicidad y factibilidad al usarla con esta población, aunque se debe tener paciencia pues su respuesta es lenta. En términos metodológicos, su uso es sumamente compatible con los principios gestálticos; dicha metodología está sustentada en la idea de que a partir de la experiencia el individuo construye significados y crece como resultado de la relación estrecha que hay entre la idea abstracta y la experiencia, de la que surge el conocimiento y el aprendizaje. Lo anterior se vincula con los principios gestálticos relativos al aprendizaje significativo a partir de la experiencia. Con respecto a la entrevista grupal, esta permite rescatar la voz del participante y reconocer su mirada, a la vez que proporciona la posibilidad de identificar y definir referentes o indicadores empíricos útiles para un análisis más fino, permitiendo así reconocer en el discurso el proceso de reestructuración de la experiencia que da paso al aprendizaje significativo.

Para el uso de la psicoterapia en los adultos mayores, se recomienda revisar los planteamientos que suelen servir de guía en la atención de otros grupos generacionales. Por ejemplo, es común que las personas mayores busquen apoyo psicológico en momentos en que su fragilidad social es evidente, como cuando se quedan solas por diferen-

tes motivos. En casos como esos, el psicólogo se debe convertir en un tutor o guía más formal y dar seguimiento al caso, pues la soledad después de la psicoterapia puede poner a la persona en una condición de riesgo que no siempre aparece en otros grupos generacionales.

Es evidente que los resultados muestran el potencial del recurso de las polaridades como un medio para evaluar cambios en la intervención psicológica y psicoterapéutica, aun cuando no siempre sea con enfoque gestalt. Las polaridades pueden ser un buen referente de guía y cambio, sobre todo cuando es posible realizar una triangulación de las estrategias de evaluación, pues además eso ayuda a cumplir incluso con criterios estadísticos de confiabilidad y correlación, es decir, no solamente en un nivel cualitativo-descriptivo.

En concreto, y para terminar, algunas sugerencias para la atención psicológica mediante la terapia gestalt en personas ancianas serían, a saber:

Primero, conformar más grupos con los que se trabaje en talleres que utilicen la psicoterapia gestalt y llevar a cabo réplicas de este estudio con las mismas características, buscando así ampliar sus posibles aportaciones al trabajo con este tipo de población.

Segundo, desarrollar investigaciones que exploren el impacto psiconeurológico del trabajo terapéutico en el adulto mayor.

Tercero, en la misma línea psiconeurológica, indagar las posibles acciones que pueda haber en la prevención de demencias, deterioros cognitivos y neuronales que se presenten en dicha población.

REFERENCIAS

- Burley, T. y Freier, C. (2004). Character structure a gestalt- cognitive theory. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, and Training*, 41(3), 321-331.
- Cappass, N., Andres-Hyman, R. y Larry, D. (2005). What psychotherapists can begin to learn from neuroscience: seven principles of a brain-based psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 42(3), 374-383.
- Gallace, A. y Spencer, C. (2011). To what extent do gestalt grouping principle influence tactile perception? *Psychological Bulletin*, 137(4), 538-561.
- González R., F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hammer, E. (1984). *Test proyectivos gráficos. Psicometría y psicodiagnóstico*. México: Paidós.
- Hernández, J. y Martínez, E. (2006). *Análisis de experiencia de psicoterapia gestalt con adultos mayores: el caso del Grupo VIDA*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, Z. (2005). *Aplicación de la psicoterapia gestalt en el trabajo de grupo con adultos mayores institucionalizados*. Tesis de maestría. Xalapa (México). Centro de Estudios e Investigación Gestálticos, A.C.
- Krassoievitch, M. (2001). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Muñoz, M. (2005). *La sensibilización gestalt. Una alternativa para el desarrollo del potencial humano*. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt, A.C.
- Nocross, J. y Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy: relationships, research, conclusions, and clinical practices. *American Psychological Association of Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Quintanar, O. y García, C. (2008). La psicoterapia en ancianos: una propuesta para la valoración de la terapia gestalt en la vejez, desde la psicología basada en la evidencia. En C. Mondragón, C. Avendaño, C. Olivier y J. Guerrero (Comps.): *Saberes de la psicología. Entre la teoría y la práctica* (v. 1, cap. 21). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ruiz O., J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª ed.). Bilbao (España): Universidad de Deusto..
- Tonnesvang, J., Sommer, U., Hammink, J. y Sonne, M. (2010). Gestalt therapy and cognitive therapy – contrast or complementarities? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 47, 586-602.
- Valdez, J. (2000). *Las redes semánticas naturales. Usos y aplicaciones en psicología social*. Toluca (México): Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vela P., F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En M. L. Tarrés (Coord.): *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en investigación social* (pp. 63-95). México: FLACSO/El Colegio de México.
- Wagner-Moore, L. (2004). Gestalt therapy: past, present, theory and research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 41(2), 180-189.

Recursos universitarios y personales promotores de bienestar y salud en estudiantes universitarios

University and personal resources to promote well-being and health among university students

*Rosa Martha Meda Lara¹, Luis M. Blanco Donoso²,
Bernardo Moreno Jiménez², Andrés Palomera Chávez¹ y Marta Herrero²*

RESUMEN

Los estudiantes universitarios enfrentan cotidianamente numerosas actividades académicas que en ocasiones los sobrecargan y les provocan problemas de salud y falta de bienestar. Por ello, las universidades y el alumno tienen la responsabilidad de activar recursos propios que, procedentes de su medio, les ayuden a reducir esa sobrecarga y a mejorar su calidad de vida. En este estudio se explora la relación entre estrés, recursos y consecuencias sobre la salud y el bienestar de estudiantes universitarios, destacando la naturaleza interactiva de este proceso. Para ello, se diseñó un estudio transversal en el que participaron 1,015 estudiantes universitarios de México, España y Panamá, a los que se les preguntó sobre sus niveles de estrés académico, la valoración que hacían acerca de los recursos de su universidad, su actitud frente al malestar psicológico y sus niveles de salud y bienestar en términos de satisfacción vital, calidad de vida, sintomatología física y psicósomática. Los resultados del análisis de regresión mostraron que el estrés académico tuvo una relación directa y significativa con todos los indicadores de salud estudiados, especialmente entre aquellos estudiantes que valoraron negativamente los recursos que les proporcionaba la institución, y entre los que toleraban o aceptaban poco sus niveles de malestar y estrés. Estos resultados se discuten en términos de la importante labor que tiene la universidad al momento de proveer recursos a sus estudiantes y de hacer aquellos más visibles y accesibles.

Palabras claves: Estrés académico; Calidad de vida; Satisfacción con la vida; Universidad saludable; Mindfulness.

ABSTRACT

University students face new challenges and highly daily diverse activities, which often lead them to feel overloaded. Also, academic overload can cause health problems and poor wellbeing. In this context, both universities and students are responsible for activating institutional resources as well as students' own personal resources in order to help reduce overload and improve their quality of life. The objective of the present study was to explore the relationship between stress, resources and their consequences on health and wellbeing of university students. A second purpose included highlighting the interactive nature of this process. A total of 1015 university students from Mexico, Spain and Panama participated through a cross-sectional design. Participants responded to questionnaires on their perceived academic stress, their assessment of university resources, their attitude towards psychological distress and their levels of health and wellbeing. These last two variables included life satisfaction, quality of life, as well as somatic and psychosomatic symptoms. Results analyzed through hierarchical regression showed both direct and indirect effects among the study variables. Specifically, academic stress was directly related to all health criteria. This association was strongest for participants who negatively valued the resources from their university and among

¹ Departamento de Psicología Básica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Calle Sierra Mojada 950, Independencia Oriente, 44340 Guadalajara, Jal., México. Artículo recibido el 7 de enero y aceptado el 6 de mayo de 2015.

² Departamento Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Calle Iván Pavlov 6, 28049 Madrid, España.

those who showed very little tolerance or acceptance of their own distress. Results are discussed in terms of the relevant work that universities carry out or should carry out in providing visible and accessible resources to their students.

Key words: Academic stress; Quality of life; Life satisfaction; Healthy university; Mindfulness.

INTRODUCCIÓN

Las universidades tienen el potencial para influir positivamente en la vida y la condición de salud de sus miembros para protegerlos y promover su bienestar a través de sus políticas y prácticas. Las personas que en ellas estudian o trabajan dedican gran parte de su tiempo a esa tarea, por lo que los determinantes de la salud están regidos en gran medida por las condiciones o características sociales en las que esas personas viven, estudian o trabajan (Muñoz y Cabiases, 2008). Por este motivo, desde los años ochenta hay un interés creciente por convertir a la universidad en una institución saludable, promotora de la salud entre sus miembros (Arroyo et al., 2009). El concepto de “universidad saludable” se basa en el principio de ciudades saludables, que prioriza ciertas iniciativas de promoción de la salud dirigidas a la universidad como entorno, más que estrategias de cambio de hábitos de cada persona en particular (Arroyo et al., 2009; Lange et al., 2006).

Los proyectos de ciudades saludables en América Latina cobraron fuerza a mediados de la década de los noventa, especialmente en países como Chile y México (Arroyo et al., 2009). Hoy día, tales propuestas se han consolidado a través de la creación de numerosas redes de trabajo, como la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud, cuyo objetivo último es poner en práctica acciones en el campo universitario encaminadas a la promoción de la salud física y emocional del estudiante y de los trabajadores que desarrollan su actividad en ella.

El desarrollo de las universidades saludables es interesante si se tiene en cuenta que la incorporación a la educación superior es una etapa de riesgo para que los jóvenes desarrollen un estilo de vida poco saludable (Delgado, Ayala, Carrasco y Hernández, 2009; Muchotrigo, 2013). Cuando in-

gresan, los jóvenes tienden a reducir su actividad física, a hacerse más sedentarios y a descuidar su alimentación, probablemente debido a la mayor sobrecarga académica y al mayor tiempo que pasan fuera de su hogar. Por ejemplo, el estudio realizado por Meda, Yáñez, Guzmán y Salomón (2014) con 834 estudiantes universitarios puso de manifiesto que estos realizaban poco ejercicio físico, tenían una alimentación inadecuada, no manejaban adecuadamente el estrés académico y escasamente cuidaban su salud.

La sobrecarga y el estrés académico que sufren los estudiantes derivados de sus actividades académicas constituyen un importante riesgo para la salud en las universidades al que a veces no se le presta la suficiente atención (Lange et al., 2006; Monzón, 2007). Los estudiantes encaran exigencias, desafíos y retos cada vez mayores, los que demandan más recursos físicos y psicológicos de diferente índole que pueden provocarles agotamiento y una disminución de su salud, bienestar y calidad de vida (Caballero, Abello y Palacio, 2007; Pulido et al., 2011; Sarid, Anson, Yaari y Margalith, 2004). Entre estas exigencias suelen estar los exámenes, las presentaciones orales, la complejidad de las materias, el volumen de estudio, las expectativas crecientes, la mayor incertidumbre en la toma de decisiones sobre el futuro y la competitividad entre compañeros, entre muchas otras (García, Pérez, Pérez y Natividad, 2012). Tales demandas académicas puede contribuir a la aparición de sintomatología depresiva y psicósomática y a una disminución de la función inmune (Murphy, Denis, Ward y Tartar, 2010; Zunhammer, Eberle, Eichhammer y Busch, 2013). Sin embargo, aún se conoce poco sobre cómo el estrés académico podría afectar también otros indicadores de bienestar de naturaleza más positiva, pues en la mayoría de los estudios sobre el estrés académico se tienen en cuenta exclusivamente indicadores de malestar (depresión, ansiedad, somatización, etc.). En este sentido, el primer objetivo de este estudio fue analizar el modo en que el estrés académico podría contribuir a explicar no solo los niveles de sintomatología psicósomática y física de los estudiantes, sino también sus niveles de satisfacción vital y de calidad de vida.

Las universidades, en cuanto que proporcionan los recursos necesarios para hacer frente a las demandas académicas, pueden contribuir a redu-

cir el estrés, la sobrecarga y el malestar asociado. Por ejemplo, Salanova, Martínez, Bresó, Llorens y Grau (2005) llevaron a cabo un estudio en el que analizaron la relación que había entre elementos de la universidad que facilitaban u obstaculizaban el bienestar y el rendimiento de 872 alumnos de una universidad española. Sus resultados mostraron que había una relación significativa entre percibir ciertos facilitadores por parte del alumno, como determinados servicios que proporciona la universidad (servicio de becas, biblioteca y otros) y su bienestar, traducido en términos de su compromiso con los estudios, energía, autoeficacia y satisfacción. Por el contrario, la percepción de obstáculos, como la falta o sobrecarga de determinados servicios universitarios o ciertas condiciones físicas inadecuadas, se relacionaron más con niveles de agotamiento, cinismo y falta de eficacia en los estudios, y además con menos satisfacción y felicidad. Estos resultados son congruentes con las diferentes teorías que señalan la importancia de poseer recursos procedentes del medio al momento de explicar la salud y el bienestar de los individuos y la reducción de su estrés (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001; Hobfoll, 1989); sin embargo, aún no hay suficientes estudios acerca de los recursos específicos propios de la universidad como factores protectores ante al estrés de los estudiantes. Por lo tanto, el segundo objetivo de este estudio fue analizar el rol protector que podía ejercer la valoración por parte de ellos de los recursos que la universidad les brindaba (efecto de moderación) ante el estrés y sus consecuencias.

No obstante, no únicamente los recursos de la universidad podrían ayudar a reducir las consecuencias negativas que tiene el estrés académico en los estudiantes, pues las variables personales también pueden contribuir a que el estrés sea menor. Por ejemplo, los estudiantes con una personalidad resistente podrían mostrar menores niveles de sintomatología somática y psicósomática cuando se enfrentan a situaciones estresantes (Hystad, Eid, Laberg, Johnsen y Bartone, 2009) debido a que las perciben como un reto y como una oportunidad; en fin, como una situación controlable que se acompaña de un cierto significado, más que como un obstáculo o una amenaza que los bloquea. Asimismo, la competencia emocional de los estu-

diantes es posiblemente otra variable personal que ayuda a un mejor afrontamiento del estrés. Por ejemplo, Extremera, Durán y Rey (2007) estudiaron el modo en que la inteligencia emocional de 371 estudiantes reducía su percepción del estrés y el agotamiento dos semanas antes de los exámenes, e incluso aumentaba su energía y dedicación en sus actividades. Los autores concluyen que los alumnos con un mayor nivel de inteligencia emocional comprenden mejor las causas y consecuencias de sus emociones y, en consecuencia, saben qué estrategia poner en práctica para regular o manejar tales estados afectivos, lo que ya había sido señalado por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai en 1995.

Una faceta personal interesante que podría ayudar a los alumnos a percibir su experiencia diaria como menos estresante es la propuesta por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006), quienes hablan de la capacidad de algunas personas para no juzgar o hacer valoraciones críticas sobre la experiencia psicológica negativa que aparece en su campo consciente (como emociones, sensaciones, pensamientos o recuerdos negativos), faceta que denominan “no juicio de la experiencia interna negativa”. Por ejemplo, un alumno, ante la experiencia de la ansiedad que puede sentir por un examen, podría inducir en sí mismo una autocrítica respecto a su eficacia o valía, sentir frustración por esas sensaciones desagradables, o ver como algo anormal el surgimiento de las mismas (Piemontesi, Heredia, Furlan, Sánchez y Martínez, 2012). Ese enjuiciamiento o falta de aceptación de las experiencias internas negativas puede aumentar sus niveles de estrés y malestar, conduciéndolo a desarrollar así respuestas emocionales de segundo orden. Por el contrario, el alumno que acepta esa experiencia psicológica como parte normal del proceso, sin valorarlo negativamente, es posible que vea reducido su malestar o ansiedad y no desarrolle tales respuestas.

La aceptación de ciertas sensaciones asociadas al estrés puede evitar la autocrítica o la autoinculpación por haber llegado a esa situación, y permitir por ende que la energía, la atención y demás recursos psicológicos se orienten a perseguir las metas y valores de la persona (como seguir estudiando para aprobar).

No juzgar la experiencia interna negativa se encuadra en realidad en un concepto más amplio que en el idioma inglés se denomina *mindfulness*, que podría traducirse como “atención plena”; dicho concepto hace referencia a una habilidad que consiste en centrar la atención en la realidad del momento presente (esto es, en los estímulos internos y externos), aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas e impulsivas de ese momento (Baer et al., 2006). Implica una actitud que requiere mantener la atención en lo que ocurre “aquí y ahora”, frente a la tendencia a dejar divagar la mente por los recuerdos del pasado o las anticipaciones del futuro (Kabat-Zinn, 1996). En el caso descrito del estudiante con ansiedad ante los exámenes, una falta de atención plena podría llevarle a estar atencionalmente pendiente de algún fracaso del pasado o del miedo a suspender el próximo examen y aumentar su estrés por ello. Así, las personas con altos niveles de atención plena pueden experimentar un mayor bienestar debido a procesos psicológicos subyacentes que implican una reducción de la rumiación, un balance afectivo positivo, una mejora de la atención selectiva y de la memoria de trabajo, y una conducta orientada a metas, necesidades y valores personales (Glomb, Duffy, Bono y Yang, 2011). Según Baer et al. (2006), la faceta de la atención plena denominada “no juicio de la experiencia interna negativa” refleja una forma de aceptación de la experiencia psicológica, y se ha visto que esta manera de enfrentar la experiencia interna, aceptándola sin evitarla mentalmente, es mucho más predictiva de bienestar que otros estilos más orientados a la supresión emocional y de pensamiento (Hervás, 2011; Wenzlaff y Luxton, 2003). Tal idea va en la línea de las conclusiones a las que se llegó en el estudio llevado a cabo por Piemontesi et al. (2012), en cuanto a que aquellos alumnos que tenían un estilo de afrontamiento ante los exámenes en que se hacía un uso frecuente de críticas negativas hacia uno mismo, así como de pensamientos recurrentes sobre el problema, no orientados a resolverlo, retroalimentaba su estado de malestar.

Teniendo en cuenta lo anterior, el tercer objetivo de este estudio fue analizar si dicha forma de aceptación psicológica, la denominada por Baer et al. (2006) “no juicio de la experiencia interna

negativa”, podía moderar la relación entre el estrés académico que sufren los alumnos y sus consecuencias, en términos de la satisfacción vital, calidad de vida y sintomatología física y psicósomática.

MÉTODO

Participantes

La muestra total estuvo formada por 1,015 estudiantes que participaron de manera voluntaria en la investigación (37.7% de hombres y 64.3% de mujeres), procedentes en su mayoría de México (80.2%), pero también de España (9.5%) y Panamá (10.3%), cuyas edades iban de 18 a 58 años ($M = 20.70$; $D.E. = 5.28$). La mayoría de ellos eran solteros (93.4%) y vivían con sus padres (72.1%), que eran quienes en su mayoría (72.2%) financiaban sus estudios.

Instrumentos

- *Inventario de Estrés Académico* (Ferrer, García, Ferrer y Martínez, 2003). Consta de ocho ítems que reflejan distintas situaciones potencialmente estresantes relacionadas con la actividad académica: sobrecarga de trabajo, tiempo limitado, competencia con los compañeros del grupo, personalidad y carácter del profesor, participación en clase, exámenes y evaluaciones, tipo de trabajo y dificultades para comprender los temas. Los participantes tienen que responder en qué medida esas situaciones generan en ellos estrés en una escala con formato de respuesta tipo Likert, donde 1 equivale a “nunca” y 5 a “siempre”.
- *Escala de Valoración de Recursos Universitarios* (Ferrer et al., 2003). Esta escala está formada por 32 ítems y refleja la valoración que el estudiante hace de los diversos recursos universitarios, los que tiene que valorar en una escala tipo Likert (de 1 = “Muy mal” a 5 = “Muy bien”). Los recursos hacen alusión a actividades culturales y deportivas, servicios de restauración, servicios de alumnado, servicios generales, aulas, formación, servicios bancarios, estacionamientos, diseño, ubicación y acceso

a la universidad, oferta de carreras o estudios, calidad de las clases, atención y trato por parte del profesorado, del personal de administración y de los servicios, y valoración global de la universidad. Para este estudio, se calculó un índice general de valoración de los recursos universitarios.

- *No juicio de la experiencia interna negativa.* La dimensión de “no juicio de la experiencia interna negativa” se evaluó a través de ocho ítems que hacen referencia a aceptar las emociones y experiencias sin juzgarlas negativamente (p. ej., “Me critico a mí mismo por tener emociones irracionales o inadecuadas” o “Me digo que no debería estar sintiéndome del modo en que me siento”). Los sujetos deben valorar las cuestiones en una escala tipo Likert (de 1 = “Nunca” a 9 = “Siempre”). Esta dimensión se tomó del Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ), propuesto por Baer et al. (2006) y validado en población española por Cebolla et al. (2012). Según Baer et al. (2006), el no juicio de la experiencia interna sería una forma de operativizar la aceptación psicológica; por lo tanto, por motivos pedagógicos, y para facilitar la comprensión, en adelante se denominará aquí a esta variable *aceptación psicológica*.
- *Escala de Molestias Somáticas y Psicósomáticas* (Ferrer et al., 2003). Se utilizaron siete ítems de este instrumento para medir las molestias psicósomáticas (dificultades de concentración, nerviosismo, intranquilidad, trastornos del sueño, pesadillas, miedos y fobias, cambios de humor y estado depresivo) y diez para medir las molestias físicas (dolor de cabeza, dificultad respiratoria, temblor de manos, palpitaciones, diarrea, estreñimiento, molestias estomacales, dolores de espalda, dolor de nuca, molestias en el bajo vientre). Los participantes tenían que contestar en qué medida padecían los síntomas en una escala tipo Likert con recorrido de 1 = “Nunca” a 4 = “Con mucha frecuencia”.
- *Escala de Satisfacción con la Vida.* Se utilizó la escala adaptada al español por Vázquez, Duque y Hervás (2013) del original de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Esta escala consiste en la presentación de cinco ítems

sobre la satisfacción con la vida, a los que se contesta con una de siete posibles alternativas de respuesta, que van de 1 (“Fuertemente en desacuerdo”) a 7 (“Fuertemente de acuerdo”) (p. ej., “En la mayoría de los aspectos mi vida se acerca a mi ideal”).

- *Cuestionario de Calidad de Vida QLI-Sp.* Se utilizó este instrumento, validado en su versión española por Mezzich et al. (2000). Incluye diez ítems que representan, según los autores, diez aspectos relevantes para la evaluación del constructo: Bienestar físico (sentirse enérgico), Bienestar psicológico y emocional (sentirse bien con uno mismo), Funcionamiento independiente (realizar las tareas cotidianas básicas), Funcionamiento ocupacional (llevar a cabo el trabajo), Funcionamiento interpersonal (relacionarse bien con la familia, amigos o grupos), Apoyo socioemocional (disponer de personas en quienes confiar), Apoyo sociocomunitario y de servicios (vecindario seguro, con recursos, acceso a recursos), Plenitud personal (sentimiento de equilibrio personal), Plenitud espiritual (sentimientos de fe o religiosidad) y Percepción global de la calidad de vida (sentimientos de satisfacción y felicidad en su vida en general). Los participantes tienen que contestar utilizando una escala tipo Likert con recorrido de 1 (“Malo”) a 10 (“Excelente”).

Procedimiento

Los instrumentos se convirtieron a un formato electrónico a través del software Survey Monkey, que incluía además una ficha de datos sociodemográficos y una carta de consentimiento informado. Luego, el test fue enviado a la dirección de correo electrónico de los potenciales participantes, estudiantes que residían en el estado de Jalisco (México) y en las ciudades de Valencia (España) y Panamá (Panamá). La técnica utilizada fue el autoinforme, recolectándose la muestra en un período de ocho meses.

Análisis de datos

En el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 21.0. Se

llevó a cabo un análisis de frecuencias para conocer las características sociodemográficas de la muestra, así como un análisis de los descriptores. Con el fin de estudiar la posible asociación entre las variables, se procedió a realizar un análisis correlacional, así como un análisis de regresión para apreciar el poder predictivo de las variables de estrés académico, valoración de recursos universitarios y aceptación psicológica sobre los criterios de calidad de vida, satisfacción vital, sintomatología psicósomática y síntomas somáticos. Por último, se hizo un análisis de moderación para comprobar el efecto moderador de la valoración de recursos universitarios y la aceptación psicológica en la relación entre el estrés académico y los citados criterios de bienestar.

RESULTADOS

Como puede observarse en la Tabla 1, todas las escalas mostraron un buen índice de consistencia interna α de Cronbach superior a .70 (Nunnally, 1970). El análisis de descriptores llevado a cabo con el total de la muestra indicó que los estudiantes presentaron unos niveles moderados de estrés académico ($M = 2.88$; $D.E. = 0.69$), sintomatología somática ($M = 2.06$; $D.E. = 0.53$) y psicósomática ($M = 2.21$; $D.E. = 0.66$), mientras que su calidad de vida ($M = 7.67$; $D.E. = 1.61$) y satisfacción vital ($M = 5.23$; $D.E. = 1.04$) resultaron moderadamente elevadas. La valoración que hicieron de los recursos de su universidad fue alta ($M = 3.61$; $D.E. = 0.60$).

El análisis de correlación mostrado en la tabla explora las relaciones entre las variables del estudio.

Tabla 1. Correlaciones bivariadas y coeficientes alfa de Cronbach.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Edad		–	.03	–.05	.10**	–.02	.01	.03	.05
2. Sexo			–	–	–	–	–	–	–
3. Estrés académico			(.83)	–.03	–.19**	–.14**	.35**	.32**	–.17**
4. Valoración recursos de universidad				(.94)	–.02	.22**	–.04	–.04	.20**
5. Aceptación psicológica					(.85)	.20**	–.35**	–.25**	.18**
6. Satisfacción vital						(.77)	–.38**	–.24**	.59**
7. Sintomatología psicósomática							(.82)	.67**	–.44**
8. Sintomatología somática								(.78)	–.33**
9. Calidad de vida									(.90)

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; alfa de Cronbach entre paréntesis en la diagonal.

Como se esperaba, hubo una relación negativa y significativa entre estrés académico, calidad de vida y satisfacción vital, mientras que esta relación se invirtió significativamente y se hizo más fuerte cuando se asoció con sintomatología psicósomática y somática. Al mismo tiempo, el estrés académico se mostró negativamente relacionado con la aceptación psicológica. También la variable de valoración de recursos de la universidad por parte del alumno se relacionó significativamente con la calidad de vida y la satisfacción vital. Por otra parte, la aceptación psicológica del estudiante se relacionó significativamente con una menor sintomatología psicósomática y somática y una mayor satisfacción vital y calidad de vida. Por último,

cabe destacar las relaciones entre calidad de vida y satisfacción vital, así como con sintomatología psicósomática y somática. Estas dos últimas variables también mostraron relacionarse negativa y significativamente con la satisfacción vital.

Se realizó un análisis de regresión múltiple jerárquica por pasos para determinar los efectos principales y de interacción de las variables de estrés académico, valoración de recursos de la universidad y aceptación psicológica sobre la satisfacción vital, calidad de vida y sintomatología psicósomática y somática (Tabla 2).

Las variables independientes entraron en la ecuación de regresión en cuatro pasos sucesivos, siguiendo el procedimiento recomendado por Co-

hen y Cohen (1983) para analizar los efectos principales y de moderación de las variables de estudio. En primer lugar, se introdujeron las variables de sexo y edad para controlar su posible influen-

cia, ya que estudios previos indican su relevancia en el proceso de bienestar y calidad de vida de los estudiantes universitarios (Ferrer et al., 2003).

Tabla 2. Coeficientes procedentes del análisis de regresión lineal múltiple.

Variables	Satisfacción vital			Calidad de vida			Sintomatología psicósomática			Sintomatología somática		
	R ²	ΔR ²	β	R ²	ΔR ²	β	R ²	ΔR ²	β	R ²	ΔR ²	β
Paso 1	.001	.001		.006	.006		.058	.058***		.084	.082***	
Sexo			.02			-.00			.24***			.28***
Edad			-.01			.07			.02			.06*
Paso 2	.022	.022***		.039	.033***		.151	.093***		.160	.076***	
Estrés académico			-.15***			-.18***			.31***			.28***
Paso 3	.108	.086***		.104	.064***		.243	.092***		.200	.041***	
Recursos universidad			.22***			.20***			-.05**			-.05*
Aceptación psicológica			.20***			.16***			-.30***			-.20***
Paso 4	.113	.005		.111	.008*		.250	.007***		.208	.008***	
Estrés X Recursos			.06*			.05*			-.07*			-.07**
Estrés X Aceptación			.02			.07*			-.05*			-.05
R ²		.113			.111			.250			.208	
R ² corregido		.107			.105			.245			.203	

Nota: **p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001; la variable sexo fue codificada (1 = hombre; 2 = mujer).

Al explicar la satisfacción vital, los efectos principales de las variables de estrés académico, valoración de recursos de la universidad y aceptación psicológica fueron significativos (F[5.999] = 24.21; *p* < .001), explicando 10.4% de varianza total. Las variables más predictivas dentro del modelo final fueron la valoración de los recursos de la universidad (β = .22; *p* < .001) y la aceptación psicológica (β = .20; *p* < .001), que explican 8.6% de la varianza total. En cuanto a los efectos de interacción, el modelo final resultó significativo (F[7.997] = 18.16; *p* < .001).

En cuanto a la calidad de vida, los efectos principales de las variables de estrés académico, valoración de recursos de la universidad y aceptación psicológica fueron nuevamente significativos (F[5.995] = 22.99; *p* < .001), explicando 9.9% de varianza total. El estrés académico añadió 3.3% a la varianza total (β = -.18; *p* < .001), mientras que la valoración de recursos de la universidad (β = .20; *p* < .001) y la aceptación psicológica (β = .16; *p* < .001)

lo hicieron en 6.4%. En cuanto a los efectos de interacción, los resultados muestran que ambas variables, además de tener un efecto principal, también modulan la relación entre el estrés académico y la calidad de vida (β = .05; *p* < .05; β = .07; *p* < .05, respectivamente).

Respecto a la sintomatología psicósomática como variable dependiente, las variables de sexo, estrés académico, valoración de recursos de la universidad y aceptación psicológica resultaron ser significativas (F[5.999] = 64.27; *p* < .001), explicando 24% de la varianza total. El estrés académico resultó ser la variable más significativa (β = .31; *p* < .001), aportando 9.3% de varianza a la varianza total, mientras que la aceptación psicológica también fue muy significativa (β = -.30; *p* < .001). Asimismo, hubo un efecto de interacción entre estrés académico y valoración de recursos de la universidad (β = -.07; *p* < .01) y entre el estrés académico y la aceptación psicológica (β = -.05; *p* < .05).

Por último, al explicar la sintomatología somática, nuevamente las variables sexo, edad, estrés académico, valoración de recursos de la universidad y aceptación psicológica resultaron ser significativas ($F[5.999] = 50.00; p < .001$), explicando 19.6% de la varianza total. Al igual que en el caso anterior, fue el estrés académico la variable más predictiva ($\beta = .28; p < .001$), aportando 7.6% de varianza. Destaca en este caso la importancia de la variable sexo ($\beta = .28; p < .001$), la que junto con la edad explicaron 8.4% de la varianza total. El análisis de interacción indica en este caso que la valoración de recursos de la universidad por el alumno moderó la relación entre el estrés académico y la sintomatología somática ($\beta = -.07; p < .01$).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo tres objetivos: el primero fue analizar el impacto del estrés académico sobre la satisfacción vital, la calidad de vida y el malestar físico y psicosomático de una muestra amplia de estudiantes universitarios procedentes de tres países de habla hispana; el segundo, explorar el rol moderador de los recursos universitarios de que dispone la universidad en la relación entre el estrés académico y sus consecuencias; por último, estudiar asimismo el papel moderador de la faceta personal denominada “no juicio de la experiencia interna negativa” en la relación entre el estrés y las consecuencias, como una forma de respuesta de aceptación del alumno ante la presencia de experiencias negativas de naturaleza psicológica. En este sentido, el estudio esclarece el modo en que los recursos de la universidad y de la persona pueden fomentar el bienestar de los estudiantes y reducir las consecuencias negativas asociadas a la ocurrencia de estrés académico.

Los análisis de correlación y de regresión jerárquica permitieron determinar que el estrés académico de los estudiantes estuvo positiva y significativamente relacionado con su sintomatología física y psicosomática. Por el contrario, a menor estrés, los estudiantes mostraron mayores niveles de satisfacción vital y de calidad de vida. Estos resultados coinciden con los de investigaciones previas, que señalan el impacto negativo sobre la salud y el bienestar que tiene el que los estudiantes

sufran altos niveles de estrés académico durante el desarrollo de sus estudios (Murphy et al., 2010; Zunhammer et al., 2013). Un debilitamiento del sistema inmune y la respuesta fisiológica asociada al estrés crónico podrían ser la causa que explicara la relación entre el estrés y el malestar físico encontrada en este estudio. De igual manera, altos niveles de estrés y sobrecarga académica pueden impedir la satisfacción de las necesidades personales de los estudiantes, lo que los lleva a ver reducidas su satisfacción vital y calidad de vida. Por ejemplo, aquellos con una elevada sobrecarga podrían dedicar menos horas a la actividad física, ocio y tiempo libre con los amigos, y ello impactar en sus niveles de salud y bienestar. También se observó que, por el contrario, una valoración positiva de los recursos universitarios y la faceta personal del no juicio se relacionaron positivamente con la calidad de vida y la satisfacción vital, y negativamente con el malestar físico y psicosomático. Es posible que la causa de esta relación resida en el hecho de que la accesibilidad y posesión de recursos personales y de los procedentes del medio permiten la obtención de otros recursos valorados por el alumno, como una mejor organización del tiempo y de sus estudios, un mayor rendimiento y una optimización de sus energías que redunden en la mejora de su calidad de vida y bienestar físico y emocional (Hobfoll, 1989).

Al analizar con mayor profundidad la relación entre el estrés y los recursos, un resultado interesante fue que los alumnos que tenían un elevado nivel de estrés académico pero que valoraban positivamente los recursos de su universidad fueron los que más satisfacción vital y calidad de vida mostraron y menos quejas físicas y psicosomáticas reportaron. La valoración positiva de los recursos de la universidad reducía el impacto negativo de ese estrés, haciendo que sus consecuencias fueran menores. Tal resultado es congruente con lo hallado por Salanova et al. (2005), quienes observaron que la ocurrencia de obstaculizadores procedentes de la universidad estaba relacionada con mayores niveles de agotamiento emocional entre los estudiantes. También los presentes resultados son congruentes con las teorías que explican cómo es que la falta de recursos –por ejemplo en el entorno laboral– aumenta el impacto negativo de las exigencias laborales. Sin embargo, cuando el

trabajador percibe y tiene acceso a recursos en su organización, ve reducidos sus niveles de agotamiento, fatiga y tensión (Demerouti et al., 2001).

Los resultados impiden confirmar el hecho de que cuando hay altos niveles de estrés académico y una valoración positiva de los recursos de la universidad podrían aparecer también altos niveles de satisfacción vital y calidad de vida entre los estudiantes, convirtiendo así el estrés en una fuente de motivación cuando existen dichos recursos. En tal sentido, en este estudio los recursos universitarios redujeron el malestar asociado al estrés, pero quedó reflejado que el estrés seguía impactando negativamente en la salud y el bienestar de los estudiantes, aun con estos recursos.

Algo similar ocurrió en el caso de los estudiantes que puntuaron alto en la faceta de no juicio, la que demostró moderar la relación entre el estrés académico, la calidad de vida y la sintomatología psicósomática. Ello implica que quienes reportaron altos niveles de estrés académico y al mismo tiempo una actitud de baja aceptación psicológica fueron los que mostraron una menor calidad de vida y una mayor sintomatología psicósomática que aquellos que generalmente aceptaban psicológicamente las experiencias internas negativas. Tales resultados podrían explicarse atendiendo a los procesos psicológicos subyacentes a la respuesta de aceptación psicológica y sus consecuencias. Aceptar psicológicamente las experiencias internas negativas puede favorecer el bienestar porque implica la ausencia de respuestas de rumiación y una disminución de la reactividad psicofisiológica, lo que puede provocar una reducción de la tensión y de emociones negativas tales como la culpa, la angustia o la tristeza. Además, aceptar psicológicamente ciertas experiencias hace posible dirigir la energía y los recursos cognitivos hacia otras tareas y metas, y no luchar repetidamente para que desaparezcan, por lo que quizá estos estudiantes no vean obstaculizado el desarrollo de ciertas actividades que les permitan alcanzar una adecuada calidad de vida ante la presencia de emociones, sensaciones o pensamientos negativos. Por el contrario, la falta de aceptación psicológica se ha relacionado frecuentemente con la sintomatología depresiva y ansiosa y el malestar físico porque implica desgaste, procesos de rumiación y emociones negativas (Hervás, 2011).

Las implicaciones prácticas de esta investigación son diversas. En primer lugar, hace posible sensibilizar a la comunidad universitaria acerca de los problemas que tienen los estudiantes, asociados a sus niveles de estrés académico. Por ello, es importante que las universidades y profesores tengan en cuenta la carga de estudio y responsabilidades que adjudican a sus estudiantes para evitar que estos sufran problemas de salud importantes. En segundo término, destaca el papel positivo que puede desempeñar la universidad en la reducción del estrés académico y de sus consecuencias entre sus estudiantes, proveyéndoles de recursos universitarios que los conduzcan a una mejor organización de su proceso de estudio y de su calidad de vida. En tercer lugar, arroja evidencia de la importancia que tiene el que el estudiante desarrolle competencias emocionales que le ayuden a afrontar mejor sus procesos de estrés; en este caso, competencias orientadas a la aceptación personal y psicológica que evite la presencia de una crítica ante la experiencia de emociones, pensamientos o sensaciones negativas que pueden, por otra parte, ser normales en determinados momentos de la vida del estudiante.

No obstante, este estudio tiene algunas limitaciones. La primera y más importante es que las interacciones entre la variable independiente (estrés) y las variables moderadoras (recursos y aceptación) tuvieron un incremento de varianza explicada de menos de uno por ciento en las variables criterio donde fueron significativas. Es a partir de un incremento de dos por ciento cuando se puede considerar que hay un buen efecto de interacción. Por lo tanto, a pesar de que este efecto fue significativo, deben interpretarse los resultados con la cautela debida. Por otro lado, el número de participantes que constituyó la muestra en los diferentes países fue desigual y la obtención de datos se hizo mediante un autoinforme en un solo tiempo, por lo que no se pueden establecer relaciones de causa-efecto. Sin embargo, el estudio tuvo como una fortaleza el hallazgo de cómo los recursos de la universidad pueden promover el bienestar entre los estudiantes y reducir así las consecuencias del estrés académico, que es algo a lo que se le ha prestado poca atención en la literatura científica. Además, exploró el rol de una faceta personal importante al momento de explicar el bienestar, esto

es, el no juicio de la experiencia interna negativa, que se engloba dentro de un constructo psicológico (*mindfulness*) que recientemente está siendo

objeto de un gran interés por parte de la comunidad científica por los beneficios que ha mostrado en la salud de las personas.

REFERENCIAS

- Arroyo, H., Rice, M., Franceschini, M.C., Valenzuela, F., Alguero, L. y Avedaño, M. (2009). *Una nueva mirada al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Caballero C., C., Abello R., A. y Palacio, J. (2007). Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 98-111.
- Cebolla A., J., García P., A., Soler R., J., Guillén B., V., Baños R., R.M. y Botella A., C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26(2). Disponible en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-61632012000200005&script=sci_arttext.
- Cohen, J. y Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Delgado M., I.L., Ayala Q., M.G., Carrasco M., L.D. y Hernández N., M.Á. (2009). Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista Digital Universitaria*, 20(2), 1-14.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-511.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de *burnout*, *engagement* y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Ferrer A., R., García J., C., Ferrer C., R.I. y Martínez M., R. (2003). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante (España): Universidad de Alicante.
- García R., R., Pérez G., F., Pérez B., J. y Natividad L., A. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143-154.
- Glomb, T.M., Duffy, M.K., Bono, J.E. y Yang, T. (2011). Mindfulness at work. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 30, 115-157.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 19(2), 347-372.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hystad, S.W., Eid, J., Laberg, J.C., Johnsen, B.R.H. y Bartone, P.T. (2009). Academic stress and health: Exploring the moderating role of personality hardiness. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 53(5), 421-429.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation: What it is, what it isn't, and its role in health care and medicine. En Y. Haruki y M. Suzuki (Eds.): *Comparative and psychological study on meditation* (pp. 161-169). Netherland: Eburon.
- Lange, I., Vio, F., Grunpeter, H., Romo, M., Castillo, M. y Vial, B. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago de Chile: INTA/Universidad de Chile.
- Meda L., M.M., Yáñez P., T., Guzmán R., C. y Salomón R., V. (2014). Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 14(2), 205-214.
- Mezzich, J.E., Ruipérez, M.A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 301-305.
- Monzón I., M.M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 87-99.
- Muchotrigo M., P.G. (2013). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*, 22(1), 75-87.
- Muñoz, M. y Cabiases, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(2), 139-146.
- Murphy, L., Denis, R., Ward, C.P. y Tartar, J.L. (2010). Academic stress differentially influences perceived stress, salivary cortisol, and immunoglobulin-A in undergraduate students. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 13(4), 366-371.
- Nunnally Jr., J.C. (1970). *Introduction to psychological measurement*. New York: McGraw-Hill.

- Piemontesi S., E., Heredia D., E., Furlan L., A., Sánchez R., J. y Martínez, M. (2012). Ansiedad ante los exámenes y estilos de afrontamiento ante el estrés académico en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 28(1), 89-96.
- Pulido R., M.A., Sánchez M., L.S., Cano E., V., Méndez M., T.C., Montiel P., H. y García F., V. (2011). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 21(1), 31-37.
- Salanova M., S., Martínez I., M., Bresó, E., Llorens G., S. y Grau G., R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21(1), 170-180.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.F. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.): *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Sarid, O., Anson, O., Yaari, A. y Margalith, M. (2004). Academic stress, immunological reaction, and academic performance among students of nursing and physiotherapy. *Research in Nursing & Health*, 27(5), 370-377.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E82.
- Wenzlaff, R.M. y Luxton, D.D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 293-308.
- Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P. y Busch, V. (2013). Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. *PloS One*, 8(12), e84911.

Identificación de consistencias interactivas idiosincrásicas mediante el juego matemático “El dilema del prisionero”: reporte preliminar

Identifying idiosyncratic interactive consistencies within the math game “The prisoner’s dilemma”: A preliminary report

Jorge Borja Castañeda¹ y Marcelino Arias Sandí²

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue explorar la conveniencia de las categorías de cooperación y no cooperación para identificar y definir consistencias interactivas desde una perspectiva interconductual en el campo de la salud, así como examinar la pertinencia del juego matemático llamado “dilema del prisionero” como procedimiento para evaluar eventuales consistencias interactivas. En un nivel meramente descriptivo, los resultados muestran que el procedimiento parece ser sensible para identificar consistencias interactivas de manera muy clara en algunos participantes.

Palabras clave: Consistencia interactiva; Cooperación; Dilema del prisionero; Estilos interactivos.

ABSTRACT

The aim of the present study was to explore the convenience of using categories such as cooperation and non-cooperation to identify and define interactive consistencies, from an inter-behavioral perspective, in the health field. The study also aimed at examining the relevance of the mathematical game “The prisoner’s dilemma” as a method to evaluate such interactive consistencies. Data show, at a descriptive level, that the procedure appears to be clearly sensitive for the identification of interactive consistencies, as shown by some participants.

Key words: Interactive consistency; Cooperation; Prisoner’s dilemma; Interactive styles.

INTRODUCCIÓN

El concepto de personalidad atañe a la comprensión de aquello que nos hace únicos, diferentes a los demás, aunque parecidos en algunos aspectos. Este conocimiento se ha revelado de particular importancia, por ejemplo, en las investigaciones e intervenciones en el campo de la salud (Barra, 2004; Dávila, Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Matus y Barra, 2013).

¹ Programa de Doctorado en Psicología, Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-00, ext. 13913, correo electrónico: jborja@psicom.uson.mx. Artículo recibido el 3 de noviembre de 2014 y aceptado el 6 de mayo de 2015.

² Facultad de Filosofía de la Universidad Veracruzana, Francisco Moreno y Ezequiel Alatríste, Col. Ferrer Guardia, 91020 Xalapa, Ver., México, tel. (228)833-41-64, correo electrónico: ariasandi@gmail.com.

La necesidad de adecuar los procedimientos genéricos a las peculiaridades de las personas con las que se trabaja obligó a los investigadores en el campo de la salud a prestar atención al mencionado concepto, pues un método genérico es correcto solo lo si se enfoca en el individuo adecuado a tal procedimiento.

Sin embargo, las teorías de la personalidad son tipologías clasificatorias (cf. Montañó, Palacios y Gantiva, 2009). Allport (1970a, 1970b), Bandura y Locke (2003) y Eysenck (1987) constituyen unos ejemplos. Pero “no tiene sentido formular clasificaciones de la personalidad en tanto tal, pues, en principio, hay tantas personalidades como personas o procesos de individuación psicológica” (Ribes, 2009, p. 146).

En todos los casos, y al margen de las variadas definiciones, la personalidad se entiende como una causa del comportamiento, aunque la existencia de ésta (extroversión/introversión, por ejemplo) se infiera de la observación del comportamiento mismo, que pretende ser explicado por la personalidad descrita, lo que genera definiciones circulares (Ryle, 1949/1984). El concepto de personalidad no es pues útil usado de ese modo.

Por lo anterior, entre otras razones, Ribes (1990a, 2009) propone el concepto de estilos interactivos, a los que define como “modos consistentes de comportamiento en el tiempo y frente a diversas estructuras contingenciales, que poseen una organización peculiar en cada individuo” (Ribes, 1990a, p. 234).

Dos conceptos, a su vez, sustentan el de estilos interactivos: los de interacción y de estructura o arreglo contingencial.

La interacción (o interconducta) hace referencia a la propiedad de afectación recíproca entre un organismo y algún objeto o evento en el ambiente, de tal forma que la función psicológica se define a partir del tipo de interacción ocurrida en ese campo. Desde esta perspectiva, no se postula que el objeto estimulante cause algo en el organismo, ni que el organismo cause un cambio en el ambiente, sino que respuesta (organismo) y estímulo (objeto) no se pueden definir funcionalmente el uno sin el otro.

Por su parte, una estructura o arreglo contingencial (situación en la que ocurre el comportamiento) constituye siempre un conjunto de con-

tingencias o relaciones condicionales entre las acciones de un individuo y las de otros individuos y de los objetos potencial y actualmente efectivos. Por ello, “siempre que se haga referencia a una situación, desde la perspectiva psicológica, lo haremos señalando su naturaleza contingencial” (Ribes, 1990a, p. 26).

Estos arreglos contingenciales pueden identificarse por sus propiedades fisicoquímicas, ecológicas y convencionales o lingüísticas .

Como tendencia conductual, entonces, un modo interactivo está constituido por dos aspectos esenciales: la estructura de la situación en la que suelen ocurrir los comportamientos consistentemente mostrados, y la forma o modo peculiar de interactuar con la situación por parte de un individuo. Por lo mismo, no existe una tipología de estilos interactivos con las que un individuo se identifique a priori, sino que el estilo de alguien en particular se define a posteriori. Lo que sí se puede describir de antemano son los arreglos contingenciales que permiten la evaluación, cuyos procedimientos están basados en la literatura experimental; por ejemplo, tolerancia a la frustración o a la ambigüedad, flexibilidad al cambio, curiosidad, tendencia al riesgo, impulsividad o dependencia de señales, entre otros (Ribes, 1990b). De ahí que una misma persona muestre tantos estilos interactivos como arreglos contingenciales deba enfrentar.

El concepto de estilo interactivo satisface tres criterios que permite entender a la personalidad como una categoría disposicional (no como un proceso interno que causa comportamientos), esto es, como una condición histórica identificable como tendencia de interacción; no describe comportamientos como ocurrencias singulares sino conjuntos de comportamiento pasados o presentes. Estos criterios son, a saber: *a)* permite describir un modo interactivo idiosincrásico; *b)* permite entender que ese modo se ha configurado históricamente, y *c)* permite predecir tendencias interactivas particulares en condiciones específicas y descriptibles.

De acuerdo con Ribes (1990b), cualquier arreglo contingencial para evaluar un estilo interactivo no debe implicar la interacción de un individuo con otro o con consecuencias que involucren valores socialmente definidos, es decir, la organización o arreglo contingencial de la situación debe ser socialmente neutro. De igual manera, ese arre-

glo debe ser abierto, o sea, que no establezca un criterio de logro, pues la tarea no demanda resolver ningún problema. Esto se comprende mejor si se considera que, como categoría disposicional, los estilos interactivos deben distinguirse de otros términos disposicionales: los motivos y las competencias. Todos ellos se refieren a propensiones del comportamiento configuradas históricamente.

Los motivos, dice Ribes (1990b) “se refieren a tendencias de comportamiento que se manifiestan como opciones y preferencias frente a los objetos y eventos de la situación” (p. 239). En este caso, la situación involucra consecuencias socialmente valoradas o definidas, como cuando se habla de gustos o preferencias.

Las competencias, por su parte, “son conceptos que se refieren a capacidades, es decir, a acciones que producen resultados o logros específicos en situaciones en las que se requiere de alguna destreza o habilidad específica para alcanzar dichos logros. [Tienen que ver con] problemas por resolver o resultados por producir” (Ribes, 1990b, p. 239). Se trata de arreglos contingenciales cerrados puesto que implican un criterio de logro para la solución de algún problema.

Estos tres tipos de propensiones, como categorías disposicionales, no existen como reacciones separadas sino que son dimensiones no observables directamente, por lo que su evaluación o modificación en el laboratorio o en la cotidianidad requiere procedimientos muy específicos. Un mismo comportamiento puede evaluarse como una competencia que implica una preferencia o motivo, pero en ambas evaluaciones puede haber una situación socialmente definida. Este no es el caso de los estilos interactivos, que demandan una situación socialmente neutra para evaluarse, pero que también haga evidente el carácter histórico de la interacción. En las evaluaciones de motivos y competencias, los estilos interactivos quedan encubiertos, por decirlo así, pues “las variables situacionales hacen aparecer [los cambios conductuales] como variabilidad entre sujetos y no como consistencias interactivas claramente identificables” (Ribes, 1990b, p. 241).

Esta restricción para la evaluación de los estilos interactivos ha dado lugar a ingeniosos procedimientos llevados a cabo por Santacreu y García

(2000), Contreras (2005), Hernández, Lozano, Pei-Chun y Santacreu (2009), Fuentes (2011) y Valle y Rodríguez (2012) para eliminar los aspectos sociales de la situación en que se identifica y evalúa un estilo particular. Debido a este criterio, los estudios involucran normalmente a una sola persona, un instrumento y una tarea que no implica elección ni solución de problemas. Sin embargo, estas preparaciones experimentales, al precaverse de usar tareas con contexto social, no representan, quizá, las situaciones en las que cotidianamente las personas expresan sus estilos interactivos. No es lo mismo mostrar un estilo perseverante con una actividad mediada por una computadora (a sabiendas, además, de que la tarea no requiere una solución), a exhibir ese mismo estilo ante otra persona en situaciones en que otras propensiones pudieran estar involucradas.

Por esto mismo, en este trabajo se usó un procedimiento que enfatizó la interacción social, sin olvidar por ello que los aspectos situacionales podrían oscurecer los históricos; dicho de otra manera, las competencias y las preferencias implícitas en el procedimiento podrían hacer difícil la identificación de los estilos interactivos involucrados. No obstante, la elección de un arreglo contingencial distinto a los usados en otras investigaciones, al igual que de un procedimiento que involucrara a muchas personas, tal vez permitiese identificar las propensiones situacionalmente inducidas y las históricamente configuradas. El objetivo de este trabajo fue justamente explorar la conveniencia de las categorías de cooperación y no cooperación para identificar y definir consistencias interactivas, así como examinar la pertinencia del juego matemático denominado “dilema del prisionero” (Poundstone, 1955; Neumann y Morgenstein, 1964) como procedimiento para evaluar tales consistencias interactivas si las hubiera.

Este juego matemático ha sido empleado como instrumento para la investigación en la psicología, aunque con propósitos distintos a los señalados aquí (véanse, por ejemplo, Gómez, González y Cardona, 1976; Tejeda, Perrilla, Serrato y Reyes, 2004).

Aunque hay variaciones del modelo, su planteamiento básico es el siguiente: La policía arresta a dos sospechosos, pero no hay pruebas suficientes para condenarlos, así que los separan para que no

puedan comunicarse entre sí. La policía los visita en sus respectivas celdas y les ofrece el mismo trato. Si uno de ellos confiesa y su cómplice no, este último será condenado a una pena total de diez años, mientras que el primero será liberado. Si el primero calla y el cómplice confiesa, aquél recibirá esa pena y será el cómplice quien salga libre. Si ambos confiesan, serán condenados a seis años, pero si no lo hacen, serán encerrados durante seis meses por un cargo menor. El Cuadro 1 muestra las posibilidades de respuesta y sus consecuencias.

Cuadro 1. Posibilidades de respuesta y consecuencias.

	Tú confiesas	Tú lo niegas
Él confiesa	Ambos son condenados a 6 años.	Él sale libre y tú eres condenado a 10 años.
Él lo niega	Él es condenado a 10 años y tú sales libre.	Ambos son condenados a 6 meses.

MÉTODO

Participantes

Participaron ocho estudiantes universitarios: cuatro hombres y cuatro mujeres, todos ellos voluntarios que respondieron a una invitación para participar en una investigación sobre cooperación. Dichos participantes se seleccionaron con base en dos criterios: los primeros que se presentaran, y que la cantidad de mujeres fuese igual que la de los hombres. También participaron como asistentes cuatro becarios que se encargaron del registro de respuestas y entrega de fichas a los participantes.

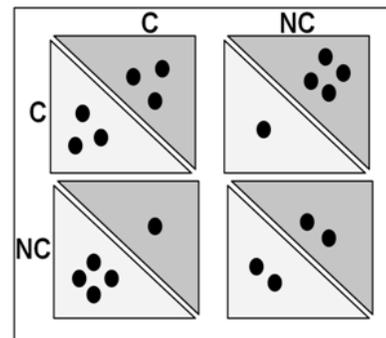
Escenario experimental

Se utilizó un salón de juntas, de aproximadamente 5 x 7 metros, no expuesto a ruidos o interrupciones. Al centro del mismo se agruparon varias mesas, de tal modo que formaran una gran mesa rectangular, alrededor de la cual se sentaron todos los participantes sin que pudieran interactuar entre ellos mientras estuviera en curso la investigación.

Instrumentos

Se empleó un tablero de doble vista en el que se ilustran los resultados posibles de sus interacciones en una adaptación del mencionado juego matemático. Cada cara del tablero mostraba los puntos que pudieran obtenerse como producto de la conjunción de sus comportamientos individuales de cooperación o no cooperación. La Figura 1 muestra una cara del tablero (los colores originales usados fueron azul y rojo).

Figura 1. El dilema del prisionero.



Se utilizó asimismo una hoja de registro en la que se asentaban los números y nombres asignados a cada pareja, la fase correspondiente, el número del ensayo, las elecciones hechas con las tarjetas y, al final del ensayo, el número de puntos o fichas obtenidos por los jugadores.

Diseño

La investigación, dividida en dos fases, se llevó a cabo en un solo día. En cualquiera de esas fases hubo veinte oportunidades de respuesta para cada pareja de participantes, de tal modo que cualquier persona participante, al interactuar sucesivamente con una de siete parejas (siete ensayos por fase), tuvo al final de cada fase 140 oportunidades por fase para responder “C” (cooperación) o “NC” (no cooperación). La diferencia entre las dos fases estribó en la cantidad de fichas obtenidas. En la primera fase, se otorgaron las fichas de acuerdo con el siguiente criterio: cooperar y cooperar, tres puntos para cada miembro de la pareja; cooperar y no

cooperar, un punto para el que cooperaba y cuatro para el que no cooperaba; no cooperar y no cooperar, dos puntos para cada uno de ellos. En la segunda fase, las fichas se dieron así: cooperar y cooperar, dos puntos para cada miembro de la pareja; cooperar y no cooperar, ningún punto para el que cooperaba y tres para el que no lo hacía; no cooperar y no cooperar, un punto para cada uno de ellos. En otras palabras, se restó un punto a todas las posibilidades de respuesta.

Procedimiento

Se proyectó a los participantes una presentación en Power Point ilustrando el tablero, las tarjetas que se iban a usar y los movimientos que podían hacer con ellas. A continuación, los participantes se sentaron frente a frente, teniendo entre ellos el tablero de doble cara con los diagramas. A cada uno de ellos se le entregaron dos pequeños cartones con las letras C y NC, y se les leyeron las siguientes instrucciones:

“1. Esto es un juego en el que pueden ganar un número X de fichas dependiendo de la manera en que respondan.

2. A lo largo de cada ensayo, existen veinte oportunidades para responder con cada pareja.

3. Se trata de que en cada oportunidad tomen la decisión de cooperar o no cooperar.

4. Las tarjetas que tienen a su lado muestran las letras C y NC, que significan cooperar y no cooperar, respectivamente.

5. Cuando lo indique el coordinador del juego, cada uno de ustedes moverá hacia adelante la tarjeta de su elección y la retirará inmediatamente cuando reciban las fichas.

6. Ninguno de ustedes podrá ver qué tarjeta movió su compañero, sino que sabrán cuál fue la elegida por el otro a partir del resultado obtenido, o sea, por el número de fichas que el coordinador del juego les entregue a cada uno.

7. Enfrente de ustedes hay un tablero que muestra las posibles combinaciones de respuesta y las fichas que pueden obtener como resultado de la combinación de sus elecciones.

8. Una opción es la de que ambos cooperen, esto es, que ambos muevan las tarjetas con la letra C. Si este es el caso, obtendrán tres fichas cada uno.

9. Otra posibilidad es la de que ambos muevan tarjetas NC. Si así fuera, cada uno de ustedes recibirá dos fichas.

10. Una opción más es la de que uno elija C y el otro elija NC. Si este fuera el caso, entonces el que optó por la tarjeta C obtendrá una ficha; en cambio, el que eligió la tarjeta NC recibirá cuatro fichas.

11. Al finalizar cada ensayo, se rotarán de acuerdo con los turnos previamente fijados, de tal modo que las parejas cambiarán a lo largo del estudio.

12. Al final cada ensayo, el número de fichas obtenidas por cada uno de ustedes dependerá de las combinaciones de respuesta dadas en cada una de las veinte oportunidades.

13. Se les pide, por favor, que eviten cualquier comentario entre ustedes respecto de sus elecciones hasta que finalice el estudio.

14. Al final, obtendrán la información pertinente sobre el objetivo de la investigación y su sustento teórico. Gracias por participar”.

RESULTADOS

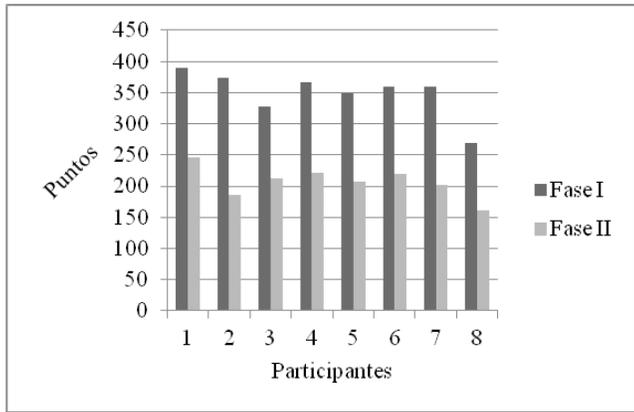
Los resultados que se presentan aquí tienen un carácter descriptivo preliminar. Se trata de la primera aproximación para identificar tendencias de comportamiento que muestren alguna clase de consistencia y que, por lo tanto, sean eventualmente útiles para el estudio de estilos interactivos en situaciones socialmente mediadas.

Toda vez que lo que se analizan son las tendencias individuales de respuesta, hay en las gráficas mostradas un énfasis en la identificación de la ejecución de cada participante.

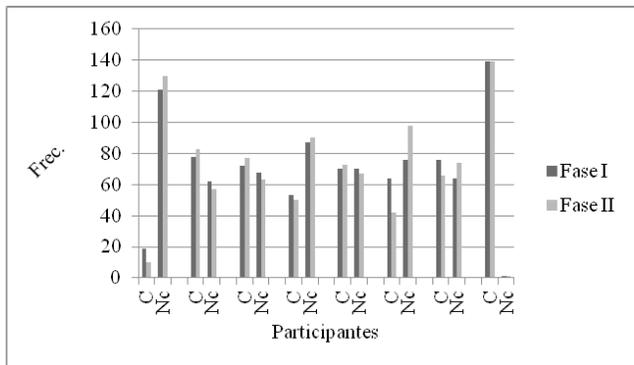
En la Gráfica 1 se muestran las diferencias, fase a fase, de los puntos obtenidos por los participantes.

La Gráfica 3 permite comparar las veces (frecuencia) que cada participante cooperó y las que no lo hizo durante las dos fases.

Gráfica 1. Diferencias de fase a fase de los puntos obtenidos por los participantes.

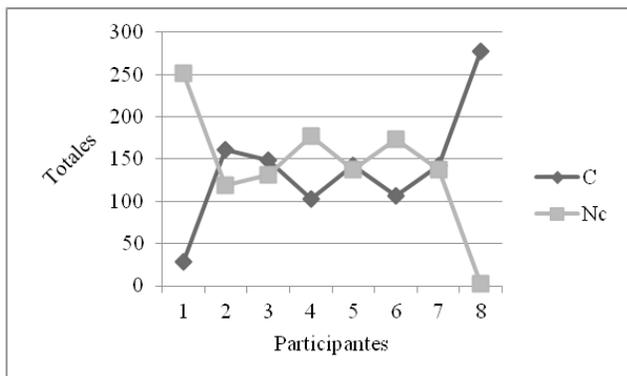


Gráfica 3. Veces que los participantes cooperaron (C) o no (NC).



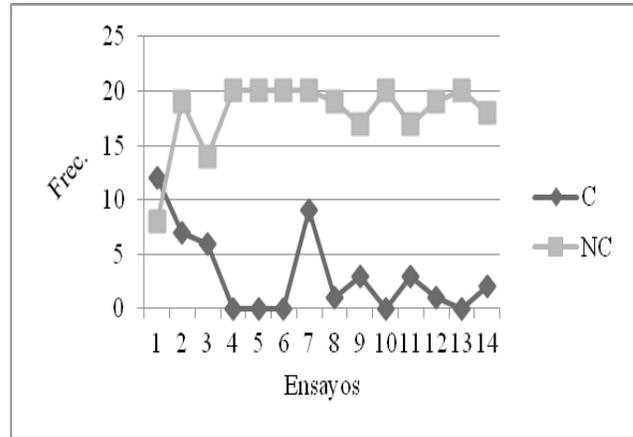
Aunque las figuras presentan imágenes “en espejo”, resulta conveniente hacerlo así con el fin de subrayar visualmente la interacción de C y NC a lo largo de los ensayos, es decir, el trabajo con cada una de las parejas. La Gráfica 4 muestra los totales de respuestas de cooperación y no cooperación en cada uno de los participantes.

Gráfica 4. Totales de respuestas de cooperación y no cooperación en cada uno de los participantes.

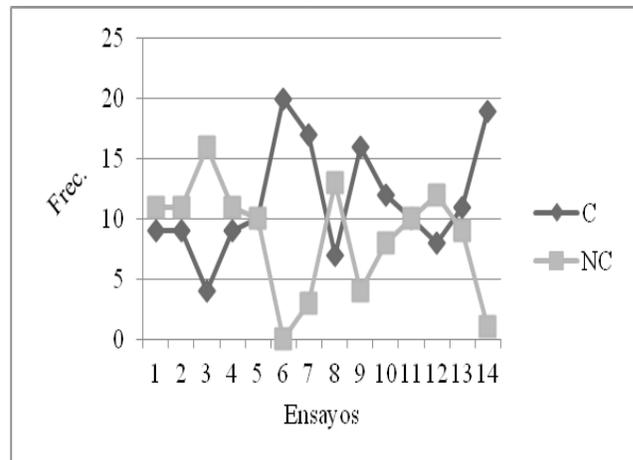


Las gráficas siguientes (5-12) comparan la ejecución (frecuencia) de cada participante con sus parejas, en catorce ensayos, siete de la primera fase y siete de la segunda.

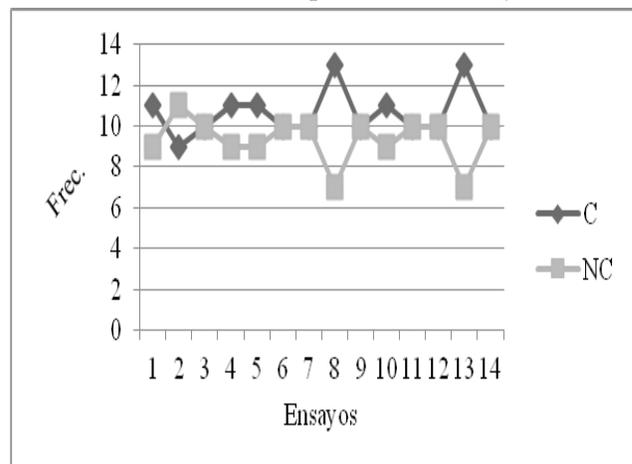
Gráfica 5. Participante 1. Fases 1 y 2.



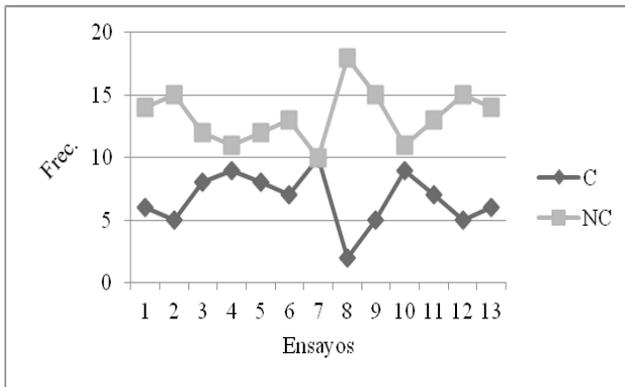
Gráfica 6. Participante 2. Fases 1 y 2.



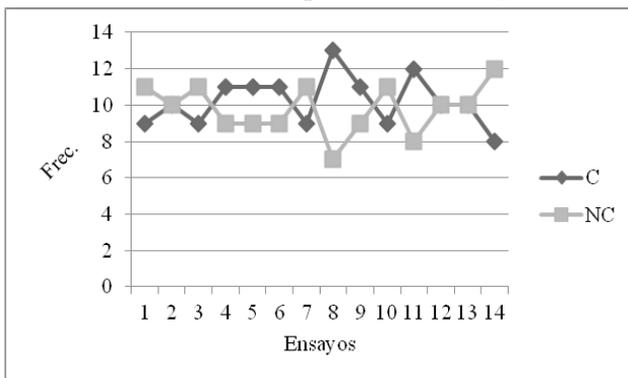
Gráfica 7. Participante 3. Fases 1 y 2.



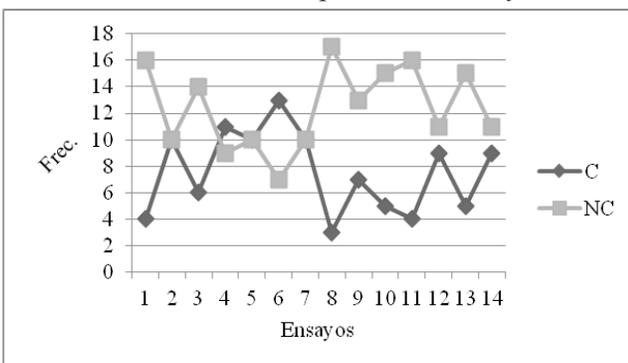
Gráfica 8. Participante 4. Fases 1 y 2.



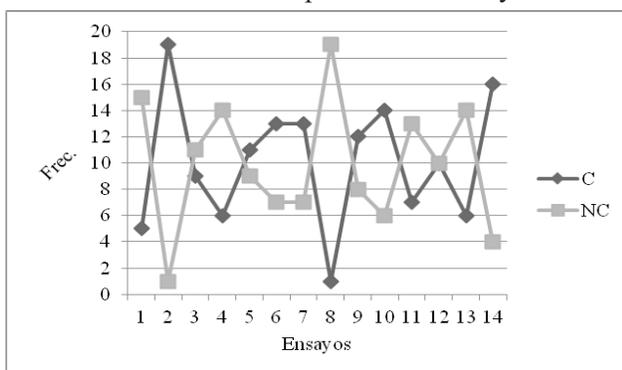
Gráfica 9. Participante 5. Fases 1 y 2.



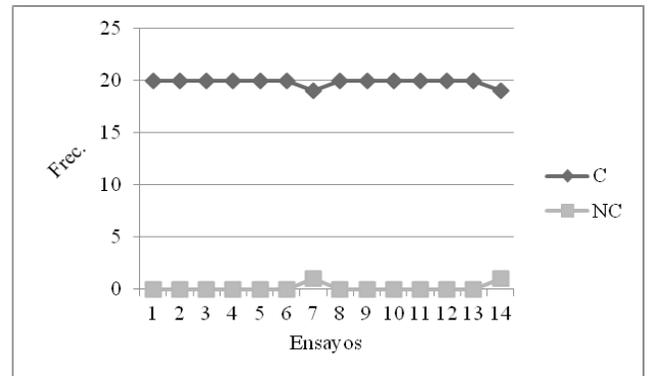
Gráfica 10. Participante 6. Fases 1y2.



Gráfica 11. Participante 7. Fases 1 y 2.



Gráfica 12. Participante 8. Fases 1 y 2.



DISCUSIÓN

A pesar de las diferencias de ejecución entre ellos, todos los participantes, sin excepción, maximizaron su ejecución, es decir, obtuvieron puntajes muy altos dentro de las posibilidades que el procedimiento experimental permitía, sin importar si cooperaban más o menos, como se puede notar comparando las gráficas 1, 3, 5 y 12, quizá de un modo semejante a cómo lo entiende Herrnstein (1964). Incluso el participante número 8, que cooperó prácticamente en todos los ensayos, a pesar de la ejecución no cooperativa de sus parejas (lo que le restaba la ganancia), tuvo un puntaje total de 430, que es, aproximadamente, dos terceras partes del puntaje del participante 1 (635, el más alto). Esto apoyaría la idea de que el efecto situacional de la tarea genera este tipo de resultados.

Pero las figuras de la 5 a la 12, especialmente la 5 y la 12, muestran indicios prometedores de que lo que ahí ocurrió fue debido a la influencia de factores históricos que marcaron una tendencia interconductual, incluso a pesar de los arreglos contingenciales propios de la tarea (el procedimiento del dilema del prisionero), así como de los cambios contingentes generados por la variabilidad en las respuestas dadas por las parejas de cada quien, tanto de ensayo a ensayo, como dentro de las veinte oportunidades de respuesta dentro de cada ensayo.

Los participantes 2 al 7 no mostraron indicios tan evidentes visualmente de una consistencia interactiva idiosincrásica, históricamente configurada, pero es posible observar que hubo un cierto orden o ritmo que, es verdad, pudo obedecer al ajuste situacional a la tarea; quizá un análisis matemático posterior pueda discernir si hubo una tendencia

personal de algún ajeno modo a las exigencias del arreglo experimental.

Otro argumento para suponer que los datos muestran una propensión idiosincrásica de los participantes radica en que, si se comparan sus ejecuciones de fase a fase, aquéllas muestran una semejanza y continuidad que puede ser objeto de un análisis más detallado.

Si esta clase arreglo contingencial cerrado y evidentemente social probara con certeza ser útil para el estudio de las consistencias interactivas idiosincrásicas, contribuiría a fortalecer la investigación de la personalidad, entendida como una organización de estilos interactivos (Ribes, 2009), pero de igual modo permitiría la investigación y aplicabilidad de procedimientos in situ (en el campo de la salud, como podría ser el caso) de los estilos interactivos ya conocidos (Ribes, 1990a), así como de otros que tal vez están por investigarse y nombrarse todavía. Así, por ejemplo, los estudios sobre la adherencia al tratamiento podría beneficiarse con el entendimiento de la interacción que

hay entre los estilos interactivos de los pacientes y el procedimiento de adhesión usado por el profesional de la salud (Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila (2009).

Evidentemente, el presente trabajo no pretende resolver aquí y ahora los problemas generados por las confusiones conceptuales identificadas en las diversas definiciones de la personalidad, pero hace posible, sin embargo, continuar con el estudio de la personalidad desde una perspectiva nueva, la del interconductismo, sin que ello signifique que el modelo experimental propuesto sea definitivo ni comprensivo de todos los aspectos que la personalidad conlleva. Guiado por el espíritu de la ciencia inductiva, este trabajo es uno de los escalones iniciales en la construcción de un edificio conceptual del que muchas otras teorías han ofrecido explicaciones, pero con las limitaciones apuntadas más arriba. Es de esta manera y no de otra como debe revisarse este reporte preliminar. Finalmente, los resultados no parecen contradecir los objetivos de dicha investigación.

REFERENCIAS

- Allport, G. (1970). *La personalidad*. Barcelona: Herder.
- Allport, G. (1970b). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bandura, A. y Locke, E. (2003). Negative self-efficacy and goal effect revisited. *Journal of Applied Psychology*, 8, 87-99.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Contreras, M.S. (2005). *Estudio del estilo interactivo de perseverancia*. Tesis inédita de Maestría. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Dávila T., M., Piña L., J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2008). Variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH: Un análisis en función del sexo. En S. Rivera A., R. Díaz L., R. Sánchez A. e I. Reyes L. (Coords.): *La Psicología Social en México*, 12, 61-66.
- Eysenck, H.J. (1987). *La desigualdad del hombre*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fuentes E., N. (2011). *Una propuesta experimental para el estudio del estilo interactivo de tolerancia a la ambigüedad*. Tesis inédita de Maestría. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Gómez, I., González, J.M. y Cardona, T. (1976). Relación entre la cooperación en el dilema del prisionero y las escalas E (intro-extraversión), N (neuroticismo) y P (psicoticismo). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 8(1), 25-29.
- Hernández, J.M., Lozano J., H., Pei-Chun, S. y Santacreu, J. (2009). Validez convergente de dos pruebas de evaluación de la minuciosidad. *Psicothema*, 21(1), 133-140.
- Herrnstein, R.J. (1964). Relative and absolute strength of response as a function of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 179-182.
- Matus, V. y Barra, E. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 23(2), 153-160.
- Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 3(2): 81-107.
- Neumann, J. von y Morgenstern, O. (1964). *Theory of games and economic behavior*. Princeton, NJ: The University of Princeton Press.
- Poundstone, W. (1995). *El dilema del prisionero: John von Neumann, la teoría de juegos y la bomba*. Madrid: Alianza Editorial.

- Ribes, E. (1990a). *Psicología y salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (1990b). *Psicología general*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2009). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(2), 145-161.
- Ryle, G. (1949/1984). *The concept of mind*. Chicago, Ill.: The University of Chicago Press.
- Sánchez-Sosa, J.J., Cázares, O., Piña L., J.A. y Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión de terapéuticas en personas con VIH. *Salud Mental*, 32(5), 389-397.
- Santacreu, J. y García L., O. (2000). La utilización de tests comportamentales computarizados en el estudio de la personalidad: La evaluación de la “persistencia”. *Psicothema*, 12, 117-126.
- Tejeda, J., Perrilla L., M., Serrato S., V. y Reyes A., F. (2004). Simulación del dilema del prisionero a partir de modelos conexionistas de aprendizaje por reforzamiento. *Suma Psicológica*, 11(1), 29-52.
- Torres, C., Ortiz, G., Rangel, B. y González, V. (2012). Análisis del concepto de situación en la estructuración de las funciones psicológicas. En M. Padilla y R. Pérez A. (Eds.): *La función sustitutiva referencial. Análisis histórico-crítico: avances y perspectivas*. New Orleans, LU: University Press of the South.
- Valle M., E. y Rodríguez M., E. (2012). El estudio de la personalidad como estilo interactivo. *Memorias del I Congreso de Nacional de Ciencias del Comportamiento: Retos y alcances de la investigación conductual*. Tampico (México: Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso).

Incidencia de exposición a la violencia en la comunidad en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México¹

Incidence of exposure to community violence in Mexico City teenager students

Hugo Leonardo Gómez Hernández y Emilia Lucio Gómez-Maqueo²

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue conocer la incidencia de la violencia en la comunidad, así como las diferencias por sexo y edad, en adolescentes de dos escuelas de la Ciudad de México. En México no existe información sólida sobre la exposición a la violencia en la comunidad entre los adolescentes, a pesar de que en los últimos años se ha reconocido que la violencia es un problema de salud pública. Los participantes fueron estudiantes adolescentes de secundaria y bachillerato de entre 13 a 19 años de edad. Se aplicó el Cuestionario de Exposición a la Violencia y la Inseguridad para Adolescentes, analizándose las diferencias por sexo, edad y dimensión mediante un análisis de chi cuadrada. Se encontró que los adolescentes reportaron estar expuestos a la violencia en la comunidad en mayor medida como testigos. Los adolescentes mayores reportaron más eventos violentos, y con relación al sexo solamente se encontraron diferencias en algunos reactivos del cuestionario.

Palabras clave: Adolescentes; Estudiantes; Violencia en la comunidad; Victimización.

ABSTRACT

The aim of the present study was to determine the incidence as well as gender and age differences of responses by adolescents exposed to community violence from two Mexico City schools. Although in recent years, violence is recognized as a public health problem (Charter of Rio, 2008) there is a generalized lack of reliable information on exposure to violence by teenage students. The present study participants were teenage students from high and baccalaureate (college) schools from 13 to 19 years of age. Participants responded to the questionnaire "Exposure to Violence and Insecurity-A" (Gomez y Lucio, 2013). Differences by gender, age and size were examined through the chi-square statistic. Results show that adolescents reported being exposed to community violence mostly as witnesses. Older teens reported more violent events and sex differences were found only for some items.

Key words: Adolescents; Students; Community violence; Victimization.

INTRODUCCIÓN

Los estudios realizados por Richters y Martínez (1992) fueron los primeros intentos sistemáticos para documentar el nexo entre la exposición al crimen y la violencia y los síntomas psicológicos que manifestaban niños y adolescentes. Los autores señalaron que algunos de tales síntomas (miedo, depresión, ansiedad, estrés postraumático) pueden ser catalogados como reacciones normales a eventos no normativos y

¹ Investigación realizada gracias al apoyo del programa UNAM-DGPA-PAPIIT IN 305613-3. Artículo recibido el 11 de diciembre de 2014 y aceptado el 24 de agosto de 2015.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Edificio D, Cubículo 9, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, tel (55)56-22-23-18, correos electrónicos: psic.hugogh@gmail.com y melgm@unam.mx.

actuar como funciones adaptativas en un ambiente objetivamente peligroso, y al mismo tiempo como señales de una reacción desadaptativa con posibles consecuencias negativas a largo plazo en el ámbito social y emocional y en el desarrollo cognoscitivo (cf. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2000).

El panorama actual de México y el resto de Latinoamérica presenta altos niveles de actos violentos y criminalidad, sobre todo en las grandes ciudades (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2002). Los estudios en este campo han ligado este fenómeno a los procesos de exclusión social, pobreza y recesión económica, así como a los incipientes principios de democracia que vive la mayoría de los países de la región. Algunos autores señalan que lo anterior se debe a los procesos políticos de la globalización y la ideología neoliberal que, al priorizar las leyes del mercado, inciden en la modificación de las funciones estatales y favorecen la reducción del gasto social y la destrucción de los servicios públicos, lo que profundiza las tasas de desocupación y amplía los niveles de pobreza (Briceño, 2002; Vuanello, 2005). Dadas estas circunstancias, no es difícil imaginar un panorama en el que los adolescentes que se encuentran sin oportunidades de empleo o educación se integren a la vida criminal.

El temor a la violencia tiene un efecto devastador en cuanto que aísla a los pobres en sus hogares y a los ricos en sus espacios segregados (Moser, 2004), y asimismo repercute en el bienestar y en la trama social de familias y comunidades.

En América Latina, la violencia está concentrada en los centros urbanos, donde existen zonas de exclusión que resultan de una mayor densidad poblacional y del desarrollo rápido y mal planificado (Briceño, Ávila y Camardiel, 2008). Las características de estas zonas de exclusión y conectividad deficiente con otras zonas urbanas, las dificultades topográficas y el acceso limitado a los servicios sociales conducen a la creación de mecanismos alternativos de control social a través de las pandillas o grupos rebeldes.

Pansters y Castillo (2007) plantean dos escenarios prototípicos de la violencia en Latinoamérica; por un lado, zonas urbanas marginales controladas completamente por el crimen organizado

dedicado al narcotráfico (como las favelas en Brasil); por el otro, territorios urbanos controlados por pandillas juveniles (como la Mara Salvatrucha en Centroamérica), aunque el objetivo de estas últimas no es solamente el territorio, sino también el reconocimiento social y cultural dentro de sus comunidades.

El estudio de Zavaschi, Benetti, Vanon, Solés y Sanchotene (2002) con adolescentes escolares de Sao Paulo, en Brasil, encontró que 99.7% de los estudiantes habían estado expuestos a algún tipo de violencia, 70.9% había sido víctima de algún incidente violento, 98.4% había sido testigo y 99.2% había conocido a una víctima de algún incidente de ese tipo, y esto solo en esa ciudad. Lo que no se muestra en este estudio es que el conocimiento de la prevalencia es el paso inicial para enfrentar el problema y buscar estrategias que atenuen su impacto en los jóvenes.

En Argentina, el estudio de Vuanello (2005) con adolescentes halló que 40% de los adolescentes habían sido víctimas, de los cuales más de la mitad eran hombres. En cuanto a los estilos de afrontamiento, la diferencia más significativa fue entre hombres y mujeres, pues ellas tendían a la evitación y la búsqueda de apoyo en los demás, mientras que los hombres presentaban como estilo la solución del problema.

En México, la violencia ha crecido exponencialmente hoy día, de tal manera que los estudiosos del tema aún no descifran el fenómeno por completo, toda vez que sus dimensiones son complejas y abarcan una gran cantidad de ámbitos (políticos, sociales, económicos, culturales y psicológicos); por ello, es difícil hablar de datos “duros” o “sólidos” ya que las cifras manejadas por las autoridades generalmente no son fidedignas, debido principalmente a las inconsistencias que hay entre las distintas instituciones gubernamentales encargadas, a que las categorías de los reportes suelen cambiar arbitrariamente y a que la información no es sistematizada (Hojman, 2004).

Posiblemente el factor más importante reside en el hecho de que las cifras oficiales se basan en los delitos denunciados ante la policía o el ministerio público, no obstante que su verdadero número debe estimarse a partir de los que no son reportados. La diferencia que existe entre los delitos denunciados y el número real es llamada “cifra negra”, que

en México ha alcanzado niveles muy elevados; en efecto, algunos estudios señalan que tres de cada cuatro delitos cometidos no se denuncian (Arango, 2003). Lo anterior hace evidente lo difícil que es referirse a un fenómeno que es muy visible para los ciudadanos pero poco percibido y sistematizado por las autoridades, lo que por lo tanto dificulta el trabajo de investigarlo.

Es indudable, sin embargo, que en México los índices de violencia y criminalidad han ido en aumento. Diferentes encuestas así lo señalan, como la Séptima Encuesta Nacional sobre Inseguridad (ENSI-7) (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2010), en la que se reportó que 13.1 % de los encuestados había sido víctima de algún delito y que 3% de las víctimas eran menores de edad. La Ciudad de México tenía una incidencia de 19% de víctimas de alguna agresión. Entre los delitos más comunes se hallaban el robo a transeúnte (29.8%), el robo parcial del vehículo (27%) y la extorsión (10%). Con respecto a los delitos a mano armada, los más comunes fueron el secuestro (81%), el robo en cajero (65%) y las lesiones (62%). Los delitos sexuales alcanzaron 15%. Del total, una tercera parte de los encuestados reportó haber sido agredido con un arma.

Se estima que la cifra negra de delitos en el país es de 78% y que en la Ciudad de México llega a 88%. De los encuestados, 65% consideraba al país como inseguro, mientras que 85% calificaba de ese modo a la capital, quedando así en el primer lugar de la lista. Al pedirles que compararan la percepción de inseguridad de 2008 respecto al año anterior, 58.5% consideró que había aumentado y 31.5% que seguía igual; solo 7.2% supuso que había disminuido. En el año 2012, 27.3% de la población de 18 años y más fue víctima de al menos un delito, y en dieciocho entidades la prevalencia delictiva aumentó respecto a la registrada en 2010.

Datos más recientes (INEGI, 2013) señalan que seis de cada diez personas en el país identifican la inseguridad como su principal preocupación, sobresaliendo los estados de Nuevo León (74%), Coahuila (70.0%) y el Estado de México (69.2%). Las mujeres se sienten más inseguras que los hombres en cualesquiera de los ámbitos geográficos en

que habitan, como su colonia o localidad (46.7%), su municipio (65.6%) y su entidad (74.7%).

En los trabajos de investigación realizados en el contexto mexicano se ha encontrado que los niveles de violencia alcanzados pueden afectar de manera significativa la salud mental de los adolescentes (Caballero y Ramos, 2004; Medina-Mora et al., 2001; Medina-Mora et al., 2005); si bien esta violencia puede no ser tan extrema, sí se ha vuelto persistente en varias zonas de América Latina (Guerrero, 2008).

Medina-Mora et al. (2005) encontraron que es en la adolescencia cuando los jóvenes se encuentran más expuestos a un mayor número de experiencias violentas, como el abuso sexual, el acoso, los atracos o las amenazas con arma. Juárez (2009) reporta que entre los factores que predicen la aparición de conducta problemática en los adolescentes escolares se hallan las dificultades en las relaciones familiares, la inadaptación a la escuela, los problemas con los amigos y –sobre todo en los varones– la percepción de inseguridad, es decir, qué tan seguro o inseguro perciben su entorno (casa, escuela, colonia).

Algunos de los factores antes mencionados se relacionan con la aparición de la violencia en la comunidad, según los reportes de los padres o de los propios jóvenes (Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jaques-Tiura y Baltés, 2009). Entre los ingredientes que hay que tomar en cuenta y de los cuales se ha demostrado que pueden poner en mayor riesgo a los adolescentes se encuentran el vivir en barrios y comunidades con altas tasas de delincuencia y pobreza, más aún si el país donde viven tiene políticas débiles de protección social, así como las desigualdades en el ingresos y vivir en una cultura de la violencia.

En la exposición a la violencia en la comunidad una persona puede desempeñar diferentes papeles: como víctima, testigo o escucha, los cuales la llevan a asumir el riesgo de maneras diversas, sin que ello en realidad implique (por lo menos desde la percepción individual) una diferencia significativa entre esos papeles (Fowler y Braciszewsky, 2009; Rasmussen, Aber y Bhana, 2004).

De acuerdo a Fowler y Braciszewsky (2009), la victimización debida a la exposición a la violencia en la comunidad se refiere a “haber sido objeto

de un acto intencionado iniciado por otra persona para causar daño; estos actos se refieren a ser perseguido, golpeado, robado, apuñalado, haber recibido un impacto de bala, o cualquier otro asalto. Ser testigo de violencia comunitaria se refiere a haber visto algún evento en el que hubiera robo de propiedad, tratar de ocasionar algún daño físico o causarlo en efecto, así como los asesinatos” (p. 256).

Actualmente, la evidencia empírica ha demostrado una clara asociación entre una alta exposición a la violencia en la comunidad y una pobre salud mental (Brook et al., 2003; Fowler et al., 2009; Lambert, Ialongo, Boyd y Cooley, 2005; Rasmusen et al., 2004), pues esta última puede causar un mayor impacto que aquellos eventos estresantes en los que no hay victimización de por medio (Brook et al., 2003; Rosario, Salzinger, Feldman y Ng-Mak, 2008; Turner, Finkelhor y Omrod, 2006). Denson, Marshall, Schell y Jaycox (2007) reportan que, en los jóvenes víctimas de violencia en su comunidad, afrontar la situación inmediatamente después de que esta ocurre influye en el desarrollo subsecuente de síndrome del estrés postraumático.

Por lo anteriormente mencionado, el objetivo de este trabajo fue conocer la incidencia de la exposición a la violencia en la comunidad en adolescentes de la Ciudad de México, así como sus diferencias por sexo y edad, dado que dicha exposición es un factor de riesgo para su salud mental, lo que se agudiza en este segmento etario por la mayor vulnerabilidad durante esa etapa del desarrollo. En este estudio se utilizó el Cuestionario de Exposición a la Inseguridad y la Violencia para Adolescentes (Gómez y Lucio, 2013), un instrumento estructurado que permite abarcar a un gran número de estudiantes e identificar a aquellos que se encuentran expuestos a la violencia en su comunidad. El uso de este tipo de instrumentos ha sido exitoso cuando no hay antecedentes claros de la problemática (Andreoli et al., 2009; Barker, Arseneault, Brendgen, Fontaine y Maughan, 2008; Fowler et al., 2009; Medina-Mora et al., 2005; Rasmusen et al., 2004; Richters y Martínez, 1992; Rosario et al., 2008; Scarpa, 2001; Shwab-Stone et al., 1995; Schwartz y Proctor, 2000).

MÉTODO

Participantes

Se evaluó a un total de 615 alumnos, de los cuales 42 no cumplieron con los criterios de inclusión, por lo que la muestra final se constituyó por 573 adolescentes de la Ciudad de México cuyas características de muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la población participante.

Nivel	N	Rango de edad	M	D.E.	%	
					H	M
Secundaria	322	13-16	13.69	0.71	49	51
Bachillerato	251	15-19	16.30	1.21	51	49

Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes: tener entre 13 y 19 años, estudiar en el plantel en la que se llevó a cabo la investigación y haber contestado la totalidad del cuestionario.

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario de Exposición a la Violencia y la Inseguridad para Adolescentes (CEVIA) de Gómez y Lucio (2013). Dicho cuestionario consta de 48 reactivos de opción múltiple (“No”, “Una vez”, “Dos o más veces”) mediante los cuales se pregunta sobre la exposición del sujeto a eventos de violencia en la comunidad en los últimos seis meses. Abarca tres grandes dimensiones: víctima directa, testigo y percepción de inseguridad; también incluye tres preguntas abiertas para informar sobre otro evento no considerado en las preguntas cerradas.

Procedimiento

La muestra fue por cuotas, no probabilística; se asignaron al azar los grupos, manteniendo un equilibrio entre los turnos. Los planteles fueron elegidos por conveniencia, y solo participaron en el estudio los alumnos de aquellas escuelas que aceptaron. Antes de aplicar los instrumentos, se dieron a cada estudiante dos formatos de consentimiento informado: uno para ellos y otro para sus padres. Si el

alumno era mayor de 18 años, solamente se le entregaba el segundo. Se les recordó que sus datos eran completamente confidenciales ya que se les solicitó su nombre. Únicamente el equipo de investigación tuvo acceso a los datos; se les dijo además que podrían recibir sus datos de manera individual si así lo deseaban. Se hizo hincapié en que su participación era absolutamente voluntaria. La aplicación se hizo de forma grupal y el tiempo que les tomó responder fue de 15 a 20 minutos.

Los datos se transfirieron al programa estadístico PASW, 18, donde se corrieron los análisis de frecuencias y chi cuadrada.

RESULTADOS

Los resultados del CEVIA aplicado a la muestra total indicaron que 81.7% (468) de los adolescentes había estado expuesto de manera directa a por lo menos un suceso violento en su comunidad, y 92.7% (531) dijo haber sido testigo de al menos uno. De manera global, 96.6% (554) de los alumnos aceptó haber estado expuesto a un evento violento, ya sea de manera directa o indirecta.

Por sexo y dimensión, las incidencias de exposición a la violencia arrojaron que 90.9% (260) de los hombres reportó estar expuesto a por lo menos

una situación violenta de manera directa, y en las mujeres el porcentaje fue prácticamente el mismo: 90.8% (260); 95.6% (274) de los hombres dijo haber sido testigo de al menos un evento violento, mientras que en las mujeres fue de 96.3% (275). En total, los adolescentes reportaron haber estado expuestos a la violencia en la comunidad en cualquier dimensión (víctima, testigo, percepción) en 98.2% en el caso de los hombres (562) y 98.4% (564) en el de las mujeres.

En cuanto a la incidencia por escolaridad y dimensión, 86% (277) de los estudiantes de secundaria informó haber estado expuesto a por lo menos un evento violento de manera directa; en el caso de los de bachillerato, ascendió a 95.6 % (240). En los primeros, 93.4% (300) reportó haber sido testigo de algún evento violento, y 98.6% (247) en el caso de los segundos. Globalmente, 97.2% (313) de los adolescentes de secundaria y 99.3% (249) de bachillerato indicaron haber estado expuestos a por lo menos un evento violento en cualquier dimensión en los últimos seis meses.

En un análisis de chi cuadrada se observaron algunas diferencias estadísticamente significativas en algunos de los reactivos del CEIVA correspondientes a la exposición directa. En la Tabla 2 se muestran los reactivos y el nivel de escolaridad que presentó puntajes mayores.

Tabla 2. Diferencias por escolaridad en los reactivos de exposición directa (víctima).

Reactivo	χ^2	gl	p	Escolaridad
Dejé de salir a divertirme por la inseguridad	16.721	2	.000	Bachillerato
Me acosaron sexualmente	15.263	2	.000	Bachillerato
Me asaltaron	51.355	2	.000	Bachillerato
Me ha dado tanto miedo la inseguridad de mi colonia que prefiero no salir	13.026	2	.014	Bachillerato
He pensado que mi colonia es insegura	13.026	2	.001	Bachillerato
Participé en una pelea callejera	12.573	2	.002	Secundaria

Como se observa en la tabla, en los eventos que mostraron diferencias significativas la mayor frecuencia fue reportada por adolescentes mayores (bachillerato) y se refieren a sucesos en los que están presentes la percepción de inseguridad, la violencia sexual y los asaltos.

En la Tabla 3 se presentan las diferencias significativas encontradas entre los reactivos por escolaridad respecto a la exposición indirecta, y en la Tabla 4 se muestran las diferencias por sexo en todas las dimensiones.

Tabla 3. Diferencias por escolaridad en los reactivos de exposición indirecta (testigo).

Reactivo	χ^2	gl	<i>p</i>	Escolaridad
Vi que molestaban a alguien en la calle (groserías, insultos)	26.624	2	.000	Bachillerato
Vi que tocaron el cuerpo de otra persona sin su permiso	20.144	2	.000	Bachillerato
Vi que asaltaron a alguien	37.940	2	.000	Bachillerato
Vi que entraron a robar a la casa de alguien	8.015	2	.018	Bachillerato
Vi que acosaban sexualmente a alguien	23.178	2	.000	Bachillerato
Vi que personas que conozco portaban armas	9.592	2	.008	Bachillerato
Vi que pelearon pandillas cerca de mi casa	10.098	2	.006	Bachillerato
Vi que personas consumían drogas en la calle	46.819	2	.000	Bachillerato
Vi que vendían drogas en la calle	18.492	2	.000	Bachillerato
Vi que arrestaron a alguien	22.876	2	.000	Bachillerato

Tabla 4. Diferencias por sexo en todas las dimensiones.

Reactivo	χ^2	gl	<i>p</i>	Sexo
Participé en una pelea callejera	28.012	2	.000	Hombres
Me han pedido dinero a cambio de no molestarte	9.066	2	.011	Hombres
Me ha dado tanto miedo la inseguridad de mi colonia que prefiero no salir	6.524	2	.038	Mujeres
Tocaron alguna parte de mi cuerpo sin mi permiso	14.486	2	.001	Mujeres

DISCUSIÓN

Los datos de las investigaciones hechas en México no permiten señalar qué tanto están los jóvenes expuestos a la violencia en la comunidad, pues los datos recabados son principalmente de adultos. Este estudio es un primer acercamiento al problema, por lo que no pretende ser exhaustivo, pero constituye un paso inicial para recolectar información sobre el problema.

Los resultados muestran que los adolescentes están expuestos a este tipo de violencia de manera directa o como testigos, hallándose además que aunque no hayan estado expuestos a la violencia de ninguna forma, existe una percepción de inseguridad incluso dentro de sus propias colonias.

Las diferencias por escolaridad arrojan datos interesantes; por un lado, los alumnos de secundaria reportan menos eventos de exposición que los de bachillerato, debido posiblemente a las características del desarrollo (por ejemplo, los adolescentes mayores ya no quieren que sus padres los acompañen a la escuela, o bien los padres suponen que ya no lo necesitan). Generalmente, el plantel de bachillerato al que asisten se encuentra más aleja-

do de su vivienda, en comparación con el de la secundaria, por lo que para llegar a aquél se requiere utilizar transporte público y, en ocasiones, hacer transbordos (autobús, metro, pesero, etc.).

En cuanto al sexo, se observa que son los adolescentes varones quienes reportan más incidentes de violencia física, y las mujeres aquellos que tienen que ver con la violencia sexual y la percepción de violencia.

Estos datos son semejantes a los encontrados en algunos estudios anteriores que muestran diferencias acerca de cómo ocurren tales efectos según el sexo (Fincham, Altes, Stein y Seedat, 2009; MacGee et al., 2001), y que mientras que las mujeres dicen sufrir más síntomas de estrés postraumático y estrés percibido que los hombres, estos reportaron mayores niveles de exposición a situaciones de violencia en la comunidad, abuso y abandono infantil que aquellas. En otras investigaciones se señala que mientras más joven sea la persona expuesta a la violencia en la comunidad, menos habilidades tendrá para afrontar esas situaciones (Fowler et al., 2009).

Al igual que lo hallado en la literatura concerniente al tema (p. ej., Schwab-Stone et al., 1995), en

el presente estudio se encontró que las características para estar más expuesto a la violencia en la comunidad son el ser varón y tener mayor edad, toda vez que también mayor será la exposición, lo que indica que los presentes resultados comparten elementos con otras investigaciones, por lo que a partir de ellos es posible diseñar estrategias preventivas para enfrentar el fenómeno, como fortalecer algunas áreas relevantes del desarrollo adolescente: afrontamiento adaptativo, buenas relaciones familiares o con los pares, entre otras. Lo anterior podría evitar que las consecuencias negativas de la exposición a la violencia en la comunidad tuvieran un impacto aún más negativo o irreversible en el desarrollo del adolescente (Luthar y Goldstein, 2004). El acercamiento a la población adolescente con respecto al problema de la violencia puede permitir mejorar la perspectiva del trabajo y entender que es necesario seguir en el mismo camino.

Las aportaciones cualitativas del estudio de Gómez y Lucio (2013) fueron la punta de lanza que

hizo posible comprender de manera más precisa y cercana la situación de los jóvenes escolares. La información recabada entonces dejó en claro que los adolescentes están expuestos de manera cotidiana a sucesos violentos en mayor medida de lo que muestran los medios de comunicación. Desafortunadamente, algunos adolescentes se encuentran tan habituados a la violencia que apenas diferencian si los golpean o asaltan, e incluso para algunos es una forma de subsistencia económica y psicológica.

Por último, es necesario realizar estudios que incluyan un número mayor de adolescentes de la capital y del resto del país a fin de ampliar el panorama y conocer la forma en que se desarrolla el fenómeno en otros lugares. Además, es forzoso llevar a cabo nuevos análisis empleando el Cuestionario de Exposición a la Inseguridad y la Violencia para Adolescentes para delimitar claramente sus resultados.

REFERENCIAS

- Andreoli, S., Ribeiro, W., Quintana, M., Guindalini, C., Breen, G., Blay, S., Coutinho, E., Harpham, T., Jorge, M., Lara, D., Moriyama, T., Quarantini, L., Gadelha, A., Vilete, L., Yeh, G., Prince, M., Figueira, I., Bressan, R., Mello, M., Dewey, M., Ferri, C. y Mari, J., (2009). Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: The protocol for an epidemiological and genetic survey. *Biomedical Central Psychiatry*, 9(34). doi:10.1186/1471-244X-9-34.
- Arango, A. (2003). Indicadores de seguridad pública en México: la construcción de un sistema de estadísticas delictivas, USMEX 2003-2004. *Working Papers Series. eScholarship*. Disponible en línea: <http://escholarship.org/uc/item/39n4r9nf>.
- Barker, E., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N. y Maughan, B. (2008). Joint development of bullying and victimización in adolescence. Relations to delinquency and self-harm. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1030-1038.
- Briceño L., R. (2002). *Violencia, sociedad y justicia en América Latina*. Buenos Aires: FLACSO.
- Briceño L., R., Ávila, O. y Camardiel, A. (2008). *Inseguridad y violencia en Venezuela. Informe 2008*. Caracas: A-LACSO.
- Brook, D., Brook, J., Rosen, Z., De la Rosa, M., Montoya, I. y Whiteman, M. (2003). Early risk factors for violence in Colombian adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1470-1478.
- Caballero, M. y Ramos, L. (2004). Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental*, 27(2), 21-30.
- Denson, T., Marshall, G., Schell, Y. y Jaycox, L. (2007). Predictors of posttraumatic distress 1 year after exposure to community violence: the importance of acute symptom severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 683-692.
- Fincham, D., Altes, L., Stein, D. y Seedat, S. (2009). Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 193-199.
- Fowler, P. y Braciszewski, J. (2009). Community violence prevention and intervention strategies for children and adolescents: The need for multilevel approaches. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 34(4), 255-259.
- Fowler, P., Tompsett, C., Braciszewski, J., Jacques-Tiura, A. y Baltes, B. (2009). Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21, 227-259.
- Gómez, H. y Lucio, E. (2013). Exposición a la violencia en la comunidad en adolescentes estudiantes: una aproximación cualitativa. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 10(25), 68-75.
- Guerrero, R. (2008). ¿Qué sirve en la prevención de la violencia juvenil? *Salud Pública de México*, 50(1) s86-s92.
- Hojman, D. (2004). Inequality, unemployment and crime in Latin American cities. *Crime, Law & Society*, 41, 33-51.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica en las Relaciones en el Hogar*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). *Séptima Encuesta Nacional sobre Inseguridad 2010*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Mujeres y hombres en México 2013*. México: INEGI. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/noviencia0.pdf> (Recuperado el 10 de octubre de 2014).
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2000). *Encuesta Nacional de Salud*. México: INSP/SS.
- Juárez, F. (2009). *Influencias psicosociales sobre la conducta antisocial en estudiantes de nivel medio superior del Distrito Federal y del Estado de México*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Lambert, S. Ialongo, N., Boyd, R. y Cooley, M. (2005). Risk factors for community violence adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 29-48.
- Luthar, S. y Goldstein, A. (2004). Moderators of children's exposure to community violence: A commentary. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 499-505.
- MacGee, Z., Davis, B., Brisbane, T., Nuridden, T., Mutakabbir, T. y Martin, K. (2001). Urban stress and mental health among African-American youth: The link between exposure to violence, problem behavior and coping strategies. *Journal of Cultural Diversity*, 8(3), 94-104.
- Medina-Mora, M., Borges G., G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J. y Fleiz B., C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-22.
- Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia C., R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19.
- Moser, C. (2004). Urban violence and insecurity: An introductory roadmap. *Environment and Urbanizations*, 16(3), 3-16.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington DC: OMS-OPS.
- Pansters, W. y Castillo, H. (2007). Violencia e inseguridad en la Ciudad de México: entre la fragmentación y la politización. *Foro Internacional*, 48(3), 577-615.
- Rasmusen, A., Aber, M. y Bhana, A. (2004). Adolescent coping and neighborhood violence: Perceptions, exposure, and urban youth's efforts to deal with danger. *American Journal of Community Psychology*, 33(1-2), 61-75.
- Richters, J. y Martínez, P. (1992). *Things I have seen and heard: A structured interview for assessing young children's violence exposure*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Rosario, M., Salzinger, S., Feldman, R.S. y Ng-Mak, D. S. (2003). Community violence exposure and delinquent behaviors among youth: The moderating role of coping. *Journal of Community Psychology*, 31(5), 489-512.
- Scarpa, A. (2001). Community violence exposure in a young adult sample: Lifetime prevalence and socioemotional effects. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 36-53.
- Schwab-Stone, M., Ayers, T., Kaspro, W., Voyce, C., Barone, C. y Shriver, T. (1995). No safe haven: A study of violence exposure in an urban community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 1343-1352.
- Schwartz, D. y Procter, L. (2000). Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(4), 670-683.
- Turner, H.A., Finkelhor, D. y Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62(1), 13-27.
- Vuanello, R. (2005). Violencia e inseguridad urbana: la victimización en los jóvenes. *Fundamentos en Humanidades*, 6(11), 137-160.
- Zavaschi, M., Benetti, S., Vanon, G., Solés, N. y Sanchotene, M. (2002). Adolescents exposed to physical violence in the community: A survey in Brazilian public schools. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(5), 327-332.

Riesgo de suicidio en pacientes tratados con isotretinoína: un metaanálisis

Risk of suicide in patients treated with isotretinoin: A meta-analysis

Patricia Denis¹, Guadalupe Melo¹, Edmundo Denis¹,
Andrés Hermida² y Octavio Carvajal¹

RESUMEN

La isotretinoína es un retinoide sintético utilizado en el tratamiento de diversas enfermedades dermatológicas, de las cuales la más frecuente es el acné inflamatorio severo. Desde el inicio de su utilización se ha reportado un aumento de los casos de depresión e ideación suicida en pacientes tratados con este medicamento, aunque no se ha determinado si se trata de una relación directa con el medicamento o con la enfermedad de fondo en una población especialmente susceptible. En esta revisión se analiza la información más reciente acerca de la posibilidad de una relación directa entre el consumo de isotretinoína y el riesgo de intento de suicidio o suicidio consumado.

Palabras clave: Isotretinoína; Ideación suicida; Depresión; Acné inflamatorio.

SUMMARY

Isotretinoin is a synthetic retinoid used in the treatment of various skin diseases, especially for severe inflammatory acne. Since the beginning of its use, there has been an increase in the number of cases of depression and suicidal ideation in patients treated with this drug. Studies however, have not precisely clarified if these symptoms are directly related to the drug or to underlying acne in a particularly susceptible or vulnerable population. The present review examines the latest information about the possibility of a direct link between the use of isotretinoin and the risk of attempted or completed suicide.

Keywords: Isotretinoin; Suicide ideation; Depression; Inflammatory acne.

INTRODUCCIÓN

La isotretinoína (ácido 13-cis retinoico) es un retinoide sintético oral indicado en el tratamiento del acné moderado resistente a tratamientos previos y del acné grave. Desde su introducción en el mercado en la década de los ochenta, los resultados clínicos en el tratamiento del acné han sido excelentes, lo que ha modificado por completo el curso de la enfermedad (Prevost y English, 2013).

El acné es una enfermedad muy común entre adolescentes y puede afectar en forma negativa su bienestar psicológico (Wolverton y Harper, 2013). Como se verá más adelante, la depresión y la ideación suicida son relativamente comunes en pacientes con acné. Antes del uso de la isotretinoína existían muy pocas opciones efectivas para el tratamiento de las formas severas; no obstante, a partir de su utilización el panorama terapéutico ha cambiado completamente al lograrse la remisión completa de los cuadros severos de esta

¹ Instituto de Medicina Forense, Universidad Veracruzana, Calzada Juan Pablo II, esq. Reyes Heróles s/n, Fracc. Virginia, 94294 Boca del Río, Ver., México, tel. (229)975-20-00, exts. 22011 y 22501, correo electrónico: pdenis@uv.mx. Artículo recibido el 18 de mayo y aceptado el 10 de noviembre de 2015.

² Hospital General de Zona Núm. 71, Instituto Mexicano del Seguro Social, Prol. Díaz Mirón s/n, esq. Cedro, Col. Floresta, 91940 Veracruz, Ver., México, tel. (229)922-26-46.

afección; ello ha hecho que la isotretinoína sea el tratamiento de elección en pacientes con acné inflamatorio severo o refractario a las tetraciclinas (Rowe, Spelman y Oziemsky (2014).

Pese a ello, desde el comienzo de su utilización la isotretinoína ha sido vinculada con diversos efectos adversos, como xerosis, queilitis, artralgias, mialgias, erupciones cutáneas y otros menos frecuentes; igualmente, se le ha asociado con algunas alteraciones de laboratorio, especialmente la elevación de triglicéridos y de transaminasas, leucopenia, anemia y trombocitopenia (Rademaker, 2010) y además con algunas alteraciones del sistema nervioso central, como cefaleas, fotofobia, aumento de la presión intracraneana, alteraciones del comportamiento y, en fecha más reciente, con depresión (Nevoralova y Dvorakova, 2013) e ideación suicida (Ramió, Iglesias y Equileor, 2012).

El objetivo de esta revisión fue hacer un análisis detallado de la información más reciente acerca de la relación entre el consumo crónico de isotretinoína y el riesgo de suicidio como efecto adverso, directamente relacionado al medicamento y no a la enfermedad de fondo en sí (Misery, Fetou-Danou y Consoli, 2012).

Farmacología de la isotretinoína y su acción neurotrópica

La isotretinoína es un retinoide que se halla en forma natural en el organismo. Los retinoides en general son un grupo de moléculas derivadas de la vitamina A que son esenciales en la regulación de la función de múltiples órganos y sistemas en los mamíferos adultos y en embriones (Berbis, 2010).

La mayor parte de sus efectos son producidos por su metabolito, el ácido transretinoico (RA), que se une a los receptores de retinoides para controlar la transcripción genética. En el adulto, el RA actúa sobre el sistema urogenital, el epitelio intestinal y respiratorio, el sistema óseo, la piel y el sistema inmunológico de diversas maneras (Dispenza, Wolpert y Gilliland, 2012). La isotretinoína es un isómero del RA. En relación al acné, la isotretinoína inhibe la función de las glándulas sebáceas, disminuye la queratinización y suprime la respuesta inflamatoria.

Desde hace muchos años se ha conocido el papel de los retinoides en el desarrollo embriológico del sistema nervioso central (Maden, 2001),

pero recientemente se ha evidenciado su papel en el cerebro adulto (Sakai, Crandall y Brodsky, 2004). Se sabe que los retinoides se unen a sus receptores específicos en el cerebro y ejercen sus efectos sobre la transcripción genética neuronal. Dichos receptores retinoides se concentran en áreas propias del sistema límbico a las cuales tradicionalmente se les ha relacionado con los trastornos depresivos, como la amígdala, la corteza prefrontal y el hipocampo (Ballester, De Unamuno y Agustí, 2012).

Los retinoides también actúan sobre los sistemas neuroquímicos implicados en la depresión, en particular en las vías de la dopamina, y en menor grado en las de la serotonina y la norepinefrina. Ello explicaría –al menos teóricamente– la razón por la que la isotretinoína ha sido relacionada con diversos efectos conductuales, entre los que se incluyen ciertos síntomas de alteraciones afectivas (Bremner, Fani y Ashraf, 2005).

Las evidencias disponibles hasta el momento permiten establecer de forma relativamente inequívoca que la isotretinoína puede tener efectos sobre los mecanismos neurológicos de la depresión. Se piensa que no solamente actúa sobre un sistema en particular, sino que puede tener efectos diversos, como la inhibición de neurotransmisores en el cuerpo estriado y el hipocampo (particularmente el sistema dopaminérgico), la supresión de la neurogénesis en el hipocampo y, en cierto grado, la interferencia con la función de la corteza prefrontal (Bremner y McCaffrery, 2008).

Alteraciones psicológicas y emocionales en pacientes con acné

La piel es la imagen corporal que se ofrece al mundo. La piel está sujeta a una serie de eventos que definen lo que pensamos y sentimos y el modo en que interactuamos con los demás. Así, cualquier enfermedad que la afecte puede alterar por lo tanto el desenvolvimiento social del individuo. El acné es un ejemplo de esas enfermedades, sobre todo tomando en cuenta que aparece comúnmente en la adolescencia, una edad particularmente sensible desde el punto de vista psicológico y emocional (Obedege y Henshaw, 2014).

Las cicatrices físicas y emocionales extensas del acné –especialmente en su forma inflamatoria nódulo-quística (McLane, 2001a)– pueden extenderse mucho más allá de la adolescencia, hasta

la cuarta o quinta década de la vida (Ritvo, Del Rosso y Stillman, 2011), de manera que muchos adolescentes experimentan un estrés severo y un estado de ánimo asociado a una baja autoestima, a una sensación de no tener importancia en la vida y a la pérdida general de interés en las actividades diarias como consecuencia de esta afección, todo lo cual se conoce como depresión mayor. La ideación suicida es uno de sus efectos y un indicador de estrés emocional, la cual tiende a manifestarse en individuos que sufren ese tipo de depresión. Halvorsen, Stern y Dalgard (2011), en un estudio realizado en 3,775 pacientes de 18 y 19 años con acné severo, hallaron que la frecuencia de ideación suicida fue de 25.5% en mujeres y de 22.6% en hombres; sin embargo, existe cierta controversia en relación a la relación del acné con los trastornos afectivos.

Como se ha dicho líneas arriba, el acné puede afectar en forma negativa la calidad de vida, la autoestima y el estado de ánimo de los pacientes (Barak, Wohl y Greenberg, 2006; Hassan, Grogan y Clark-Carter, 2009), si bien hasta la fecha no se ha estudiado con precisión su relación con otras patologías psiquiátricas severas, como el trastorno bipolar, la esquizofrenia y la psicosis (Dunn, O'Neill y Feldman, 2011; Ramrakha, Fergusson y Horwood, 2015).

El suicidio consumado, por otra parte, es un importante problema de salud que está entre las primeras cinco causas de muerte en la población adolescente (Yang, Tu y Hong, 2014).

En el mundo ocurre un aproximado de un millón de fallecimientos como consecuencia del suicidio, lo cual lo hace una de las causas principales de mortalidad en adultos jóvenes. Se ha observado que la prevalencia de ideación suicida y de riesgo de suicidio es mayor en pacientes con enfermedades cutáneas, entre las cuales se han señalado con especial énfasis la psoriasis, la dermatitis atópica y el acné. El riesgo es mayor en aquellos pacientes en los que su problema dermatológico se asocia con un importante estrés emocional, cambios en su imagen corporal, dificultad para establecer relaciones interpersonales y alteración de las actividades diarias (Kaymak, Kalay y Taner, 2006). Otros factores de riesgo pueden ser antecedentes de los intentos previos de suicidio, como los problemas físicos o mentales severos, el alco-

holismo, el desempleo, la separación conyugal y el acceso a armas de fuego u otros instrumentos potencialmente letales (Harth, Hillert y Hermes, 2008; Picardi, Lega y Tarolla, 2013).

Además del efecto físico del acné en los pacientes, puede haber un deterioro de sus relaciones interpersonales y familiares. Los padres frecuentemente se preocupan por las repercusiones a corto y largo plazo que esta enfermedad puede provocar en sus hijos, especialmente en relación a la formación de cicatrices y al rechazo escolar y laboral que pueden experimentar en su vida actual y futura (Fried, Gupta y Gupta, 2006).

Relación entre la isotretinoína y el suicidio

Desde el comienzo del uso de la isotretinoína en 1982, han aparecido diversos reportes de casos en los que se relaciona esta sustancia con trastornos afectivos de índole depresiva, así como con un mayor riesgo de ideación suicida y suicidio consumado (Berney, 2010). En 1998, la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos emitió una advertencia a la comunidad médica acerca del posible riesgo de depresión, psicosis e ideación suicida en pacientes tratados con isotretinoína.

La información inicial al respecto se basó en reportes de casos. Entre 1982 y 2000, la FDA recibió 394 reportes de depresión asociados a la isotretinoína, de los cuales 37 desembocaron en intento suicida o suicidio consumado. Tomando esa estadística en cuenta, la isotretinoína sería el quinto fármaco más comúnmente asociado a la depresión y el décimo a la ideación suicida. En Canadá se reportaron 56 casos de ideación suicida o suicidio consumado entre 1983 y 2003 en pacientes bajo tratamiento con isotretinoína; en Inglaterra se reportaron 42 casos de sintomatología psiquiátrica entre 1982 y 1998, y en Australia, entre 1995 y 1998, hubo 12 casos de depresión asociada al uso de esta sustancia. En algunos de ellos, incluyendo 25 de los pacientes reportados a la FDA, la interrupción del tratamiento se acompañó de una mejoría de la sintomatología depresiva y su posterior reanudación y, en otros, de recurrencia depresiva (Jick, Kremers y Vasilakis, 2001).

Sin embargo, determinar la causalidad de un efecto adverso atribuible a un medicamento debe basarse en estudios controlados, prospectivos o

retrospectivos, para evitar el sesgo que el reporte de casos implica (mala asociación, mala documentación del caso, factores acompañantes, etc.).

En el presente artículo se describe un metaanálisis de los estudios clínicos realizados hasta muy recientemente. Se incluyeron únicamente los prospectivos y los retrospectivos de cohortes, en idioma inglés, en los que hubiesen participado pacientes a los que la isotretinoína hubiese sido indicada para tratar el acné, utilizando las dosis convencionales de 0.25-0.50 mg/kg/día, con periodos de seguimiento mayores a cuatro meses y en los que se documentara con precisión la frecuencia relativa de ideación suicida o intento suicida en la población estudiada.

Por ese motivo, se excluyeron del análisis el reporte de casos, los artículos únicamente con resumen (*abstracts*) y los de revisión; asimismo, estudios en los que la isotretinoína fuese usada como tratamiento de otro padecimiento que no fuese el acné, aquellos en los que se no se especificara la dosis ni el tiempo de seguimiento, y otros en los que

se estudiaran efectos adversos, pero que la ideación suicida o el intento suicida no fuesen registrados en forma precisa y específica.

La búsqueda se realizó en la base de datos científicos del National Center for Biotechnology Information (NCBI) usando como palabras de búsqueda “isotretinoína”, “ideación suicida”, “suicidio consumado” e “intento suicida” en diferentes combinaciones.

RESULTADOS

Un total de catorce estudios cumplieron los criterios de inclusión, formando un muestra total de 19,700 pacientes. Nueve de esos estudios fueron prospectivos y cinco retrospectivos. El periodo de estudio cubrió los años de 1984 a 2014.

Como se aprecia en la Tabla 1, en 13 de los 14 estudios incluidos no se encontró relación alguna entre el consumo de isotretinoína y el aumento del riesgo de ideación o intento suicida.

Tabla 1. Estudios clínicos incluidos en el metanálisis.

Referencia	Tipo de estudio	Dosis y periodo de seguimiento	Número de pacientes	Observaciones
Bruno, Beacham y Burnett (1984)	Prospectivo	0.25-0.50 mg/kg/día, 12 semanas	92	Depresión en 11%, no ideación suicida
Layton, Knaggs, Taylor y Cunliffe (1993)	Prospectivo	0.50 mg/kg/día, 16 semanas	88	No ideación suicida
Goulden, Layton y Cunliffe (1994)	Prospectivo	0.5 mg/kg/día, 16 sem, rev anual por 10 años	720	Depresión en tres pacientes, no ideación suicida
McElwee, Schumacher, Johnson et al. (1991)	Prospectivo	0.25 mg/kg/día, 16 sem	466	No ideación suicida
Jick, Kremers y Vasilakis (2000)	Retrospectivo	0.25-0.5 mg/kg/día, 16 semanas mínimo	7,195	No ideación suicida
Hull y Demkiw-Bartel (2000)	Prospectivo	0.5 mg/kg/día, 16 semanas	189	Depresión en 4%, no ideación suicida
McLane (2001a)	Prospectivo	0.25 mg/kg/día, 16-20 semanas	67	No ideación suicida
McLane (2001b)	Prospectivo	0.25 mg/kg/día, 20 semanas	300	Depresión en 0.3%, no ideación suicida
Hersom, Neary y Levaux (2003)	Retrospectivo	0.25-0.50 mg/kg/día, mínimo 20 semanas	2,821	No ideación suicida
Rehn, Merininne e Isometsa (2009)	Prospectivo	0.5 mg/kg/día, Mínimo 12 semanas	126	Ideación suicida en 13.5% al inicio, y 7.1% a las doce semanas
Kaymak, Taner y Taner (2009)	Prospectivo	0.5 mg/kg/día, 16 semanas	37	No ideación suicida
Rademaker (2010)	Retrospectivo	0.25-0.5 mg/kg/día, Mínimo 12 semanas	1,743	No ideación suicida
Sundstrom, Alfredsson y Sjollin (2010)	Retrospectivo	0.25-0.75 mg/kg/día, Más de 24 semanas	5,756	Intento suicida en 2.2%; SIR 1.57 en pretx, 1.78 a seis mes tx, y 1.04 a tres años post tx.
Nevoralova y Dvorakova (2013)	Prospectivo	0.5 mg/kg/día, 16-20 semanas	100	Depresión pre tx 6%, post tx 2%; no ideación suicida

De hecho, en uno de ellos (Nevoralova y Dvorakova, 2013), realizado en forma prospectiva en 100 pacientes, la frecuencia de ideación suicida disminuyó de 13.5% al inicio del tratamiento a 7.1% al final del periodo de seguimiento. En los demás estudios, que incluyeron a 13,944 pacientes en total, no se observó ningún aumento de la frecuencia de ideación suicida en relación a lo ya reportado en pacientes con acné, independientemente del uso concomitante de tratamiento sistémico o tópico.

En la revisión retrospectiva realizada por Sundström, Alfredsson y Sjollin (2010), en el que se incluyó a 5,756 pacientes, la frecuencia de intento suicida fue de 2.2%, con un SIR (*standardized incidence ratio*) de 1.57 al inicio del tratamiento, de 1.78 a los seis meses y de 1.04 a los tres años de haber suspendido la isotretinoína.

CONCLUSIONES

El acné severo es una patología dermatológica común en la población adolescente. A partir de los estudios realizados en los últimos treinta años, ha quedado claro que patologías como el acné severo pueden afectar la calidad de vida y el estado emocional y social en los pacientes, sobre todo adolescentes.

La isotretinoína fue usada por primera vez en 1982 para el tratamiento del acné inflamatorio severo y se convirtió rápidamente en un parteaguas en el tratamiento de pacientes para los que no existían opciones eficaces. Sin embargo, casi al mismo tiempo que el comienzo de su utilización empezaron a aparecer reportes de casos acerca de diversos efectos adversos, entre los cuales llamó

la atención la posibilidad de aumentar la frecuencia de síntomas depresivos e ideación suicida.

A partir de entonces se han realizado innumerables estudios en los que se busca determinar si existe una relación causal directa entre el uso de la isotretinoína y el aumento de la frecuencia de depresión e ideación suicida. Dicha tarea no es fácil por los siguientes motivos: 1) el acné severo aumenta por sí mismo la frecuencia de depresión mayor; 2) los pacientes con depresión mayor tienen mayor posibilidad de intentar el suicidio, y 3) se requieren muestras muy grandes para establecer una relación causal inequívoca.

Aunque los primeros reportes de casos indicaban que la frecuencia de depresión e ideación suicida era superior en pacientes tratados con isotretinoína, hoy día comienza a haber ciertas dudas al respecto. La diferencia existente entre la tasa de depresión en pacientes con acné con o sin isotretinoína es mínima, y en algunos casos se observa una tendencia a disminuir conforme mejora el paciente.

Hasta el momento no se ha establecido en forma inequívoca que el tratamiento con isotretinoína aumente por sí mismo la frecuencia de depresión y el riesgo de suicidio. Por tanto, de acuerdo a la evidencia actual, la isotretinoína puede considerarse un medicamento seguro en los pacientes en los que se encuentra plenamente indicado. Sin embargo, debe tenerse especial cuidado en aquellos otros que pudieran estar predispuestos a otros factores, entre los cuales se encuentran el antecedente de sufrir cuadros depresivos previos al tratamiento, que hayan intentado el suicidio, que tengan problemas familiares o escolares que generen estrés emocional, que sean alcohólicos o que muestren patologías de índole psiquiátrica.

REFERENCIAS

- Ballester, R., De Unamuno, B., Agustí, A. (2012). Elevación de creatinfosfocinasa e intento de autólisis durante el tratamiento con isotretinoína. *Anales de Pediatría*, 76, 365-366.
- Barak, Y., Whol, Y. y Greenberg, Y. (2006). Affective psychosis following isotretinoin treatment. *Internal Clinical Psychopharmacology*, 20, 39-41.
- Berbis, P. (2010). Retinoids: mechanism of action. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 137(suppl. 3), S97-S103.
- Berney, S. (2010). Acne: a risk factor for suicide. *Revue Médicale Suisse*, 6(273), 23-25.
- Bremner, J.D., Fani, N. y Ashraf, A. (2005). Functional brain imaging alterations in acne patients treated with isotretinoin. *American Journal of Psychiatry*, 162, 983-991.
- Bremner, J.D. y McCaffery, P. (2008). The neurobiology of retinoic acid in affective disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(2), 315-331.

- Bruno, N.P., Beacham, B.E. y Burnett, J.W. (1984). Adverse effects of isotretinoin therapy. *Cutis*, 33(5), 484-486.
- Dispenza, M.C., Wolpert, E.B. y Gilliland, K.L. (2012). Systemic isotretinoin therapy normalizes exaggerated TLR-2-mediated innate immune responses in acne patients. *Journal of Investigative Dermatology*, 139(2), 2008-2015.
- Dunn, L., O'Neill, J. y Feldman, S. (2011). Acne in adolescents: quality of life, self-esteem, mood and psychological disorders. *Dermatology Online Journal*, 17(1), 1. Disponible en línea: <http://escholarship.org/uc/item/4hp8n68p>.
- Fried, R.G., Gupta, M.A. y Gupta, A.K. (2006). Psychological problems in the acne patient. *Dermatology Therapy Journal*, 19(4), 237-240.
- Goulden, V., Layton, A.M. y Cunliffe, W.J. (1994). Long-term safety of isotretinoin as a treatment for acne vulgaris. *British Journal of Dermatology*, 131(3), 360-363.
- Halvorsen, J.A., Stern, R.S. y Dalgard, F. (2011). Suicidal ideation, mental health problems and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *Journal of Investigative Dermatology*, 131(2), 363-370.
- Harth, W., Hillert, A. y Hermes, B. (2008). Suicidal behavior in dermatology. *Hautarzt*, 59(4), 289-296.
- Hassan, J., Grogan, S. y Clark-Carter, D. (2009). The individual health burden of acne: Appearance related distress in male and female adolescents and adults with back, chest and facial acne. *Journal of Health Psychology*, 14(8), 1105-1108.
- Hersom, K., Neary, M.P. y Levaux, H.P. (2003). Isotretinoin and antidepressant pharmacotherapy: A prescription sequence symmetry analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 49(3), 424-432.
- Hull, P.R. y Demkiw-Bartel, C. (2000). Isotretinoin use in acne: prospective evaluation of adverse events. *Journal of Cutaneous Medical Surgery*, 4(2), 66-70.
- Jick, S., Kremers, H. y Vasilakis, C. (2001). Isotretinoin use and risk of depression, psychotic symptoms, suicide and attempted suicide. *Archives of Dermatology*, 137(8), 1102.
- Kaymak, Y., Kalay, M. y Taner, E. (2006). Incidence of depression related to isotretinoin treatment in 100 acne vulgaris treatments. *Psychological Reports*, 99(3), 897-906.
- Kaymak, Y., Taner, E. y Taner, Y. (2009). Comparison of depression, anxiety and life quality in acne vulgaris patients who were treated with either isotretinoin or topical agents. *International Journal of Dermatology*, 48(1), 41-46.
- Layton, A., Knaggs, H., Taylor, J. y Cunliffe, W.J. (1993). Isotretinoin for acne vulgaris ten years later: a safe and successful treatment. *British Journal of Dermatology*, 129, 292-296.
- Maden, M. (2001). Role and distribution of retinoic acid during CNS development. *International Review of Cytology*, 209, 1-77.
- McElwee, N.E., Schumacher, M.C., Johnson, S.C. et al. (1991). An observational study of isotretinoin recipients treated for acne in a health maintenance organization. *Archives of Dermatology*, 127(3), 341-346.
- McLane, J. (2001a). Analysis of common side effects of isotretinoin. Part 2. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 45(5), S195-S199.
- McLane, J. (2001b). Analysis of common side effects of isotretinoin. Part 1. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 45(5), S188-S194.
- Misery, L., Feton-Danou, N. y Consoli, A. (2012). Isotretinoin and adolescent depression. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 139(2), 118-123.
- Nevoralova, Z. y Dvorakova, D. (2013). Mood changes, depression and suicide risk during isotretinoin treatment: a prospective study. *International Review of Dermatology*, 52(2), 163-168.
- Obedegbe, E.E. y Henshaw, E.B. (2014). Severity and impact of acne vulgaris on the quality of life in adolescents in Nigeria. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 7, 329-334.
- Picardi, A., Lega, I. y Tarolla, E. (2013). Suicide risk in skin disorders. *Clinical Dermatology*, 31(1), 47-56.
- Prevost, N. y English, J.C. (2013). Isotretinoin: update on controversial issues. *Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology*, 26(5), 290-293.
- Rademaker, M. (2010). Adverse effects of isotretinoin: a retrospective review of 1743 patients started on isotretinoin. *Australasian Journal of Dermatology*, 51(4), 248-253.
- Ramió, E., Iglesias, M.I. y Equileor, B. (2012). Isotretinoin associated with risk of suicide. *Revista de Farmacia Hospitalaria*, 36(5), 433-434.
- Ramrakha, S., Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2015). Cumulative mental health consequences of acne: 23-year follow-up in a general population birth cohort study. *British Journal of Dermatology*, Mar 27, Disponible en línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25819106?dopt=AbstractPlus>.
- Rehn, L.M., Merininne, E. y Isometsa, E. (2009). Depressive symptoms and suicidal ideation during isotretinoin treatment: A 12-week follow-up study of male Finnish military conscripts. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 23(11), 1294-1297.
- Ritvo, E., Del Rosso, J.Q. y Stillman, M.A. (2011). Psychosocial judgements and perceptions of adolescents with acne vulgaris: A blinded, controlled comparison of adult and peer evaluations. *Biopsychosocial Medicine*, 5(1), 11.

- Rowe, C., Spelman, L. y Oziemsky, M. (2014). Isotretinoin and mental health in adolescents: Australian consensus. *Australasian Journal of Dermatology*, 55(2), 162-167.
- Sakai, Y., Crandall, J.E. y Brodsky, J. (2004). 13-cis Retinoic acid (accutane) suppresses hippocampal cell survival in mice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 436-440.
- Sundström, A., Alfredsson, L. y Sjollin, G. (2010). Association of suicide attempts with acne and treatment with isotretinoin: Retrospective Swedish cohort study. *British Medical Journal*, 341, 5821.
- Wolverton, S.E. y Harper, J.C. (2013). Important controversies associated with isotretinoin therapy for acne. *American Journal of Clinical Dermatology*, 14(2), 71-76.
- Yang, Y.C., Tu, H.P. y Hong, C.H. (2014). Female gender and acne disease are jointly and independently associated with the risk of major depression and suicide: a national population-based study. *Biomedical Research International*. Disponible en línea: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/504279/>

Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos¹

Suicidal ideation: Thirty years of research on Mexican university students

Martha Córdova Osnaya y José Carlos Rosales Pérez²

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue describir las investigaciones que se han llevado a cabo en estudiantes mexicanos de educación superior respecto a la ideación suicida, toda vez que la Organización Mundial de la Salud ha enfatizado la importancia de la investigación de la ideación suicida como un medio para desarrollar acciones preventivas del suicidio consumado. Por consiguiente, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de los trabajos publicados en revistas científicas entre los años de 1984 y 2014, identificándose veinte artículos. En el artículo se describen siete diferentes formas para medir la ideación suicida. El criterio para determinar la presencia o ausencia de ideación suicida considerando el mismo instrumento fue diferente. Se da cuenta de los porcentajes de ideación suicida en la muestra total, en los hombres y en las mujeres, así como de las diversas variables asociadas a la ocurrencia del fenómeno. Los autores concluyen que las investigaciones llevadas a cabo en estudiantes mexicanos de educación superior carecen de consenso respecto a su metodología y perspectiva teórica que abarque la definición de dicho constructo, la forma de medirlo y el punto de corte para la clasificación de la presencia o ausencia de la ideación suicida.

Palabras clave: Ideación suicida; Estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Introduction: Mexico's highest rates of suicides were reported for ages between 15-24 years in the year 2010. The World Health Organization has emphasized the importance of research on suicidal ideation as a means to develop preventive actions against suicide completion. Objective: To describe the research that took measures of suicidal ideation conducted with Mexican higher education students. Method: Research literature review of research published in scientific journals between 1984 and 2014. Results: 20 articles were identified; measurement of suicidal ideation in Mexican university students was conducted for the first time in 1987. Studies have used seven different ways to measure suicidal ideation and criteria for determining its presence or absence, including some using a same instrument. Percentages of suicidal ideation in total samples ranged from 5.5% to 59.9%. By sex, results ranged from 1.63% to 26.6% in men, and 11.3% to 18.9% in women. Variables associated with the presence of suicidal ideation are widely varied. Conclusions: The research of suicidal ideation in Mexican Higher Education students lacks consensus regarding methodology or theoretical perspective framework. This includes the definition of the relevant constructs, measurement techniques and procedures, as well as cutoff points for classifying the presence/absence of suicidal ideation.

Key words: Suicidal ideation; University students.

¹ Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT: IN303914. Artículo recibido el 9 de febrero y aceptado el 15 de junio de 2015.

² Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Avenida de los Barrios No.1, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: mcordova@campus.iztacala.unam.mx y jcrosales@campus.iztacala.unam.mx.

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, y México no escapa a estas estadísticas. El suicidio en el país muestra una clara tendencia al aumento: durante la década de los setenta se registró una tasa de suicidios de 2.0 (Saltijeral y Terroba, 1987); en la primera mitad de los noventa, de 2.55 (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996); en 2001, de 3.1 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2002), y en 2010, de 5.7, donde el pico más alto se situó en el rango de edad de 15 a 24 años (INEGI, 2011).

El suicidio, para su estudio, se identifica mediante tres componentes: ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado, que en forma conjunta o separada aluden al comportamiento suicida (Brown, Jeglinc, Henriques y Beck, 2008). En particular, la ideación suicida –antecedente del intento o el suicidio consumado– corresponde al pensamiento de acabar con la propia existencia, pensamiento que, según los teóricos, posee dos dimensiones: el deseo y la planeación de la propia muerte (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Dicha planeación puede expresarse según los siguientes grados: sin indicios de planear alguna acción; con selección de un método inespecífico; con selección específica del método, pero sin planeación, y con clarificación del método, el lugar, el tiempo y la precauciones para no ser descubierto (Pérez y Mosquera, 2006). La importancia de la investigación de la ideación suicida radica así en las posibilidades que ofrece para prevenir el intento y el suicidio consumado.

La población de estudiantes de educación superior en el país constituye uno de los segmentos con mayor incremento de comportamiento suicida: el de 18 a 25 años (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010), cuyo principal reflejo se manifiesta en la ideación suicida, de lo que se derivan las siguientes preguntas: ¿Qué formas se han empleado para medir la ideación suicida en los estudiantes mexicanos de educación superior? ¿Cuál es la fiabilidad y validez de los instrumentos de medición utilizados? ¿Cuál es el reporte acerca de la ideación suicida entre estudiantes mexicanos de dicho nivel? ¿Qué variables se asocian a la ideación suicida?

Las anteriores interrogantes se responden en el presente trabajo, cuyo objetivo fue describir la

investigación en general que se ha llevado a cabo en la mencionada población, referente a la medición de la ideación suicida, reportada en los artículos publicados en revistas científicas entre los años de 1984 a 2014.

MÉTODO

Selección de artículos

Empleando como criterio de búsqueda la frase “ideación suicida”, se llevó a cabo una indagación exploratoria de los artículos en bases de datos sobre publicaciones científicas que proporcionan información bibliográfica sobre tópicos psicológicos en la región del continente americano; dichas bases de datos fueron las siguientes:

- *Medline*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- *Google Académico*. <http://scholar.google.com.mx>
- *Dirección General de Bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México*. <http://www.dgbiblio.unam.mx/>
- *Salud Pública de México*. <http://bvs.insp.mx>
- *Centro de Documentación Científica de Psiquiatría y Salud Mental*. <http://www.inprfcd.org.mx>.
- *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALyC)*. <http://www.redalyc.org>.
- *Índice de Revistas Biomédicas Latinoamericanas (IMBIOMED)*. <http://www.imbiomed.com.mx>.

Criterios de inclusión. Se leyeron los resúmenes de los artículos, seleccionándose aquellos que hubieran sido publicados entre los años de 1984 a 2014, en que los participantes fueran estudiantes mexicanos de educación superior y en los que se hubiese medido de alguna forma la ideación suicida.

Considerando los criterios de inclusión, la búsqueda en las bases de datos arrojó la localización de 20 artículos publicados en el transcurso de 30 años: de 1984 a 2014.

Procedimiento

Se procedió a obtener los veinte artículos completos para su lectura y análisis.

El análisis de los artículos consistió en identificar y describir los siguientes rubros: formas de medir la ideación suicida y su informe de confiabilidad y validez, y características de los participantes, registro de la ocurrencia de ideación suicida y variables asociadas, de acuerdo a la forma de medirla.

RESULTADOS

I). Formas de medir la ideación suicida e informe de confiabilidad y validez

Según los artículos, se han utilizado siete diferentes formas de medir la ideación suicida en estudiantes mexicanos de educación superior. A continuación se describen estas formas y su informe de confiabilidad y validez.

1. Escala de Ideación Suicida de Roberts CES-D (escala combinada de dos escalas).

Esta escala fue empleada en trece de los veinte artículos (65%), y está compuesta por cuatro reactivos: “No podía seguir adelante”, “Tenía pensamientos sobre la muerte”, “Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto” y “Pensé en matarme”. El primer reactivo forma parte de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (reactivo número 20) (Marríño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993), y los siguientes tres son los primeros tres de los cuatro reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts (escala original) (reactivos 1, 2 y 3) (Roberts y Chen, 1995). Diversos autores llaman de otras dos formas a la Escala de Ideación Suicida de Roberts CES-D: Escala de Ideación Suicida de Roberts (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998; Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004; Unikel, Gómez-Peresmitré y González-Forteza, 2006) y Escala de Ideación Suicida del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004).

Respecto al valor de confiabilidad en la muestra total (hombres y mujeres), medida a través del

coeficiente alfa de Cronbach, ésta osciló entre .65 (Rosales, Córdova y Ramos, 2012) y .78 (Rosales y Córdova, 2011), con reporte de validez obtenido mediante el análisis factorial con agrupación de los cuatro reactivos en un solo factor, con una varianza explicada que osciló de 52.25 (Rosales et al., 2012) a 65% (Rosales, Córdova y Villafaña, 2011).

En los hombres, la confiabilidad osciló de .55 (Rosales et al., 2012) a .79 (Rosales et al., 2011), y también con la agrupación de los cuatro reactivos en un solo factor, con varianzas explicadas de 44.59 (Rosales et al., 2012) a 64.14% (Rosales y Córdova, 2011).

En las mujeres, el coeficiente alfa de Cronbach osciló entre .70 (Rosales et al., 2012; Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004) y .81 (Rosales et al., 2011), con la agrupación de los cuatro reactivos en un solo factor obtenido a través del análisis factorial, cuyas varianzas explicadas oscilaron de 55.65 (Rosales et al., 2012) a 68.6% (Rosales et al., 2011).

2. Tres reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts

Una investigación de Terrones et al. (2012) empleó tres de los cuatro primeros reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts: “Tenía pensamientos sobre la muerte”, “Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto” y “Pensé en matarme”. En dicha investigación se llevó a cabo el análisis psicométrico de estos tres reactivos, sumados a los veinte de la CES-D, encontrándose cuatro factores en el análisis factorial. Al segundo factor lo denominaron “Ideación de muerte”, en el cual se agruparon cuatro reactivos: los tres reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts y el reactivo número 9 del CES-D: “Pensé que mi vida era un fracaso”. Este factor de Ideación de Muerte tuvo en muestra total un coeficiente alfa de Cronbach de .77 y una varianza explicada de 10.72%.

3. Escala de Ideación Suicida de Beck.

Es ésta una escala integrada por 21 reactivos organizados en cinco secciones: Características de las actitudes hacia la vida/muerte (reactivos del 1 al 5); Características de los pensamientos/deseos de suicidio (reactivos del 6 al 11), y Características del intento (reactivos del 12 al 15); la cuarta y quin-

ta secciones aluden a la Actualización del intento (reactivos del 16 al 21). Los reactivos de la sección I son los que se han empleado para medir la ocurrencia de ideación suicida, ya que al final de esta sección aparece la siguiente nota: “Si contestó 0 en las preguntas 4 o 5, no conteste las secciones II, III y IV y pase a la sección V”. Los reactivos de la sección I son, a saber: “¿Qué tantas ganas tiene de seguir viviendo?”, “¿Qué tanto desea morir?”, “Para usted, ¿es preferible vivir que morir, o morir que vivir?”, “¿Ha pensado firmemente en quitarse la vida?” y “Si pensara en quitarse la vida, ¿en qué momento lo haría?”.

Es una escala que se ha empleado en dos investigaciones (Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007; González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González, 2007), con reporte de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach en la muestra total de 0.84, y con reporte de estructura factorial idéntica a la señalada por Beck, además de validez clínica (González et al., 2007).

En ninguna de dichas investigaciones hubo reporte de confiabilidad y validez en hombres y mujeres por separado.

4. *Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO-30)*

El ISO-30 incluye treinta reactivos. Coffin, Álvarez y Marín (2011) midieron la ideación suicida en 251 estudiantes universitarios mexicanos a través de estos reactivos. No hay reporte de confiabilidad ni de validez.

5. *Siete reactivos del Cuestionario General de Salud (GHQ-28)*

Una sola investigación (Romero y Medina-Mora, 1987) empleó el GHQ-28 en su versión breve de 28 reactivos al llevarse a cabo un análisis factorial en 295 estudiantes mexicanos universitarios (hombres y mujeres). Tales reactivos se agruparon en cuatro factores con siete reactivos en cada factor. Al primer factor los autores le llamaron “Ideación suicida”, que arrojó una varianza explicada de 24.25%. Los siete reactivos fueron: “Ha pensado que Ud., no vale nada”, “Ha sentido que no vale la pena vivir”, “Siente que no se puede esperar nada”, “Ha deseado estar muerto y lejos de todo”, “Ha perdido confianza y fe en sí mismo”, “Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio”, “Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza”.

6. *Cuatro reactivos extraídos del Inventario de Riesgo Suicida (IRIS)*

El IRIS es un cuestionario que tiene 75 reactivos, y un artículo de Córdova, Eguiluz y Rosales, (2011) reporta el empleo de solamente cuatro de esos reactivos para medir la ideación suicida en estudiantes universitarios. Dichos reactivos fueron los siguientes: “He deseado estar muerto”, “Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas de la vida”, “He pensado en suicidarme” y “He planeado mi propia muerte”. No hay reporte de confiabilidad ni de validez.

7. *Un solo reactivo derivado de la propia investigación*

En una investigación de Carrillo, Valdez, Vázquez, Franco y De la Peña (2010) se empleó un único reactivo desprendido de la propia investigación para medir la ocurrencia de ideación suicida: “¿Ha pensado seriamente en cometer suicidio?”. No hay reporte de confiabilidad ni de validez.

DISCUSIÓN

La descripción anterior de las veinte investigaciones respecto a la forma de medir la ideación suicida en estudiantes mexicanos de educación superior lleva a señalar los siguientes aspectos:

Al haber siete diferentes formas de medir la ideación suicida en los mencionados sujetos, se desprende la siguiente pregunta: ¿por qué tantas y tan diversas formas de medir la ideación suicida? La materia prima de estas diferentes formas son los reactivos o preguntas, y estos a su vez se derivan directamente de la perspectiva teórica que se sostiene. De esta manera, las distintas formas de medir la ideación suicida son un reflejo de las diferentes perspectivas teóricas y de trabajo que existen en la investigación que se hace en México respecto al constructo teórico de ideación suicida.

Las siete formas que se han utilizado para medir la ideación suicida pueden dividirse en dos grandes rubros: a) investigaciones que emplearon algún instrumento de medición (dieciséis artículos de veinte: 80%), tres instrumentos de medición diferentes aplicados: la Escala de Ideación Suicida Roberts CES-D (escala combinada), la Escala de Ideación Suicida de Beck y el Inventario de Orien-

taciones Suicidas, y *b*) investigaciones que utilizaron reactivos derivados de la propia investigación o de algún otro instrumento de medición (cuatro artículos de veinte: 20%).

Ahora bien, la ideación suicida es un constructo teórico, una abstracción, la que para medirse requiere de identificar las dimensiones teóricas o factores que la integran, y estos a su vez convertirlos en indicadores operacionales (medibles a través de reactivos). Al ser la ideación suicida una cognición (pensamiento), los indicadores operacionales son preguntas respecto al pensar. Mas, ¿pensar en qué dimensiones? De acuerdo a Beck et al. (1979), la ideación suicida tiene dos dimensiones: el deseo y la planeación de la propia muerte (incluso Pérez y Mosquera [2006] proponen diferentes grados de planeación). Por consiguiente, para medir el fenómeno hay que registrar en forma integrada dos aspectos: el deseo y la planeación de la propia muerte; así que resta por preguntarse si se ha registrado realmente el constructo teórico de ideación suicida en estudiantes mexicanos de educación superior a través de las diversas formas en que se ha medido.

En la disciplina psicológica, los instrumentos de medición se emplean para medir precisamente constructos teóricos. Tales instrumentos deben cubrir dos criterios metodológico-estadísticos: la confiabilidad y la validez. Hay diferentes procedimientos para calcular la confiabilidad, pero en la actualidad se hace a través del coeficiente alfa de Cronbach. La validez se determina por al menos tres tipos: la validez de contenido, la de criterio y la de constructo. Resultan tan importantes estos dos criterios metodológico-estadísticos que hay autores que afirman que “es requisito que el instrumento de medición demuestre ser confiable y válido. De no ser así, los resultados de la investigación no deben tomarse en serio” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 351).

Se usaron tres instrumentos de medición en dieciséis de las veinte investigaciones revisadas. Respecto a la Escala de Ideación Suicida Roberts CES-D, a pesar de ser una escala que generalmente arrojó valores aceptables según el coeficiente alfa de Cronbach (excepto en las muestras de hombres: .55), tiene dos problemas de validez, mismos que se señalan a continuación: Primero, si bien la escala tiene validez de constructo (todos los re-

activos se agrupan en un solo factor a través del análisis factorial), no existen reportes de validez de criterio en estudiantes universitarios. Segundo, en cuanto a la validez de contenido, es importante señalar que es una escala combinada, en la que su primer reactivo “*no podía seguir adelante*” pertenece a la Escala CES-D y es un indicador de las dimensiones de depresión, fenómeno observado en la investigación de Terrones et al. (2012), al agruparse dicho reactivo mediante un análisis factorial (integrando tanto los tres primeros reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts como los veinte reactivos de la Escala CES-D) en el primer factor, denominado Afecto depresivo, por lo que el citado reactivo nada tiene que ver con las dimensiones teóricas del constructo de ideación suicida, que son el deseo y la planeación de la propia muerte. Además, la escala combinada de Ideación Suicida de Roberts CES-D no integra el cuarto y último reactivo de la escala original de Roberts: “Me mataría si encontrara o tuviera la manera de hacerlo”, quebrantando la secuencia lógica de la construcción original de la escala y dejando fuera un indicador teórico trascendental de ideación suicida que completa la mencionada escala: la planeación de la propia muerte.

Por otra parte, el segundo instrumento de medición que se usó para el registro de la ideación suicida en estudiantes universitarios mexicanos fue la Escala de Ideación Suicida de Beck. A pesar de ser un instrumento de medición con reporte de confiabilidad y validez clínicas, se ha utilizado escasamente en estudiantes mexicanos de educación superior (dos investigaciones). Los autores del presente artículo conjeturan dos posibles razones: 1) Es un instrumento largo (veintiún reactivos); considerando que la mayoría de las veces los investigadores no únicamente miden la ideación suicida sino una serie de variables más, responderlo implica un mayor tiempo para la persona. 2) En la experiencia personal de los presentes autores al utilizar esta escala en los referidos sujetos, la nota ya aludida de advertencia no es respetada por estos, de tal manera que contestan todo el instrumento, lo que indica que para esta población no es útil.

El tercero y último instrumento que se usó para medir la ideación suicida en estudiantes universitarios, el ISO-30, empleado en una sola investigación, no tiene reporte de confiabilidad ni de va-

lidez, por lo que es necesario preguntarse si medir orientaciones suicidas puede equivaler a medir el constructo teórico de ideación suicida.

En lo referente a las investigaciones que emplearon reactivos derivados de la propia investigación o tomados de otros instrumentos para medir la ideación suicida, resulta relevante considerar la gran cantidad y diversidad de tales reactivos (doce reactivos diferentes) en tan escasas investigaciones (cuatro). Además, queda en duda si con un reactivo aislado, un par de reactivos o reactivos que se agrupan en un solo factor y que los autores denominan "ideación suicida", se mide realmente tal constructo teórico.

II) Características de los participantes, registro de la presencia de ideación suicida y variables asociadas de acuerdo a la forma de medirla

RESULTADOS

Las características de los participantes o de las muestras, el registro de la presencia y variables asociadas a la ideación suicida en las investigaciones revisadas se describen a continuación a partir de la forma en que se le midió en estudiantes mexicanos universitarios:

1. Escala de Ideación Suicida de Roberts CES-D (escala combinada).

El criterio utilizado para determinar la ausencia o presencia de ideación suicida en las trece investigaciones que emplearon la Escala de Ideación Suicida Roberts CES-D ha sido diverso; oscila desde la falta de explicitación de dicho criterio, hasta el uso del punto de corte de una puntuación ≥ 2 D.E. + media. A continuación se señalan estas formas heterogéneas, las variables asociadas a la presencia de ideación suicida y las características de los participantes:

1.1. Sin explicitación del criterio para determinar ausencia o presencia de ideación suicida. Tres artículos no indicaron la forma o el criterio empleado para determinar la ocurrencia de ideación suicida; en los dos primeros se utilizó dicha escala exclusivamente como un instrumento para obtener la validez de criterio externo de un instrumento refe-

rente a trastornos de conducta alimentaria (Unikel et al., 2004; Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004), y en el tercero no se señala el criterio empleado para determinar la forma de identificar la ideación suicida; sin embargo, especifica su porcentaje, el cual fue de 11.85% en mujeres, y cuya variable asociada a su presencia fue el intento suicida (Unikel et al., 2006).

Las características de los participantes de esas tres investigaciones fueron las siguientes: para su selección, se usó un muestreo no probabilístico, con tamaños de muestras que oscilaron de 332 a 468; todos los participantes fueron mujeres, estudiantes preparatorias y universitarias de instituciones públicas y privadas de la Ciudad de México, cuyas edades fluctuaron de 14 a 40 años.

1.2. Registro de la presencia de ideación suicida por reactivo o por síntomas. La escala contiene cuatro reactivos; si el estudiante responde positivamente cuando menos a uno de ellos, se le clasifica con ideación suicida. González-Forteza et al. (1998) emplearon esta forma de registrar dicha ideación. Los participantes (1,021) fueron todos los estudiantes de una universidad privada (el artículo no indica de qué estado de la República Mexicana), de ambos sexos y cuya media de edad fue de 19.8 años. No hubo reporte de ideación suicida ni variables asociadas en la muestra total de hombres y mujeres. Según el reporte, la presencia de ideación suicida en los hombres fue de 23.2 a 26.6%. Las variables de agresión manifiesta a la familia y de estrés social se reportaron como variables de riesgo asociadas, y la variable de autoestima como una de protección, todo ello a través de un análisis de regresión múltiple. En las mujeres, la ideación suicida osciló entre 17.6 y 18.9%, con el estrés social como variable de riesgo, y la autoestima, el apoyo familiar y relación con el padre como variables de protección.

1.3. Registro de la ideación suicida por promedio del puntaje total de la escala. Tres artículos (Heinze, Vargas y Cortés, 2008; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2011) registraron la ideación suicida a través del promedio (media) de la puntuación total de la escala. En los tres se empleó un muestreo no aleatorio integrado para la selección de los participantes de ambos sexos, estudiantes de universidades públicas –una de la Ciudad de México y dos del Estado de México–, con tamaños

de muestras de 337 a 500 estudiantes y con promedios de edad de 19.65 a 19.72 años. En la muestra total, la presencia de ideación suicida osciló entre una media de 0.2 y de 1.78. Mediante una regresión múltiple, las variables de pronóstico fueron, a saber, tener un promedio de calificación bajo, haber atravesado una experiencia perturbadora en los últimos meses, haber sufrido abuso sexual, ser víctima de situaciones humillantes, tener la experiencia de intento de suicidio o suicidio consumado de una persona cercana, haber intentado suicidarse, haber recibido atención psicológica o psiquiátrica o haber sufrido una disciplina rígida en la infancia (Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2011). Mediante ecuaciones estructurales, se encontró asociación entre ideación suicida, mayor sintomatología psiquiátrica, neuroticismo y repetición escolar (Heinze, Vargas y Cortés, 2008). En los hombres, la presencia de ideación suicida osciló entre una media de 1.47 y de 1.81, con las siguientes variables de pronóstico asociadas: percibir como malo o muy malo el desempeño escolar, sufrir una experiencia perturbadora en los últimos meses, haber sufrido alguna forma de abuso sexual, carecer de religión, consumir sustancias para sentirse bien, tener la experiencia de intento de suicidio o suicidio consumado de una persona cercana y haber sufrido una disciplina rígida en la infancia (Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2011). En las mujeres, el promedio de ideación suicida osciló entre 1.75 y 1.78. Las variables de pronóstico, derivadas mediante una regresión múltiple, fueron sufrir una experiencia perturbadora en los últimos meses, haber sido víctima de situaciones humillantes, haber intentado el suicidio, haber recibido atención psicológica o psiquiátrica, consumir sustancias para sentirse bien y considerar la condición económica de la familia como mala o muy mala (Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2011).

1.4. Registro de la presencia de ideación suicida con base en el criterio de una puntuación ≥ 1 D.E. + media. Cuatro investigaciones usaron el criterio de una puntuación ≥ 1 D.E. + media para determinar su ocurrencia (Córdova y Rosales, 2012; Córdova, Rosales y García, 2012; Córdova, Rosales y Reyes, 2013; Rosales et al., 2012). Dichos artículos reportan el empleo de un muestreo no probabilístico con ambos sexos para la selección

de sus participantes. Cada investigación se llevó a cabo en una universidad pública de los siguientes estados de la República Mexicana: Morelos, Hidalgo, Querétaro y Guerrero. El tamaño de la muestra osciló entre 386 y 584 estudiantes universitarios, con edades promedio de 19.36 a 19.80 años. No hay en ellos reporte alguno de presencia de ideación suicida en la muestra total; sin embargo, las variables de riesgo asociadas mediante una regresión logística fueron tener un promedio de calificación bajo, haber atravesado una experiencia perturbadora en los últimos meses, haber sufrido la muerte de una persona cercana, haber recibido atención psicológica o psiquiátrica y haber intentado el suicidio (Rosales et al., 2012). En los hombres, esa presencia fluctuó entre 8.4 y 12.8%. Las variables de riesgo asociadas, determinadas mediante una regresión logística, fueron tener un promedio de calificación bajo, haber atravesado una experiencia perturbadora en los últimos meses, haber recibido atención psicológica o psiquiátrica, haber intentado el suicidio, el número de intentos, haber sido víctima de situaciones humillantes, consumir sustancias, padecer insuficiencia económica, tener ideas que no se pueden evitar, ser agresivo y tener emociones negativas. La variable de protección fue el apoyo de la familia (Córdova y Rosales, 2012, Córdova et al., 2012; Córdova et al., 2013; Rosales et al., 2012). En las mujeres, la presencia de ideación suicida osciló entre 11.3 y 13.1%. Mediante una regresión logística, las variables de riesgo asociadas fueron las de tener un promedio de calificación bajo, percibir un mal desempeño académico, haber atravesado una experiencia perturbadora en los últimos meses, haber recibido atención psicológica o psiquiátrica, haber intentado el suicidio, haber sido víctima de situaciones humillantes, consumir sustancias, sufrir una disciplina en la infancia con muchas reglas y castigos o sin ellos, tener ideas que no se pueden evitar, sufrir trastornos emocionales y emociones negativas. Fueron tres las variables de protección halladas: el apoyo de la familia, el apoyo de los amigos y un locus de control interno (Córdova y Rosales, 2012; Córdova et al., 2012; Córdova et al., 2013; Rosales et al., 2012). Solamente en una investigación se reportó una mayor presencia de ideación suicida en las mujeres que en los hombres (Rosales et al., 2012).

1.5. Registro de la presencia de ideación suicida con base en el criterio de una puntuación ≥ 2 D.E. + media. Dos investigaciones emplearon el punto de corte de una puntuación ≥ 2 D.E. + media para determinar la presencia de ideación suicida (Rosales et al., 2013; Rosales, Córdova y Guerrero, 2013). Ambas emplearon un muestreo no probabilístico para la selección de sus participantes, con tamaños de muestras de entre 475 y 480, de ambos sexos, con un promedio de edad de 19.7 a 19.8 años. Una investigación se llevó a cabo en una universidad pública del estado de Tlaxcala y otra en el estado de Puebla. La presencia de ideación suicida reportada en muestra total fue de 5.5 y 7.2%, respectivamente. Mediante una regresión logística, las variables de riesgo asociadas a la presencia de ideación suicida en ambas investigaciones fueron la percepción de la economía familiar como negativa, el abuso sexual, un estado emocional negativo y un futuro negativo. Las variables de protección fueron el apoyo de la familia y el intento suicida. En los hombres, la ideación suicida tuvo un porcentaje de 5.5 a 6.9%. Un análisis de regresión logística reportó las siguientes variables de riesgo asociadas a la presencia de ideación suicida en ambos artículos: una economía familiar negativa, un estado emocional negativo, la percepción de ausencia de un futuro positivo y un futuro negativo. No hubo reporte de variables de protección.

La presencia de ideación suicida en las mujeres fue de 5.4%. Las variables de riesgo asociadas, obtenidas a través de una regresión logística en los dos artículos, fueron la percepción de un futuro negativo, un estado emocional negativo y un futuro negativo. Las variables de protección fueron dos: el apoyo de la familia y el intento suicida.

2. Tres reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts.

Solamente en una investigación se emplearon tres reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts: "Tenía pensamientos sobre la muerte", "Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto" y "Pensé en matarme", reactivos que en la muestra total alcanzaron los porcentajes de 12.1, 7.1 y 3.1%, respectivamente. La muestra empleada para la selección de los participantes fue probabilística, integrada por 943 estudiantes de ambos

sexos de la Universidad Juárez del Estado de Durango, con un rango de edad de entre 18 y 29 años (Terrones et al., 2012).

3. Escala de Ideación Suicida de Beck

Contestar en forma afirmativa cuando menos a un reactivo, se consideró como registro de presencia de ideación suicida en las dos investigaciones que emplearon la Escala de Ideación Suicida de Beck.

En el artículo de Córdova et al. (2007), los participantes fueron 521 estudiantes de ambos sexos de una universidad pública del Estado de México, extraídos mediante un muestreo aleatorio, cuyas edades fluctuaron de 17 a 29 años. El reporte de presencia de ideación suicida fue de 59.9%. Las variables asociadas a la presencia de la misma fueron no trabajar, vivir su infancia o adolescencia solo con la madre, con un familiar o sin ambos padres; consumir tabaco, café, alcohol, drogas o medicamentos no prescritos por un médico; sentir que la vida ha sido trastornada por uno o los siguientes elementos: considerar que las personas con las que verdaderamente cuentan no son de su familia, sentir que el dinero no le alcanza para cubrir todas sus necesidades, haber recibido atención psicológica, presentar pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismo y percibir su futuro como difícil e incierto.

En la investigación de González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González (2000) participaron 122 estudiantes de ambos sexos, seleccionados mediante un muestreo no aleatorio de una universidad pública de la Ciudad de México, cuyas edades oscilaron entre 17 y 25 años. El informe de ideación suicida en la muestra total fue de 18%; en los hombres, de 1.63%, y en las mujeres, de 16.39%. No hubo reporte de variables asociadas a la presencia del fenómeno.

4. Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO-30).

En la única investigación en que se utilizó el ISO-30 no se especificaron los puntos de corte para considerar niveles de ideación suicida; sin embargo, se reporta su porcentaje. En los hombres hubo ideación suicida mínima en 0.8%, leve en 3.3%, moderada en 9.6%, alta en 16.2% y grave en 6.2%. En las mujeres, la ideación suicida mínima ocurrió en 0.4%, leve en 6.6%, moderada en 24.6%, alta

en 20.4% y grave en 11.6%. La muestra empleada fue no probabilística, integrada por 251 estudiantes de ambos sexos de una universidad pública del Estado de México, cuyas edades fluctuaron entre 19 y 35 años. La variable asociada a la ideación suicida en la muestra total fue la depresión. No hubo reporte de variables asociadas en hombres ni mujeres (Coffin et al., 2011).

5. Siete reactivos del Cuestionario General de Salud (GHQ-28).

Una sola investigación empleó el GHQ-28 en una muestra no aleatoria de 295 estudiantes de ambos sexos de una universidad pública del Distrito Federal (sin especificación de rango de edades). Los siete reactivos, de los 28 que contiene el instrumento, mismos que se agruparon en un factor y que Romero y Medina-Mora (1987) denominaron “ideación suicida”, tuvo una media de 1.32, sin reporte de variables asociadas a su presencia.

6. Cuatro reactivos extraídos del Inventario de Riesgo Suicida (IRIS).

En un solo artículo se utilizaron cuatro reactivos de los 75 que contiene el IRIS para medir la presencia de ideación suicida. Dicha investigación se llevó a cabo con los 583 alumnos de nuevo ingreso de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, de ambos sexos. Los cuatro reactivos tuvieron el siguiente porcentaje de acuerdo al sexo de los participantes: “He deseado estar muerto”, 9.7% hombres y 16.5% mujeres; “Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas de la vida” (5.7 y 12.3% en cada caso); “He pensado en suicidarme” (5 y 7.8%, respectivamente) y “He planeado mi propia muerte” (2.2 y 3.4% . No hubo reporte de variables asociadas a la presencia de ideación suicida (Córdova et al., 2011).

7. Un solo reactivo derivado de la propia investigación.

El artículo de Carrillo et al. (2010) fue el único en que se reporta que la presencia de ideación suicida se registró al contestar afirmativamente el reactivo “¿Ha pensado seriamente en cometer suicidio?”. El autor seleccionó a los 438 participantes de ambos sexos mediante un muestreo no probabilístico de una universidad del estado de Coahuila, cuyas edades oscilaron entre 17 y 26 años. El 22% de la

muestra total contestó afirmativamente al reactivo. No hubo reporte de variables asociadas a la ocurrencia de ideación suicida.

DISCUSIÓN

La discusión de este segundo apartado tiene tres aspectos: características de los participantes, registro de la presencia de ideación suicida y variables asociadas a dicha presencia.

En cuanto al primero, en dieciséis artículos de los veinte analizados el muestreo que más se utilizó para la selección de los participantes fue el no probabilístico (80%), lo que implica que no es posible generalizar los resultados a otra población distinta de la que se extrajo la muestra. Sin embargo, en la mayoría de los artículos se utilizaron muestras considerablemente grandes para minimizar el problema de la falta de generalización. Por otra parte, el rango de edades de los participantes también es un elemento digno a considerarse, ya que se reconoce teóricamente que la ideación suicida aumenta en la adolescencia y disminuye en la edad adulta (Wagner y Zimmerman, 2008), por lo que resulta importante que en futuras investigaciones se acote el rango de edad de los participantes. El sexo de los mismos es otro aspecto relevante en la investigación de la ideación suicida, pues solamente en un artículo se reportó una diferencia estadística entre los hombres y las mujeres, donde estas últimas manifestaron una mayor frecuencia de ideación suicida (Rosales et al., 2012). También es importante señalar que de las entidades federativas de la República Mexicana, solamente en diez se han llevado a cabo mediciones de este fenómeno en estudiantes universitarios.

Respecto a la presencia de la ideación suicida, es importante hacer las siguientes dos observaciones. En primer lugar, no existe un consenso en las investigaciones que la midieron sobre lo que se considera como tal; empleando incluso el mismo instrumento de medición, hay diversos criterios para registrar la presencia de este fenómeno, como es el caso de la escala combinada de Ideación Suicida de Roberts CES-D, en el que se definen cuatro criterios: por reactivo o síntomas, por promedio (media) del puntaje total de la escala, por puntuación ≥ 1 D.E. + media y por puntuación ≥ 2 D.E.

+ media. La segunda observación se deriva de la primera; al no haber consenso respecto a qué se considera ideación suicida, se obtiene una gran variabilidad en el reporte de su ocurrencia, de tal forma que los porcentajes oscilan de 1.63 a 59.9%.

En relación a las variables asociadas, estas son muy diversas (aproximadamente veinte); sin embargo, si todavía no hay un consenso sobre la medición de la ideación suicida, ¿es posible confiar en las variables que se asocian a un constructo teórico cuya medición aún no queda clara?

CONCLUSIONES

Se identificaron veinte artículos publicados. Los sujetos participantes fueron estudiantes universitarios mexicanos, seleccionados en su gran mayoría mediante un muestreo no probabilístico, a quienes se aplicaron diversas formas de medir la ideación suicida.

Entre las diferentes formas de medir este fenómeno en estudiantes mexicanos de educación superior, la Escala de Ideación Suicida de Roberts CES-D es la que se ha usado con mayor frecuencia (65%), a pesar de que tiene problemas con su validez de contenido. El modo de registrar o clasificar la ausencia o presencia de la ideación suicida es diversa: por reactivo o por síntomas; por promedio (media) del puntaje total de la escala, con base en el criterio de una puntuación ≥ 1 D.E. + media y usando el criterio de una puntuación ≥ 2 D.E. + media.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., Kovacs, M. y Wiessman, M. (1979). Assessment of suicidal intent: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública de México*, 38(3), 197-206.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Brown, G.K., Jeglinc, E., Henriques, G. y Beck, A. (2008). Terapia cognitiva, cognición y comportamiento suicida. En Thomas E. Ellis (Dir.): *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 51-72). México: El Manual Moderno.
- Carrillo, J., Valdez, L., Vázquez, H., Franco, J. y De la Peña, A. (2010). Depresión, ideación suicida e insomnio en universitarios de Saltillo, problemas relevantes de salud pública. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 11(1), 30-32.
- Coffin, N., Álvarez, M. y Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 341-354.

Las distintas formas de medir la ideación suicida y de determinar su ausencia o presencia (considerando incluso el mismo instrumento) han hecho que los porcentajes de ideación suicida arrojen valores con mucha variabilidad y una gran cantidad de variables asociadas a este fenómeno. De ahí que las investigaciones que lo han medido específicamente en los estudiantes mexicanos de educación superior carezcan de un consenso respecto a una metodología o una perspectiva teórica que abarque la definición de dicho constructo, la forma de medirlo y el punto de corte para la clasificación de su presencia o ausencia.

Por consiguiente, una propuesta que se deriva del párrafo anterior es que las investigaciones que pretendan medir la ideación suicida en jóvenes mexicanos universitarios se circunscriban a un marco teórico, y que de éste se derive la definición de dicho constructo, misma que determine la elección de un instrumento de medición ya existente o la creación de uno nuevo que cumpla con los criterios metodológicos y estadísticos requeridos, como los de confiabilidad y validez, y que también establezca el punto de corte para discriminar la presencia o ausencia de tal tipo de ideación.

Finalmente, es importante considerar que una limitación de este estudio es que no están considerados absolutamente todos los artículos publicados sobre la medición de la ideación suicida en estudiantes mexicanos de educación superior, pero los empleados son una muestra representativa de ese universo.

- Córdova, M., Eguiluz, L.L. y Rosales, J.C. (2011). Pensamientos suicidas en estudiantes universitarios del Estado de Tlaxcala (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 155-164.
- Córdova, M. y Rosales, J.C. (2012). Ideación suicida en jóvenes universitarios del estado de Querétaro, México: variables psicológicas y personales asociadas. *Psiquis*, 21(5), 133-141.
- Córdova, M., Rosales, J.C. y García, M.B. (2012). Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México): Comparación por género. *Psicogente*, 15(28), 287-301.
- Córdova, M., Rosales J.C. y Reyes, G.S. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande, Guerrero (México). *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 38-47.
- Córdova, M., Rosales, M.P., Caballero, R. y Rosales, J.C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.
- González M., S., Díaz M., A., Ortiz L., S., González-Forteza, C. y González N., J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.E. y Sánchez, M.A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3), 1-9.
- Heinze, G., Vargas, B.E. y Cortés, J.F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental*, 31(5), 343-350.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2003). *Metodología de la investigación* (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Cuaderno No. 8*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios* (Serie Boletín de Estadísticas, Continuas, Demográficas y Sociales). México: INEGI.
- Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E. Chaparro, J.J. y González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(2), 141-145.
- Pérez, S. y Moskera, D. (2006). *El suicidio, prevención y manejo. Memorias de un curso necesario*. Madrid: Pléyade.
- Roberts, R. y Chen, Y.W. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(1), 81-90.
- Romero, M. y Medina-Mora, M.E. (1987). Validez de una versión del Cuestionario General de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 10(3), 90-97.
- Rosales, J.C. y Córdova, M. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 9-30.
- Rosales, J. C., Córdova, M. y Escobar, M. P. (2013). Ideación suicida en la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*, 28, 20-32.
- Rosales, J.C., Córdova, M. y Guerrero, D.I. (2013). Ideación suicida y variables asociadas conforme al sexo en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 390-406.
- Rosales, J.C., Córdova, M. y Ramos, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: Modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74.
- Rosales, J.C., Córdova, M. y Villafaña, A. (2011). Presencia de ideación suicida y su asociación con variables de identificación personal en estudiantes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 57(2), 91-98.
- Saltijeral, M. y Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México*, 29, 245-360.
- Terrones G., A., Estrada M., S., Lechuga Q., A.M., Salvador M., J., Martínez L., Y. y La-Llave L., O. (2012). Propiedades psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la ciudad de Durango, México. *Salud Mental*, 35, 305-313.
- Unikel, C. y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27(1), 38-49.
- Unikel, C., Gómez-Peresmitré, G. y González-Forteza, C. (2006). Suicidal behaviour, risky eating behaviours and psychosocial correlates in Mexican female students. *European Eating Disorders Review*, 14, 414-421.
- Unikel, C., Bojórquez C., I. y Carreño G., S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
- Wagner, B.M. y Zimmerman, J.H. (2008). Influencias del desarrollo en la suicidalidad entre adolescentes: Aspectos cognitivos, emocionales y de neurociencia. En Thomas E. Ellis (Dir.): *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 285-305). México: El Manual Moderno.

El sistema inmunológico en personas con trastorno de estrés postraumático: una revisión

The immunological system in persons with posttraumatic stress disorder: A revision

Daniela Bohórquez Borda¹, Fernando Riveros Munévar²,
Constanza Londoño³ y Stefano Vinaccia⁴

RESUMEN

El objetivo del presente artículo fue revisar la literatura científica basada en la evidencia sobre las modificaciones del sistema inmunológico en personas con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Para ello, se realizó una búsqueda en bases de datos científicas especializadas sobre términos relativos a dicha área de estudio. Los resultados permiten entender la relación entre el estrés postraumático y las enfermedades cardiovasculares y autoinmunes. Además, se encontraron resultados contradictorios en lo relacionado con los niveles de cortisol y la presencia de estrés postraumático, ya que en la mayoría de los estudios no se tienen en cuenta los tiempos transcurridos desde el evento traumático, las características de dicho evento, su gravedad, la edad y el sexo de los sujetos, así como los aspectos asociados a la toma de muestras de cortisol en cuanto a su forma de obtención y horario. En conclusión, se recomienda para futuras investigaciones determinar más detalladamente, tanto genética como epigenéticamente, los factores predictores del estrés postraumático.

Palabras clave: Estrés; Estrés postraumático; Inmunología.

ABSTRACT

The objective of the present paper was to review the scientific literature on evidence-based changes in the immune system occurring in people diagnosed with posttraumatic stress disorder. A search in databases of specialized scientific publications included relevant terms concerning such area. Results allow for the understanding of the relationship between posttraumatic stress disorder and cardiovascular and autoimmune conditions. Conflicting results were found regarding levels of cortisol and the presence of posttraumatic stress, probably due to the fact that most studies do not take into account the time since the occurrence of the traumatic event, the event's severity, and age and sex of participants. Also inconsistent are such aspects as cortisol sampling, the method of cortisol sample collection as well as sampling schedules. In conclusion, further studies are recommended in order to determine in more detail the predictors of this disorder in both genetic and epigenetic contexts.

Key words: Stress; Posttraumatic stress; Immunology.

¹ Universidad del Bosque, Calle 7b bis Núm. 132-11, 110121 Bogotá, Colombia, tel. (57)301-484-71-25, correo electrónico: bohorquez.daniela@gmail.com. Artículo recibido el 8 de junio y aceptado el 10 de noviembre de 2015.

² Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá, Carrera 8H Núm. 172-20, 110121 Bogotá Colombia, tel. (57)312-565-40-65, correo electrónico: efriveros45@hotmail.com.

³ Universidad Católica de Colombia, Avenida Caracas Núm. 46 - 72, 111311 Bogotá, Colombia, tel. (57)310-884-19-14, correo electrónico: clondono@ucatolica.edu.co.

⁴ Fundación Universitaria Sanitas, Carrera 7 Núm. 173 - 64, 110141 Bogotá, Colombia, tel. (57)311-809-61-56, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com.

El estrés puede entenderse como un proceso fisicoquímico o emocional que induce niveles de tensión tales que el individuo percibe que una situación le exige recursos que sobrepasan los que posee (Sánchez, González, Marsán y Macías, 2006); esto implica que el proceso asociado con el estrés logra generar cambios en el complejo sistema de equilibrio del cuerpo, o homeostasis, la que por lo tanto se encuentra afectada constantemente por factores internos y externos al mismo organismo que, en condiciones óptimas, prepara al sujeto fisiológica y conductualmente para responder al evento estresante (Pavón, Hernández, Loría y Sandoval, 2004).

El eje hipotálamo-hipofisario-adrenal es el responsable de generar la cascada de reacciones propias de la situación estresante, proceso que se realiza de la siguiente forma: el hipotálamo segrega el péptido factor liberador de corticotropina (CRF) y la vasopresina, los cuales llegan hasta la hipófisis que, a su vez, libera la hormona corticotropina (ACTH), que arriba a las glándulas suprarrenales a través del flujo sanguíneo, las cuales secretan hormonas corticoides (cortisol o la aldosterona) que contribuyen a generar los cambios fisiológicos asociados al estrés e influyen sobre el sistema inmunológico, alterando principalmente la producción de anticuerpos (Chrousos y Pervanidou, 2014; Marsiglia, 2009; Pavón et al., 2004; Seijas, 2013).

La activación de las estructuras anteriormente mencionadas permite que se mejoren los procesos atencionales, que el cerebro se centre en la amenaza percibida, que aumente el gasto cardíaco y la respiración, al igual que el catabolismo (proceso de generación de energía corporal), y que el flujo sanguíneo se redirija a proporcionar mayor perfusión, proporcionando así combustible al cerebro, el corazón y los músculos (Chrousos y Pervanidou, 2014).

Es importante indicar que dicha respuesta está encaminada a responder eficazmente al estresor y regresar a la homeostasis en el menor tiempo posible; por lo tanto, la respuesta al estrés está destinada a ser aguda o al menos limitada, lo que resulta ser adaptativo puesto que favorece la supervivencia del individuo en el contexto (Chrousos y Pervanidou, 2014; Pavón et al., 2004). Sin embargo, dicha respuesta de activación neurobioquímica

puede permanecer activada de forma crónica, lo que ocurre por ejemplo en el trastorno de estrés post-traumático (TEPT en lo sucesivo), que es perjudicial para la salud.

Precisamente, la American Psychiatric Association (2014) plantea que las características del TEPT implican la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea de forma real o como amenaza; como experiencia directa, la presencia de los hechos, el conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo, o una exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático, generan síntomas intrusivos asociados a este, como el recuerdo del evento y sueños y reacciones disociativas, como si el individuo estuviera en él otra vez; además, un patrón de evitación persistente de los estímulos asociados al suceso, alteraciones negativas de tipo cognitivo y del estado de ánimo, alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático que duran más de un mes y que producen un malestar psicológico significativo y no atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamentos o alcohol) o a otra afección médica.

Los estudios sobre los efectos del estrés sugieren que la alteración del sistema inmunológico puede resultar en el desarrollo de enfermedades y problemas de salud asociados con infecciones, enfermedades autoinmunes, cáncer (Madrigal, Cardenal, Téllez, Ortiz y Jiménez, 2012) o respuestas desordenadas del sistema inmune, tales como alergias y dolor crónico, sin que exista un estímulo externo (Mosca y Banchemo, 2003).

Desde los primeros estudios hechos con veteranos de guerra, se ha generado un creciente interés en las respuestas postraumáticas de las personas que han sufrido diversos tipos de vivencias estresantes, y es que, en términos epidemiológicos, entre 50 y 90% de la población civil está expuesto a eventos que pueden desencadenar TEPT, 8% de la cual llega a desarrollar el trastorno en algún momento de la vida (Pace y Heim, 2011; Vieweg et al., 2006).

Si bien existe una gran cantidad de estudios sobre la sintomatología, los signos comportamentales, la etiología, los procesos de intervención y los efectos negativos en la calidad de vida de quienes sufren el TEPT, muchos estudios suelen dejar de lado

e incluso ignorar los cambios que ocurren en el nivel inmunológico (Pace y Heim, 2011); además, la investigación acerca de la relación de este trastorno con el sistema inmune se halla en su gran mayoría en inglés y portugués. Asimismo, las publicaciones que la han abordado se derivan de estudios aislados entre sí, lo que dificulta comprobar las similitudes en los hallazgos y las características que se tuvieron en cuenta en su desarrollo. Por lo expuesto anteriormente, la presente revisión tuvo como objetivo mostrar los principales resultados en torno al sistema inmunológico en personas con TEPT a través de un consolidado en español de diversos estudios.

MÉTODO

Diseño

El presente estudio fue de tipo descriptivo a través de la revisión de documentos.

Unidad de análisis

Para esta investigación, se revisaron los artículos publicados en bases de datos como Scielo, Dialnet, Proquest, APA y ScienceDirect, además de revistas especializadas en neurología, neuropsicología, neuropsiquiatría, neuroendocrinología y demás neurociencias afines. Los criterios de búsqueda fueron, a saber, los términos “trastorno de estrés postraumático”, “TEPT”, “sistema inmune”, “neurología”, “hormonas”, “cortisol”, “linfocitos”, “epigenética” y “sangre”.

RESULTADOS

Los hallazgos de los estudios revisados denotaron modificaciones tanto en las estructuras asociadas con el sistema inmune, como en el nivel funcional de dichas estructuras, incluyendo cambios en hormonas y neurotransmisores, y mostrando también cambios en la misma respuesta inmune. El estrés ha sido relacionado con el impacto en el sistema inmunológico; sin embargo, las investigaciones no han sido del todo claras ya que en ocasiones se han obtenido resultados inconsistentes. Sobre todo, se

han desarrollado estudios en los que se han incluido medidas de inmunidad humoral o celular (Miller, 1998), la primera de ellas entendida como la capacidad del sistema inmune para protegerse de organismos invasores mediante la producción de sustancias, anticuerpos, concentraciones de citoquinas reguladoras (interferones e interleucinas), en tanto que la segunda, la inmunidad celular, se refiere a la capacidad de lucha de las células inmunes (linfocitos, macrófagos, neutrófilos y *natural killers cells* o NKC) contra la infección, la capacidad de las células para proliferar ante un organismo invasor y la capacidad de atacar a organismos invasores.

Con el fin de organizar los principales hallazgos, se estructura el consolidado con base en la localización de la afectación, ya sea estructural o funcional, según corresponda.

Cambios estructurales asociados

Varios estudios han mostrado que el TEPT se caracteriza por la hiperactividad funcional de la amígdala y una baja actividad del hipocampo (Karl et al., 2006; Sapolski, 2001; Shin et al, 2004). Sobre esa estructura, Bonne et al. (2008) y Wang et al. (2010) encontraron una reducción en el tamaño de las zonas posteriores del hipocampo, tanto en sujetos con el trastorno cuyo evento traumático ocurrió en la infancia, como en otros que lo experimentaron en la adultez. Hallazgos similares son los de Smith (2005) y Karl et al. (2006).

Cambios hormonales

Diversos estudios han evaluado el nivel de cortisol a través de diferentes estrategias y tiempos; sin embargo, en ocasiones sus resultados han sido contradictorios. Wessa y Rohleder (2007), en una investigación con personas víctimas de accidentes de tránsito, en la cual se tomaron muestras de orina para medir los niveles de cortisol en un periodo inmediatamente posterior al suceso, hallaron que las víctimas que eran diagnosticadas más adelante con TEPT agudo presentaron niveles menores de cortisol, por lo cual sugieren que los niveles iniciales posteriores a un evento traumático contribuyen a la sintomatología del trastorno, siendo un posible mediador entre los factores de riesgo y su desarrollo (cf. Delahanty, Raimonde y Spoonster,

2000; Delahanty, Raimonde, Spoonster y Cullado, 2003).

Asimismo, se han visto niveles bajos de cortisol y una frecuencia cardíaca aumentada después del evento traumático en personas que posteriormente son diagnosticadas con el trastorno, lo cual sugiere que su desarrollo puede facilitarse a través de una respuesta biológica atípica en un corto período de tiempo tras el evento traumático (Yehuda, McFarlane y Shaley, 1998). Por su parte, Gill y Page (2008) hallaron bajos niveles de cortisol en saliva en las muestras tomadas por la mañana en mujeres con TEPT cuando se les comparó con mujeres sin el trastorno, y Yehuda et al. (2000) los encontraron en la orina de personas con TEPT sobrevivientes del Holocausto. Newport y Nemeroff (2000) identificaron esos bajos niveles de cortisol a pesar del aumento del factor liberador de corticotropina (CRF).

Otros estudios han indicado que el trauma en sí no conlleva un aumento de los niveles de cortisol o catecolaminas; no obstante, la presencia de TEPT y depresión en mujeres está asociada con mayores niveles (Young y Breslau, 2004), mientras que en la revisión realizada por Kloet et al. (2006) se hallaron varios estudios que refieren mayores niveles de cortisol salival en respuesta a una prueba de estrés en pacientes con TEPT.

Por su parte, Gotovac et al. (2010) no encontraron ninguna diferencia entre los grupos de personas sanas y con TEPT en cuanto a los niveles basales de cortisol en suero, al igual que Metzger et al. (2008), quienes tampoco hallaron diferencias significativas en una muestra de enfermeras de Vietnam con o sin TEPT. A su vez, Raison y Miller (2003) encontraron que, aunque no ocurren juntos en el hipercortisolismo y en la reducción de la capacidad de respuesta a los glucocorticoides (tal como se determina por pruebas de provocación por dexametasona), aparecen de forma fiable en desórdenes neuropsiquiátricos relacionados con el estrés.

Alteraciones en los neurotransmisores

Se han apreciado cambios en los neurotransmisores relacionados con el mismo sistema de estrés: las investigaciones muestran mayores niveles de noradrenalina (Geraciotti, 2001; Yehuda, Southwick,

Giller, Ma y Mason, 1992) y un incremento en los de dopamina (Glover et al., 2003; Hamner y Diamond, 1993).

Alteraciones en sustancias propias del sistema inmune

Dados los múltiples elementos que participan en la respuesta inmune, se han hallado variadas sustancias asociadas a cambios significativos en personas con TEPT. Spitzer et al. (2010), por ejemplo, encontraron que las personas con diagnóstico de TEPT tenían probabilidades significativamente mayores de tener valores elevados de proteína C-reactiva (PCR) —una proteína que se eleva en respuesta a la inflamación— que aquellos sin el trastorno; incluso, al ajustar por sexo, edad y otros factores socio-demográficos, así como por índice de masa corporal, presión arterial, lipoproteínas y triglicéridos, actividad física, enfermedades somáticas comórbidas, consumo diario de alcohol y exposición al trauma, había casi dos veces mayor probabilidad de encontrar niveles elevados de PCR en los participantes con TEPT, en comparación con los que no lo tenían. Estos resultados son similares a los encontrados por Heath et al. (2013), quienes también hallaron mayores niveles de PCR en personas con TEPT, aun ajustándolos a los síntomas de depresión o el índice de masa corporal, y asimismo a los de Vaccarino, Bremner, Afzal, Veledar y Goldberg (2010), quienes compararon el PCR en 510 gemelos monocigóticos y dicigóticos. Tras encontrar TEPT en 69 de ellos en algún momento de su vida y en 35 al momento del estudio, observaron niveles más altos en los gemelos con el trastorno, y aún más alto en los que tenían el trastorno en ese momento.

Existen diversas investigaciones que muestran la elevación de las citoquinas proinflamatorias en personas con TEPT (Gill y Page, 2008; Gola et al., 2013; Sutherland, Alexander y Hutchinson, 2003; von Kanel et al., 2006; von Kanel et al., 2007), especialmente de la citoquina IL-6 (Baker et al., 2001; Maes et al., 1999; Newport y Nemeroff, 2000), por lo que ya se ha considerado como un biomarcador potencialmente predictor del TEPT. Cohen et al. (2011) llevaron a cabo un estudio hospitalario donde en 48 pacientes hospitalizados después de varias lesiones ortopédicas, incluyendo

fracturas tras ser víctimas de accidentes, y en 13 sujetos sanos como control, evaluaron en ese momento los niveles de citoquinas en el suero sanguíneo y después los síntomas de TEPT, encontrando que altos niveles de citoquinas proinflamatorias IL-6 y IL-8, y menores niveles de la citoquina reguladora TGF-beta predijeron mayores puntajes en dicho trastorno, lo que sugiere que las citoquinas deben evaluarse como un posible factor de riesgo o un biomarcador de TEPT en las víctimas de accidentes.

En lo que se refiere a la respuesta de cascada ante antígenos detectados (base del sistema inmune innato y adaptativo), Hovhannisyán, Mkrtchyan, Sukiasian y Boyajyan (2010) realizaron un estudio comparativo entre 31 personas sanas y 31 personas con TEPT con exposición al evento traumático en los trece años anteriores, hallando una hiperactivación de la vía clásica del complemento, la hipoactivación de la vía alternativa y la sobreactivación de la vía terminal.

También se ha observado un incremento en los síntomas de TEPT asociados con menos NKC, glóbulos blancos más elevados y mayor nivel de linfocitos CD56 (Ironson et al., 1997). En este sentido, una investigación llevada a cabo con 95 personas que presenciaron el desastre natural del estado de Vargas en Venezuela encontró que las personas con sintomatología de TEPT y depresión mostraban una respuesta proliferativa mayor, al igual que mayores niveles de inmunoglobulina A secretora (IgAs) (Canelones et al., 2004).

Finalmente, se han encontrado evidencias de cambios en la citotoxicidad de las NKC en personas con TEPT, en comparación con personas sin psicopatologías, así como un aumento en la cantidad relativa de receptores de glucocorticoides (RGC) en los linfocitos (Gotovac et al., 2010) y una disminución de la sensibilidad a aquellos (Pace et al., 2012).

DISCUSIÓN

El trastorno de estrés postraumático ha generado una gran cantidad de incógnitas sobre sus efectos físicos. Los hallazgos permiten entender por qué varios estudios han contrastado la relación entre la ocurrencia del trastorno y los daños a la salud física, como enfermedades coronarias (Boscari-

no, 2008; Kubzansky, Koenen, Spiro, Vokonas y Sparrow, 2007; Levine, Levine y Levine, 2014) o trastornos autoinmunes, como tiroiditis, enfermedad inflamatoria intestinal, arterioesclerosis, artritis reumatoide, esclerosis múltiple y lupus eritematoso (Boscarino, Forsberg y Goldberg, 2010; Madrigal et al., 2012; Mosca y Banchemo, 2003; O'Donovan et al., 2015; von Kanel et al., 2006).

Los resultados de la presente revisión permiten dar cuenta de las variadas y complejas modificaciones del sistema inmunológico, de sus estructuras reguladoras y de sus propias sustancias; en efecto, dichos resultados muestran aumento en la actividad funcional de la amígdala, mayores niveles de noradrenalina, dopamina, proteína C reactiva y citoquinas proinflamatorias (especialmente IL-6) y, por el contrario, niveles reducidos de la actividad del hipocampo y de su tamaño, menor conteo de NKC y de su citotoxicidad y una disminución de la sensibilidad a los glucocorticoides.

Algunas de las limitaciones encontradas se relacionan con las variables no controladas; de hecho, la mayoría de los estudios no toman en cuenta el tiempo transcurrido desde el suceso traumático, la edad de los participantes (factor que pudiera ser determinante por la funcionalidad del sistema inmune y nervioso y el metabolismo del individuo según la edad), el sexo de los participantes (a evaluar por las condiciones hormonales de hombres y mujeres) o la posible comorbilidad con otros trastornos.

Debe subrayarse que hubo resultados diversos y contradictorios en lo que atañe a las mediciones de cortisol: posiblemente las evaluaciones hormonales se alteran por la forma en la que se toma la muestra, la hora del día, la severidad de los síntomas, el sexo o el historial de eventos traumáticos, entre otros (Wessa y Rohleder, 2007), por lo que para futuros estudios se sugiere profundizar en las variaciones hormonales teniendo en cuenta las variables anteriormente mencionadas.

Una recomendación para investigaciones futuras es que se encaminen a determinar más factores predictores del estrés postraumático. Ya Sipahi et al. (2014) han hecho aportes sobre ciertos marcadores epigenéticos, como los sitios de dinucleótidos CpG, lo que sugiere que las secuencias de ADN necesarias en el potencial epigenético para desarrollar una gama de fenotipos en respuesta

a un trauma en los seres humanos (por ejemplo el TEPT o la resistencia) y en distintas especies de mamíferos tienen orígenes evolutivos muy arcaicos que sin embargo aún se conservan. Autores como Lian et al. (2014) encontraron que los acontecimientos vitales estresantes, el número de eventos traumáticos y el grado de apoyo social aumentan el riesgo del TEPT debido a la interacción con polimorfismos del gen relacionado con los receptores de glucocorticoides. Por su parte, Smith et al. (2011) hallaron relaciones entre la metilación del ADN y el TEPT.

También deberían de hacerse estudios que buscaran cambios neurobiológicos en las personas con el trastorno según el tipo de trauma vivido, lo que permitiría entender las posibles variaciones en su intensidad y cronicidad.

Para finalizar, en la presente revisión se da cuenta de distintas afectaciones inmunitarias en

personas con TEPT, lo que facilitaría los procesos de rehabilitación y la práctica clínica para distintos profesionales de la salud que resultarían en la mejoría de los pacientes con dicho trastorno. Adicionalmente a ello, se destaca que probablemente las personas con TEPT pueden recaer al sufrir afectaciones inmunitarias que, a su vez, generen condiciones de salud más delicadas, por lo que se sugiere que se intervenga a la mayor brevedad en el trastorno para prevenir efectos más drásticos en el nivel homeostático. Los presentes hallazgos aportan evidencias de la conexión directa que hay entre la salud mental y los procesos biológicos del organismo, en especial los sistemas nervioso e inmune; es, pues, una aportación a la psiconeuroinmunoendocrinología y apoya la necesidad del trabajo interdisciplinario entre los profesionales de la salud mental y la salud física.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Baker, D., Ekhtor, N., Kasckow, J., Hill, K., Zoumakis, E., Dashevsky, B., Chrousos, G. y Geraciotti, T. (2001). Plasma and cerebrospinal fluid interleukin-6 concentrations in posttraumatic stress disorder. *Neuroimmunomodulation*, 9, 209-217.
- Bonne, O., Vythilingam, M., Inagaki, M., Wood, S., Neumeister, A., Nugent, A., Snow, J., Luckenbaugh, D., Bain, E., Drevets, D. y Charney, D. (2008). Reduced posterior hippocampal volume in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1087-1091.
- Boscarino, J., Forsberg, C. y Goldberg, J. (2010). A twin study of the association between PTSD symptoms and rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 481-486. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d9a80c.
- Boscarino, J.A. (2008). A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among Vietnam veterans: Implications for surveillance and prevention. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 668-676. doi: 10.1097/PSY.0b013e31817bcaff.
- Canelones, P., Pocino, M., De Macedo, M., Cabrera, M., Villarino, C., Teran-Angel, G. y Castés, M. (2004). Estrés postraumático y depresión en respuesta a un desastre natural y su influencia sobre algunos parámetros inmunológicos. *Psiquiatria.com*, 8(2). Disponible en línea: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/33210/1/teran_estres.pdf.
- Chrousos, G. y Pervanidou, P. (2014). Stress and endocrine physiology. *Reference Module in Biomedical Research*. doi:10.1016/B978-0-12-801238-3.03751-X.
- Cohen, M., Meir, T., Klein, E., Volpin, G., Assaf, M. y Pollack, S. (2011). Cytokine levels as potential biomarkers for predicting the development of posttraumatic stress symptoms in casualties of accidents. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(2), 117-131. doi: 10.2190/PM.42.2.b.
- De Kloet, C.S., Vermetten, E., Geuze, E., Kavelaars, A., Heijnen, C.J. y Westenberg, H.G.M. (2006). Assessment of HPA-axis function in posttraumatic stress disorder: Pharmacological and non-pharmacological challenge tests, a review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 550-567. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.08.002.
- Delahanty, D., Raimonde, A. y Spoonster, E. (2000). Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biological Psychiatry*, 48(9), 940-947.
- Delahanty, D., Raimonde, A., Spoonster, E. y Cullado, M. (2003). Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 149-164.
- Geraciotti, T. (2001). Plasma and cerebrospinal fluid interleukin-6 concentrations in posttraumatic stress disorder. *Neuroimmunomodulation*, 9, 209-217.
- Gill, J. y Page, G. (2008). Low levels of cortisol and sIgA, high levels of DHEA-S, and high stimulated levels of TNF- α and IL-6 in women with PTSD. *Brain, Behavior and Immunity*, 22(4), 31. doi:10.1016/j.bbi.2008.04.101.

- Glover, D., Powers, M., Bergman, L., Smits, J., Telch, M. y Stube, M. (2003). Urinary dopamine and turn bias in traumatized women with and without PTSD symptoms. *Behavioural Brain Research*, 144, 137-141.
- Gola, H., Engler, H., Sommershof, A., Adenauer, H., Kolassa, S., Schedlowski, M., Groettrup, M., Elbert, T. y Kolassa, I. (2013). Posttraumatic stress disorder is associated with an enhanced spontaneous production of pro-inflammatory cytokines by peripheral blood mononuclear cells. *BMC Psychiatry*, 13(40), 1-8. doi: 10.1186/1471-244X-13-40.
- Gotovac, K., Vidović, A., Vukušić, H., Krčmar, T., Sabioncello, A., Rabatić, S. y Dekaris, D. (2010). Natural killer cell cytotoxicity and lymphocyte perforin expression in veterans with posttraumatic stress disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34, 597-604. doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.02.018.
- Hamner, M. y Diamond, B. (1993). Elevated plasma dopamine in posttraumatic stress disorder: a preliminary report. *Biological Psychiatry*, 33(4), 304-306.
- Heath, N., Chesney, S., Gerhart, J., Goldsmith, R., Luborsky, J., Stevens, N. y Hobfoll, S. (2013). Interpersonal violence, PTSD, and inflammation: Potential psychogenic pathways to higher C-reactive protein levels. *Cytokine*, 63, 172-178.
- Hovhannisyán, L., Mkrtychyan, G., Sukiasian, S. y Boyajyan, A. (2010). Alterations in the complement cascade in post-traumatic stress disorder. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 6(3), 2-5. doi: 10.1186/1710-1492-6-3.
- Ironson, G., Wynings, C., Schneiderman, N., Baum, A., Rodríguez, M., Greenwood, D., Benight, C., Antoni, M., Laperriere, A., Huang, H., Klimas, N. y Fletcher, M. (1997). Posttraumatic stress symptoms, intrusive thoughts, loss, and immune function after hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine*, 59(2), 128-141.
- Karl, A., Schaefer, M., Malta, L., Dorfel, D., Rohleder, N. y Werner, A. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 30(7), 1004-1031.
- Kubzansky, L., Koenen, K., Spiro, A., Vokonas, P. y Sparrow, D. (2007). Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the normative aging study. *Archives of General Psychiatry*, 64, 109-116.
- Levine, A., Levine, L. y Levine, B. (2014). Posttraumatic stress disorder and cardiometabolic disease. *Cardiology*, 127, 1-19. doi: 10.1159/000354910.
- Lian, Y., Xiao, J., Wang, Q., Ning, L., Guan, S., Ge, H., Li, F. y Liu, J. (2014). The relationship between glucocorticoid receptor polymorphisms, stressful life events, social support, and post-traumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*, 232(14), 1-10.
- Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, Ortiz T., M. y Jiménez, E. (2012). Cambios emocionales y alteraciones en la inmunoglobulina A (IgA) tras el tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Anales de Psicología*, 28(2), 397-404.
- Maes, M., Lin, A., Delmeire, L., van Gasten, A., Kenis, G., de Jongh, R. y Bosmans, E. (1999). Elevated serum Interleukin-6 (IL-6) and IL-6 receptor concentrations in posttraumatic stress disorder following accidental man-made traumatic events. *Biological Psychiatry*, 45, 833-839.
- Marsiglia, I. (2009). La psiconeuroinmunología: nueva visión sobre la salud y la enfermedad. *Gaceta Médica de Caracas*, 117(3), 183-195.
- Metzger, L., Carson, M., Lasko, N., Paulus, L., Orr, S., Pitman, R. y Yehuda, R. (2008). Basal and suppressed salivary cortisol in female Vietnam nurse veterans with and without PTSD. *Psychiatry Research*, 161, 330-335. doi: 10.1016/j.psychres.2008.04.020.
- Miller, A. (1998). Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 443-63.
- Mosca, D. y Banchero, M. (2003). Trastorno por estrés postraumático, alergia y dolor crónico: ¿Patologías comórbidas o intercambiables? Comunicación presentada en el 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Disponible en línea: <http://hdl.handle.net/10401/2700>.
- Newport, D. y Nemeroff, C. (2000). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 10(2), 211-218.
- O'Donovan, A., Cohen, B., Seal, K., Bertenthal, D., Margaretten, M., Nishimi, K. y Neylan, T. (2015). Elevated risk for autoimmune disorders in Iraq and Afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 77, 365-374.
- Pace, T. y Heim, C. (2011). A short review on the psychoneuroimmunology of posttraumatic stress disorder: From risk factors to medical comorbidities. *Brain, Behavior, and Immunity*, 25, 6-13.
- Pace, T., Wingenfeld, K., Schmidt, I., Meinlschmidt, G., Hellhammer, D. y Heim, C. (2012). Increased peripheral NF- κ B pathway activity in women with childhood abuse-related posttraumatic stress disorder. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 13-17. doi: 10.1016/j.bbi.2011.07.232.
- Pavón, L., Hernández, M., Loría, F. y Sandoval, G. (2004). Interacciones neuroendocrinoinmunológicas. *Salud Mental*, 27(3), 19-25.
- Raison, C. y Miller, A. (2003). When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1554-1565.
- Sánchez, M., González, R., Marsán, V. y Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología Inmunología y Hemoterapia*, 22(23). Disponible en línea: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892006000300001.
- Sapolsky, R. (2001). Atrophy of the hippocampus in posttraumatic stress disorder: how and when? *Hippocampus*, 11, 90-91.

- Seijas, R. (2013). Trastorno por estrés postraumático y cerebro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(19), 511-523.
- Shin, L., Shin, P., Heckers, S., Krangel, T., Mackli, M. y Orr, S. (2004). Hippocampal function in posttraumatic stress disorder. *Hippocampus*, 14, 292-300.
- Sipahi, L., Uddin, M., Hou, Z., Aiello, A., Koenen, K., Galea, S. y Wildman, D. (2014). Ancient evolutionary origins of epigenetic regulation associated with posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1-10. doi: 10.3389/fnhum.2014.00284.
- Smith, A., Conneely, K., Kilaru, V., Mercer, K., Weiss, T., Bradley, B., Tang, Y., Gillespie, C., Cubells, J. y Ressler, K. (2011). Differential immune system, DNA, methylation and cytokine regulation in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Medical Genetic & Neuropsychiatry Genetics*, 156B(6), 700-708. doi: 10.1002/ajmg.b31212.
- Smith, M. (2005). Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: A metaanalysis of structural MRI studies. *Hippocampus*, 15, 798-807.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., Wallaschofski, H., John U., Freyberger, H., Löwe, B. y Grabe, H. (2010). Association of posttraumatic stress disorder with low-grade elevation of C-reactive protein: Evidence from the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 15-21. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.06.002.
- Sutherland, A., Alexander, D. y Hutchison, J. (2003). Disturbance of pro-inflammatory cytokines in post-traumatic psychopathology. *Cytokine*, 24, 219-225.
- Vaccarino, V., Bremner, J., Afzal, N., Veledar, E. y Goldberg, J., (2010). Posttraumatic stress disorder is associated with higher C-reactive protein levels. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(10). doi: 10.1016/S0735-1097(10)61657-9.
- Vieweg, W.V., Julius, D.A., Fernandez, A. et al. (2006). Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment. *American Journal of Medicine*, 119, 383-390.
- von Kanel, R., Hepp, U., Kraemer, B., Traber, R., Keel, M., Mica, L. y Schnyder, U. (2007). Evidence for low-grade systemic proinflammatory activity in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41(9), 744-752. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.06.009.
- von Kanel, R., Hepp, U., Traber, R., Kraemer, B., Mica, L., Keel, M., Mausbach, B. y Schnyder, U. (2006). Measures of endothelial dysfunction in plasma of patients with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 158, 363-373. doi: 10.1016/j.psychres.2006.12.003.
- Wang, Z., Neylan, T., Mueller, S., Lenoci, M., Truran, D., Marmar, C., Weiner, M. y Schuff, N. (2010). Magnetic resonance imaging of hippocampal subfields in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 296-303. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.205.
- Wessa, M. y Rohleder, N. (2007). Endocrine and inflammatory alterations in post-traumatic stress disorder. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 2(1), 97-122. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1586/17446651.2.1.91>.
- Yehuda, R., Bierer, L., Schmeidler, J., Aferiat, D., Breslau, I. y Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of Holocaust survivors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1252-1259.
- Yehuda, R., McFarlane, M. y Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1305-1313.
- Yehuda, R., Southwick, S., Giller, E., Ma, X. y Mason, J. (1992). Urinary catecholamine excretion and severity of PTSD symptoms in Vietnam combat veterans. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 180(5), 321-325.
- Young, E. y Breslau, N. (2004). Cortisol and catecholamines in posttraumatic stress disorder: an epidemiologic community study. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 394-401.

Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana

Internal structure review of the trait subscale of the State-Trait Anxiety Inventory for young Spanish speakers

*Cecilia Silva, Ariana Hernández Medina,
Blanca Elizabeth Jiménez Cruz y Nayelli Alvarado¹*

RESUMEN

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado fue desarrollado por Ch. D. Spielberger y R. Díaz-Guerrero en 1975 y es ampliamente utilizado para evaluar la ansiedad en la práctica clínica y la investigación. En este trabajo se evaluó únicamente la subescala de rasgo para la revisión de su estructura interna, en lo cual participaron 3,458 estudiantes con edades de entre 14 y 23 años. El análisis de resultados mostró la necesidad de eliminar dos reactivos debido a su baja asociación con el puntaje total del instrumento, quedando en consecuencia dieciocho reactivos con una consistencia interna adecuada. Se encontró que los adolescentes mostraron niveles más elevados de ansiedad-rasgo que los jóvenes, y que las mujeres, sin importar su rango de edad, reportaron más ansiedad que los varones. Se concluye que la subescala de rasgo del instrumento es confiable para evaluar a jóvenes de habla hispana.

Palabras clave: IDARE; Ansiedad; Estructura interna; Confiabilización; Adolescentes; Jóvenes de habla hispana.

ABSTRACT

The Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory developed by Spielberger and Diaz-Guerrero in 1975 has been widely used for assessing anxiety in both clinical practice and research. The present study assessed the internal structure of the trait subscale alone. A total of 3458 students aged between 14 and 23 years participated. Results showed the need to eliminate two items due to their low association with the instrument total score, thus resulting in eighteen items with adequate internal consistency. Adolescents showed higher levels of anxiety than other participants and women reported more anxiety than men, regardless of their age. It is concluded that the trait subscale of the instrument is reliable for evaluating young Spanish speaking populations.

Keywords: STAI; Anxiety; Internal structure; Reliability; Adolescents; Young Spanish speakers.

¹ Facultad de Psicología, Edificio D Posgrado, Cubículo 12, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Colonia Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México, correo electrónico: csilva@posgrado.unam.mx. Artículo recibido el 19 de junio y aceptado el 9 de octubre de 2015.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una reacción emocional escasamente controlable por parte del individuo. La caracteriza la preocupación o inquietud excesiva sobre situaciones que tienen resultados inciertos (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2010). La diferencia entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última se apunala en valoraciones irreales de amenaza y es de larga duración e intensidad, por lo que se vuelve difícil de controlar (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

De acuerdo con Martínez et al. (2010), la ansiedad tiene dos componentes: somático (p.e., elevación de la frecuencia cardíaca, respiración acelerada, sudoración, tensión muscular, etc.) y cognoscitivo-conductual y afectivo (p.e., miedo a perder el control, ideas catastróficas, deseo de huir, etc.). Dichos síntomas impactan en el proceso de pensamiento, el control ejecutivo, la atención, la memoria, la percepción temporal, espacial y física, al igual que en las esferas familiar, académica o laboral de la persona (Chapell et al., 2005; Hoffman, Dukes y Wittchen, 2008; Mazzone et al., 2007; Vitasaria, Abdul Wahab, Othman, Herawan y Kumar, 2010).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en población mexicana se reporta la ansiedad como uno de los trastornos más frecuentes en adultos de 18 a 65 años y en adolescentes de 12 a 17 años (Benjet, Medina-Mora, Borges, Zambrano y Aguilar, 2009; Medina-Mora et al., 2003).

Debido a la utilidad clínica que representa evaluar la ansiedad, se han creado diversos instrumentos, como el Inventario S-R de la Ansiedad sobre Base de Situación de Reacción, la Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15), la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Ansiedad de Covi y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), entre otros (Galicia y Segundo, 2007). En la presente investigación se trabajó con el IDARE (versión en español del STAI [State-Trait Anxiety Inventory]), desarrollado por Spielberger y Gorsuch (1964) y mejorado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs (1983) y Spielberger y Díaz-Guerrero (1975).

La construcción del IDARE se basa en el modelo de Spielberger, el cual postula que la ansiedad está constituida por dos facetas teóricamente independientes: un factor de personalidad que comprende las diferencias individuales relativamente estables para responder ante situaciones percibidas como amenazantes (ansiedad-rasgo), y un segundo factor (ansiedad-estado) que implica un periodo transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión y aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad (Guillén y Buela, 2011; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

En un inicio, en el proceso del desarrollo del inventario se aplicaron tres escalas de ansiedad a estudiantes de primer año en la Universidad de Vanderbilt: el Manifest Anxiety Scale (Taylor, 1953), el Anxiety Scale (Welsh, 1956) y el IPAT Anxiety Scale (Cattell y Scheier, 1963). Posteriormente, los reactivos se modificaron en su forma, de tal modo que pudiesen ser utilizados para medir tanto la ansiedad-rasgo como la ansiedad-estado, y fueron aplicados a otros grupos de universitarios de los últimos grados. El IDARE fue subsecuentemente modificado debido a que sus propiedades psicológicas interferían en la medición adecuada de la ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, llevándose a cabo varias aplicaciones a muestras de universitarios de primer año y a estudiantes no graduados. Durante este proceso, se construyeron las formas A y B del IDARE. Esta última fue revisada y aplicada a estudiantes de la Universidad Estatal de Florida a fin de contar con los primeros datos normativos (cf. Spielberger et al., 1970). Más adelante, el contenido de los reactivos volvió a revisarse y resultaron las escalas SXR (ansiedad-rasgo) y SXE (ansiedad-estado) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Spielberger et al. (1983) publicaron otro manual con una nueva versión del IDARE (forma Y); sin embargo, la forma X continuó siendo empleada en diversos estudios durante los años 90 al tenerse evidencia suficiente de su validez y confiabilidad.

Bajo diferentes situaciones experimentales, se obtuvo una confiabilidad test-retest alta en la subescala de ansiedad-rasgo (entre 0.73 y 0.86), en tanto que esta forma de ansiedad suele ser relativamente estable al paso del tiempo; en cambio, la estabilidad de la subescala ansiedad-estado tiende

a ser baja, ya que dicho puntaje se ve modificado por factores situacionales en un momento determinado, razón por la cual los autores obtuvieron valores de entre 0.16 y 0.54 (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). En un metaanálisis de más de cincuenta artículos, Barnes, Harp y Jung (2002) observaron que para evaluar la confiabilidad del instrumento es más adecuado utilizar el coeficiente alfa de Cronbach, toda vez que determina la consistencia interna del instrumento y no se ve afectado por el paso del tiempo entre una aplicación y otra. En dicha revisión, los autores encontraron valores alfa próximos a .90 en ambas subescalas del instrumento.

En lo referente a la estructura interna del IDARE, se ha reportado una solución tridimensional (emoción, bienestar con preocupación y auto-desprecio) o mixta (Suzuki, Tsukamoto y Abe, 2000; Virella, Arbona y Novy, 1994); no obstante, en estudios más recientes se ha respaldado empíricamente la estructura tetradimensional, compuesta por los factores de ansiedad-estado afirmativo, ansiedad-estado negativo, ansiedad-rasgo afirmativo y ansiedad-rasgo negativo (Fonseca, Paino, Sierra, Lemos y Muñoz, 2012; Guillén y Buela, 2011; Hishinuma, Miyamoto, Nishimura y Nahulu, 2000). Es por ello que se ha planteado que la estructura dimensional del IDARE está determinada por la naturaleza de sus reactivos en virtud de que están formulados en términos afirmativos y negativos para evitar la aquiescencia, lo que hace pensar que los factores resultantes podrían ser un sesgo de medición y, por consiguiente, cuestionable su valor empírico (Vautier y Pohl, 2009; Vigneau y Cormier, 2008).

Dicho instrumento ha mostrado un buen funcionamiento en la población general y en pacientes con diferentes patologías físicas y psicológicas (Guillén y Buela, 2014; Rossi y Pourtois, 2012; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Se han creado versiones breves y se reportan más de sesenta adaptaciones culturales y lingüísticas realizadas en Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Italia y Turquía. Se ha observado que el IDARE es un instrumento fiable al momento de evaluar los niveles de ansiedad en pacientes que la sufren, y asimismo que es sensible al detectar niveles superiores de ansiedad (rasgo y estado) de los mismos a través de sus diferentes formas y en diversos países (Guillén y Buela, 2014).

En México, la validación del inventario fue realizada por los mismos Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). Galicia y Segundo (2007) realizaron un estudio para obtener la validez del IDARE y las respectivas normas para estudiantes de secundaria mexicanos de entre 12 y 15 años. Los resultados mostraron que el instrumento posee un buen poder discriminativo en la evaluación de la ansiedad, así como una adecuada validez y consistencia interna (α de ansiedad-rasgo de 0.91 y α de ansiedad-estado de 0.92). En la subescala de ansiedad-estado no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres, mientras que en la de ansiedad-rasgo sí las hubo, siendo las mujeres quienes alcanzaron las puntuaciones más elevadas.

Se ha observado que el IDARE es un autoinforme sencillo y útil para la valoración de la sintomatología ansiosa, no sólo en el campo clínico sino también en la investigación, especialmente en lo que se refiere a la subescala de ansiedad-rasgo. Diversos estudios han explorado los niveles de dicha subescala en relación con otras variables, encontrando que las puntuaciones elevadas están asociadas con los estilos de personalidad (p.e., indecisión, introversión, sumisión y descontento) (Siabato, Forero y Paguay, 2013), la falta de ajuste emocional a enfermedades crónicas (Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006), el síndrome de disfunción temporomandibular (Castillo, Reyes, González y Machado, 2001), la depresión (Méndez, Giraldo, Aguirre y Lopera, 2010), el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria (Jiménez y Silva, 2008, 2010), el exceso de ingesta (Cofré, Angulo y Riquelme, 2014), las disfunciones sexuales femeninas (p.e., excitación y dispareunia) (Sánchez, Carreño, Espíndola y Anzures, 2007), la infección por VPH en mujeres (Meza et al., 2008) y los patrones de consumo de tabaco (Urdapilleta et al., 2010), entre otras. Asimismo, Fisher y Durham (1999) sugieren la evaluación de la ansiedad-rasgo para medir la eficacia del tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada.

No obstante el buen funcionamiento del instrumento, es importante considerar que fue creado hace ya cuatro décadas, lo que hace indispensable su revisión a fin de corroborar su estabilidad a través del tiempo. Este trabajo se centra específicamente en la subescala de ansiedad-rasgo al ser una medida más estable. Dado lo anterior, el objetivo gene-

ral fue revisar la estructura interna de la subescala Rasgo del IDARE. Los objetivos específicos consistieron en obtener la validez de constructo mediante análisis factorial y la consistencia interna para la totalidad de la subescala mediante el coeficiente alfa de Cronbach, así como explorar las posibles diferencias en los puntajes de la ansiedad-rasgo por sexo y por rango de edad.

El trabajo se realizó con población adolescente y joven en virtud de la prevalencia de la ansiedad en población no clínica de estos grupos de edad (Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Benjet et al., 2009; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Fonseca et al., 2012; Ozen, Ercan, Irgil y Sigirli, 2010; Romero et al., 2010).

MÉTODO

Participantes

Se obtuvo el consentimiento informado de 3,458 adolescentes y jóvenes, de 14 a 18 años de edad y de 19 a 23 años, respectivamente. De ellos, 54.6% fueron mujeres y 45.4% hombres, con una edad media de 17.28 (D.E. = 2.61), los cuales fueron invitados a participar en diferentes centros de estudio de la Ciudad de México. El 1.82% de los participantes contaba con secundaria, 62.89% con bachillerato y 35.29% con licenciatura. La aplicación de instrumento fue conducida por los psicólogos responsables de la investigación y realizada dentro de las instalaciones escolares donde se captó a los participantes.

Instrumento

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en la versión en español del STAI (State-Trait Anxiety Inventory) hecha por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). Según el objetivo de esta investigación, se aplicó únicamente la subescala de rasgo, que comprende veinte reactivos diseñados para evaluar la ansiedad como rasgo (“en general, en la mayoría de las ocasiones”). Cada reactivo se responde mediante una escala Likert de cuatro puntos y se evalúa según la frecuencia (1 = Casi nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Frecuentemente y 4 = Casi siempre). La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80.

Procedimiento

Como parte de diversos proyectos de investigación coordinados por psicólogos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se acudió a escuelas y universidades y se obtuvieron los permisos correspondientes para realizar las aplicaciones.

Cada psicólogo responsable de la investigación obtuvo el consentimiento informado de los participantes y llevó a cabo las aplicaciones de manera individual o grupal, según el caso. Tras la aplicación a los 3,458 participantes, se efectuó la captura de datos en el paquete estadístico SPSS, versión 19.0, y se analizaron las propiedades psicométricas del instrumento siguiendo el procedimiento sugerido por Nunnally y Bernstein (1994). Los análisis estadísticos que se llevaron a cabo fueron, a saber: análisis de frecuencias, *t* de Student para muestras independientes, análisis factorial exploratorio, obtención de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach para la totalidad de la subescala de rasgo, y finalmente se realizó un ANOVA factorial de 2 x 2.

RESULTADOS

Análisis psicométrico

El análisis de frecuencias inicial mostró una distribución normal en los veinte reactivos. A continuación, se calculó la sumatoria de todos ellos, y a partir del resultado de esta suma se creó una nueva variable que organizara los puntajes en cuartiles. Tomando como grupos extremos los cuartiles inferior y superior, se hizo un análisis mediante la prueba *t* de Student para verificar el poder de discriminación de cada reactivo entre grupos extremos. Se observó que todos los reactivos discriminaron entre grupos, por lo que no se eliminó ninguno (Tabla 1).

Hecho lo anterior, se revisó la correlación de cada reactivo con el total del instrumento, encontrándose que el reactivo 4 (“Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo”) correlacionó con un puntaje bajo y con carga negativa ($r = -.062$), por lo que se eliminó del instrumento. De forma similar, el reactivo 14 (“Procuró evitar enfrentarme a las crisis y dificultades”) correlacionó bajo

Tabla 1. Pruebas t de Student para diferencias entre grupos extremos.

REACTIVOS	<i>t</i>	<i>gl</i>	Grupo bajo <i>M (D.E.)</i>	Grupo alto <i>M (D.E.)</i>
1. Me siento bien.	-38.50**	1511.8	1.29 (.507)	2.51 (.830)
2. Me canso rápidamente.	-23.68**	1669.7	1.62 (.619)	2.43 (.860)
3. Siento ganas de llorar.	-31.57**	1415.1	1.28 (.489)	2.33 (.891)
4. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	-3.02**	1843.5	2.33 (1.324)	2.49 (1.025)
5. Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente.	-29.30**	1650.3	1.62 (.642)	2.68 (.911)
6. Me siento descansado(a).	-22.80**	1909.0	2.11 (.816)	2.96 (.820)
7. Soy una persona “serena, tranquila y sosegada”.	-22.31**	1854.9	1.90 (.828)	2.80 (.921)
8. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.	-37.79**	1511.3	1.38 (.543)	2.66 (.888)
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	-40.19**	1660.0	1.48 (.634)	2.91 (.891)
10. Soy feliz.	-38.29**	1320.2	1.20 (.465)	2.53 (.954)
11. Tomo las cosas muy a pecho.	-29.38**	1710.6	1.65 (.727)	2.81 (.968)
12. Me falta confianza en mí mismo(a).	-42.39**	1534.3	1.34 (.599)	2.90 (.958)
13. Me siento seguro(a).	-39.73**	1814.2	1.44 (.696)	2.83 (.823)
14. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.	-10.72**	1894.6	2.23 (1.040)	2.70 (.893)
15. Me siento melancólico(a).	-32.77**	1451.3	1.28 (.528)	2.41 (.921)
16. Me siento satisfecho(a).	-38.80**	1797.8	1.52 (.642)	2.79 (.776)
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.	-35.00**	1554.7	1.41 (.592)	2.66 (.925)
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.	-33.35**	1589.4	1.38 (.658)	2.67 (.992)
19. Soy una persona estable.	-39.82**	1666.0	1.43 (.614)	2.79 (.856)
20. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a).	-38.17**	1721.6	1.67 (.685)	3.07 (.902)

** $p < .01$

($r = .085$), por lo que también se eliminó. Los 18 reactivos restantes correlacionaron con cargas superiores a .30 con el puntaje total del instrumento.

Enseguida, se exploró si esos 18 reactivos eran factorizables. Se obtuvo un valor KMO de .902 y una prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p < .01$), razón por la cual se procedió a la factorización del instrumento. El método empleado fue el de componentes principales, llevándose a cabo una rotación varimax de los reactivos. Los reactivos 2 (“Me canso rápidamente”), 5 (“Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente”) y 11 (“Tomo las cosas muy a pecho”) se eliminaron debido a que obtuvieron valores de extracción menores a .40. No obstante, la solución final mostró que si bien se explica 54.86% de la varianza, se conformaron tres factores en los que dos de ellos se aglutinan en función de la direccionalidad de los enunciados (Tabla 2). En el primer factor se in-

cluyen aquellos enunciados planteados de manera negativa; en el segundo, los redactados de forma positiva, y en el tercero solo quedan dos reactivos: el 7 (“Soy una persona ‘serena, tranquila y sosegada’”) y el 6 (“Me siento descansado[a]”).

Debido a que la agrupación de los factores ocurrió principalmente en función del sentido de la redacción de los reactivos, se decidió conservar el instrumento unifactorial considerando todos los reactivos, excepto el 4 y el 14 eliminados inicialmente. De esa forma, los 18 reactivos del instrumento obtuvieron un valor α de Cronbach de .864. En la Tabla 3 se reportan cada uno de los 18 reactivos y su respectivo coeficiente alfa si se elimina el elemento; se puede observar que si se elimina el reactivo 7 (“Soy una persona serena, tranquila y sosegada”) el alfa aumentaría únicamente a .865; sin embargo, se decidió conservarlo al no mostrar gran mejora en el valor de alfa.

Tabla 2. Matriz de configuración (cargas factoriales) y comunalidades.

REACTIVOS	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Comunalidades
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	.699	.090	.061	.500
20. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a).	.684	.020	.185	.503
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.	.668	.044	.114	.460
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.	.660	.025	.171	.466
8. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.	.655	.147	.068	.455
3. Siento ganas de llorar.	.643	.196	-.020	.453
15. Me siento melancólico(a).	.624	.232	-.032	.444
12. Me falta confianza en mí mismo(a).	.583	.348	-.087	.468
10. Soy feliz.	.080	.859	.058	.748
1. Me siento bien.	.112	.836	.093	.721
16. Me siento satisfecho(a).	.149	.745	.220	.626
13. Me siento seguro(a).	.215	.735	.068	.590
19. Soy una persona estable.	.176	.683	.321	.601
7. Soy una persona serena, tranquila y sosegada.	.055	.209	.779	.653
6. Me siento descansado(a).	.143	.171	.701	.542

Tabla 3. Datos estadísticos total-elemento.

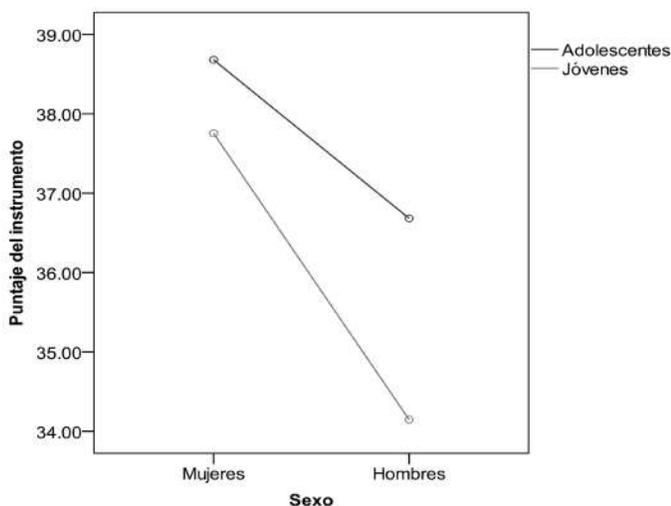
REACTIVOS	Alfa de Cronbach (si se elimina el elemento)
1. Me siento bien.	.856
2. Me canso rápidamente.	.862
3. Siento ganas de llorar.	.857
5. Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente.	.859
6. Me siento descansado(a).	.863
7. Soy una persona serena, tranquila y sosegada.	.865
8. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.	.856
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	.855
10. Soy feliz.	.857
11. Tomo las cosas muy a pecho.	.860
12. Me falta confianza en mí mismo(a).	.854
13. Me siento seguro(a).	.855
15. Me siento melancólico(a).	.856
16. Me siento satisfecho(a).	.855
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.	.857
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.	.857
19. Soy una persona estable.	.855
20. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a).	.857

Finalmente, se exploró si había diferencias por sexo y por edad, para lo cual se conformó a los partici-

pantes en dos grupos: adolescentes (14 a 18 años) y jóvenes (19 a 23 años). Por medio de una ANOVA

factorial de 2 (sexo) x 2 (edad) se encontró interacción entre las variables ($F[3, 3454] = 31.650$, $p < .001$), de tal forma que las mujeres alcanzaron puntajes más altos de ansiedad que los hombres. Se observa que los adolescentes, tanto mujeres ($M = 38.69$; $DE = 9.3$) como hombres ($M = 36.68$; $DE = 8.4$), reportaron puntajes más elevados de ansiedad que las mujeres jóvenes ($M = 37.75$; $DE = 9.5$) y los hombres jóvenes ($M = 34.15$; $DE = 8.5$). Así, los puntajes más altos tendieron a corresponder a mujeres adolescentes y los más bajos a hombres jóvenes (Figura 1).

Figura 1. Puntajes de ansiedad rasgo en función del sexo y la edad.



DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con el propósito de revisar la estructura interna de la subescala de rasgo del IDARE a fin de corroborar su estabilidad a través del tiempo, toda vez que sigue siendo ampliamente utilizada para evaluar la ansiedad en situaciones percibidas como amenazantes (Guillén y Buéla, 2011; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). La población elegida fueron adolescentes y jóvenes, dada la prevalencia de ansiedad en estos grupos (Balanza et al., 2009; Benjet et al., 2009; Costello et al., 2003; Fonseca et al., 2012; Ozen et al., 2010; Romero et al., 2010).

En el proceso de confiabilización se observó una distribución normal de los veinte reactivos, corroborándose que todos discriminaron entre grupos con puntajes altos y bajos de ansiedad. No obstan-

te, al revisar la correlación entre cada reactivo y el puntaje total, dos de los reactivos obtuvieron índices de correlación muy bajos ($< .10$), por lo cual se eliminaron del instrumento, cuya factorización se realizó con los dieciocho reactivos restantes, observándose que tendieron a agruparse únicamente en función de los términos de redacción afirmativos y negativos. Dado que todos los reactivos se califican en el sentido de “a mayor indicador de ansiedad, mayor puntaje”, se decidió conservar la subescala como unifactorial, ya que los reactivos no se agruparon de una manera que reflejara conceptos teóricos distintos. Tal como se ha reportado en estudios previos, en los que se han aplicado ambas subescalas (rasgo y estado) y realizado modelos de ecuaciones estructurales, se ha corroborado que parecen medir construcciones bipolares en cuanto a una polarización afirmativa y negativa de los reactivos (Vautier y Pohl, 2009; Vigneau y Cormier, 2008).

Así, los dieciocho reactivos del instrumento arrojaron un alto grado de consistencia interna ($\alpha = .864$), que es similar al obtenido en investigaciones realizadas en México (Galicia y Segundo, 2007; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975) y en otros países (Barnes et al., 2002; Fonseca et al., 2012; Guillén y Buéla, 2014), en las cuales se han obtenido valores cercanos o incluso superiores a .90.

Como parte de un último objetivo específico, se exploró si existían diferencias por sexo y por edad, encontrándose que las mujeres alcanzaron puntajes más altos de ansiedad-rasgo que los hombres, lo que concuerda con lo reportado en la literatura (Galicia y Segundo, 2007; Guillén y Buéla, 2011; Tifner, de Bortoli y Pérez, 2006). Respecto al grupo de edad, los adolescentes obtuvieron puntuaciones más elevadas de ansiedad-rasgo que los jóvenes, siendo las mujeres de ese grupo las que tuvieron un mayor puntaje. Ello puede deberse a que en la etapa de la adolescencia se atraviesa por diversos cambios físicos y psicológicos que pueden generar ansiedad, como tener un ideal corporal percibido como alejado de la norma, o percibir presión social para tener una cierta apariencia física (Cash, Phillips, Santos y Hrabosky, 2004; Esnaola, 2005; Jiménez y Silva, 2010; Salazar, 2008). En cambio, la imagen corporal de los varones suele ser más positiva que la que asumen las mujeres (Shaffer, 2000). Otra explicación de las diferencias

sexuales señaladas puede deberse a que uno de los temores propios de la adolescencia es la adecuación social (Ozen et al., 2010; Ruiz y Lago, 2005).

A partir de los resultados de este estudio, se concluye que la subescala de ansiedad-rasgo del IDARE para adolescentes y jóvenes mexicanos cuenta con una confiabilidad adecuada, así como una distribución de datos normal y una consistencia interna elevada, de acuerdo a la teoría que le subyace (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

Una primera limitación de este trabajo es que no se aplicó el instrumento completo, por lo que carece de la revisión de la estructura interna de la subescala de ansiedad-estado. Por otro lado, tampoco se aplicó un instrumento de ansiedad adicional que permitiera estadificar los niveles de ansiedad clínicamente significativos. Una tercera

limitación es que la subescala de ansiedad-rasgo se aplicó en centros de estudio, lo que no permite la generalización de estos resultados en una muestra con baja escolaridad o sin ella.

Para investigaciones futuras, se sugiere trabajar con el inventario completo y analizar las características psicométricas que incluye revisar los criterios de validez para la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. Asimismo, resultaría útil realizar el estudio en otros grupos etarios para observar si existen diferencias por sexo conforme aumenta la edad, a fin de contar con una actualización de las puntuaciones normalizadas en cada subescala, o llevarlo a cabo en poblaciones con diferentes grados de estudios. Finalmente, se sugiere probar la utilidad del instrumento en la práctica clínica y en el campo de la investigación.

REFERENCIAS

- Balanza, S., Morales M., I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clinica y Salud*, 20(2), 177-187.
- Barnes, L.L.B., Harp, D. y Jung, W.S. (2002). Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Education and Psychological Measurement*, 62, 603-618.
- Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Zambrano, J. y Aguilar G., S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Cash, T., Phillips, K., Santos, M. y Hrabosky, J. (2004). Measuring 'negative body image': Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1(4), 363-372.
- Castillo, R., Reyes, A., González, M. y Machado, M. (2001). Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 16(1), 14-23.
- Cattell, R.B. y Scheier, I.H. (1963). *Handbook for the IPAT Anxiety Scale* (2nd ed.). Champaign, IL.: Institute for Personality and Ability Testing.
- Chapell, M.S., Blanding, Z.B., Silverstein, M.E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A. y McCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology*, 97(2), 268-274.
- Cofré, A., Angulo D., P. y Riquelme M., E. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa Psicológica UST*, 11(1), 89-98.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Esnaola, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(135), 5-22.
- Fisher, P.L. y Durham, R.C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: Analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29(6), 1425-1434.
- Fonseca P., E., Paino, M., Sierra B., S., Lemos G., S. y Muñoz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- Galicia S., T. y Segundo, P. (2007). *Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos de la Delegación Xochimilco*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM.
- Guillén R., A. y Buela C., G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Guillén R., A. y Buela C., G. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 101-112.

- Hishinuma, E.S., Miyamoto, R.H., Nishimura, S.T. y Nahulu, L.B. (2000). Differences in State-Trait Anxiety Inventory scores for ethnically diverse adolescents in Hawaii. *Cultural Diversity and Ethnic Minority*, 6, 73-83.
- Hoffman, D.L., Dukes, E.M. y Wittchen, H.U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 72-90.
- Jiménez C., B.E. y Silva G., C. (2008). Niveles de ansiedad y depresión tras la exposición breve a imágenes publicitarias en relación con el índice de masa corporal y las actitudes hacia el peso y la alimentación en un grupo de mujeres universitarias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 89-98.
- Jiménez C., B.E. y Silva G., C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 26(1), 11-17.
- Martínez A., L., Fernández, C., Navarro I., G. y Martínez M., O. (2010). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En R. E. Ulloa, C. Fernández, H. D. Gómez, J. Ramírez y J. C. Reséndiz (Eds.): *Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"* (pp. 113-149). México: PSICOFARMA.
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M.C., Passaniti, E., D'Arrigo, V.G. y Vitiello, B. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BMC Public Health*, 7, 347.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. y Aguilar G., S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre A., D. y Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2), 137-145.
- Meza, M., Carreño, J., Morales, F., Aranda, C., Sánchez, C. y Espíndola, J.G. (2008). Condición emocional de las pacientes con infección por virus del papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(3), 168-173.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, J. (1994). *Psychometric theory* (3th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Ozen, N.S., Ercan, I., Irgil, E. y Sigirli, D. (2010). Anxiety prevalence and affecting factors among university students. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 22(1), 127-133.
- Romero, K., Canals, J., Hernández M., C., Claustre, M., Viñas, F. y Domènech L., E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Rossi, V. y Pourtois, G. (2012). Transient state-dependent fluctuations in anxiety measured using STAI, POMS, PANAS or VAS: A comparative review. *Anxiety Stress Coping*, 25(6), 603-645.
- Ruiz A., M. y Lago P., B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En AEPaped (Ed.): *Curso de Actualización en Pediatría 2005* (pp. 265-280). Madrid: Exlibris Ediciones.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Sánchez, C., Carreño, J., Espíndola, J.G. y Anzures, A. (2007). Las distintas disfunciones sexuales femeninas y la relación con ansiedad rasgo-estado. *Psicología Iberoamericana*, 15(1), 52-59.
- Sánchez, M., Aparicio, M. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 584-590.
- Shaffer, D.R. (2000). *Psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia* (5ª ed.). México: Thomson.
- Siabato, E.F., Forero, I.X. y Paguay, O.C. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 7(2), 87-98.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Spielberger, C.D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). *State Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Suzuki, T., Tsukamoto, K. y Abe, K. (2000). Characteristics factor structures of the Japanese version of the State-Trait Anxiety Inventory: coexistence of positive-negative and state-trait factor structures. *Journal of Personality Assessment*, 74, 447-458.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- Tifner, S., De Bortoli, M.A. y Pérez, T. (2006). El rendimiento escolar vinculado a variables nutricionales y psicológicas en estudiantes de una zona socioeconómicamente humilde de la ciudad de San Luis, Argentina. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(1), 143-152.
- Urdapilleta H., E.C., Sansores R., H., Ramírez V., A., Guzmán B., S.A., Ayala G., F., Haro V., R. y Moreno C., A. (2010). Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Pública de México*, 52(2), 120-128.
- Vautier, S. y Pohl, S. (2009). Do balanced scales assess bipolar constructs? The case of the STAI scales. *Psychological Assessment*, 21, 187-193.

- Vigneau, F. y Cormier, S. (2008). The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory: An alternative view. *Journal of Personality Assessment*, 90, 280-285.
- Virella, B., Arbona, C. y Novy, D.M. (1994). Psychometric properties and factor structure of the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 63, 401-412.
- Vitasaria, P., Abdul Wahab, M., Othman, A., Herawan, T. y Kumar, S. (2010). The relationship between study anxiety and academic performance among engineering students. *Proceedings of Social and Behavioral Sciences*, 8, 490-497.
- Welsh, G.S. (1956). Factor dimensions A and R. En G. S. Welsh y W. Dahlstrom (Eds.): *Basic readings on the MMPI in psychology and medicine*. Minneapolis, MIN: University of Minnesota Press.

Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana

Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R) in Mexican population

Óscar Galindo Vázquez^{1,2}, Liliana Rivera Fong^{2,3},
Abel Lerma Talamantes⁴ y Juan Jiménez Flores⁵

RESUMEN

La solución de problemas es una estrategia necesaria para la adaptación funcional del individuo en diferentes circunstancias de la vida, ya sea ante eventos estresantes agudos o crónicos. El objetivo de este trabajo fue determinar las propiedades psicométricas de la versión corta del Inventario de Resolución de Problemas Sociales-Revisado en una muestra por disponibilidad de universitarios mexicanos. Participaron 330 estudiantes de una universidad pública y una privada, de los cuales 283 fueron mujeres y 92 hombres, con una edad promedio de 22 años. Los participantes contestaron, además del SPSI-R, el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen. El análisis factorial identificó cuatro factores que conforman un instrumento con 25 ítems, con una estructura similar a la versión original. La consistencia interna de la escala global mostró un índice satisfactorio. Los coeficientes alfa de Cronbach de las subescalas tuvieron un valor que explica 50.22% de la varianza. La validez concurrente mostró resultados significativos. Los autores concluyen que el SPSI-R en una muestra de población mexicana mostró características psicométricas adecuadas, obteniéndose cuatro factores. La relevancia de los resultados obtenidos radica en que se trata de un instrumento que determina diferentes estrategias para resolver eventos estresantes.

Palabras clave: Ansioso e impulsivo/descuidado y evitativo-depresivo; Resolución racional de problemas; Población mexicana; Propiedades psicométricas.

ABSTRACT

Problem solving is a necessary strategy for the functional adaptation of the individual in widely diverse circumstances of life, for either acute or chronic stressful events. The objective of the present study was to determine the psychometric properties of the short version of the Social Problem Solving Inventory-Revised, SPSI-R in a by-availability sample of Mexican university students. A total of 330 students from a public and a private university participated, including 283 females and 92 males with an average age of 22.12 years. Participants answered both the SPSI-R Inventory and the Troubleshooting Inventory of Heppner and Petersen's. Factor analysis identified four factors and an additional indicator. Items ended up composing an instrument of 26 items, similar to those of

¹ Servicio de Psico-oncología, Instituto Nacional de Cancerología, Ignacio Allende s/n esq. Tlalpan, Del. Tlalpan, Tlalpan, Belisario Domínguez Sección 16, 14080 Ciudad de México, México. Correspondencia: Dr. Oscar Galindo Vázquez, Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28-04-00, ext. 41, correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx. Los autores agradecen a la Dra. Corina Benjet la revisión del manuscrito. Artículo recibido el 11 de mayo y aceptado el 6 de agosto de 2015.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

³ Universidad Latina, Av. San José de Torres No. 100, Col. de Torres, San José, Rancho Seco, Celaya, Gto., México.

⁴ Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Calle Sierra Mojada 950, Independencia Oriente, 44340 Guadalajara, Jal., México.

⁵ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Guelatao 66, Col. Ejército de Oriente, Del. Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, México.

the original structure. The internal consistency of the overall scale showed a satisfactory index. The Cronbach's alpha coefficients for the subscales ranged between .88 and .63, which explain 50.22% of the variance. Concurrent validity showed also significant results. The authors conclude that in a Mexican population sample, the SPSSI-R inventory showed adequate psychometric features including four consistent factors. Results point toward an instrument useful to determine different strategies to solve stressful events.

Keywords: Anxious and impulsive/careless and avoidant-depressive; Rational solution; Mexican population; Psychometric properties.

INTRODUCCIÓN

La teoría de solución de problemas se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social; en ella se afirma que la gente reacciona y maneja sus vidas de acuerdo a la evaluación que hace de las situaciones sociales y a las habilidades que posee para manejarlas (Areán, 2000); como terapia, es una intervención psicológica fundamentada en los modelos biopsicosocial y de estrés-distrés, cuyo enfoque forma parte de la terapia cognitivo-conductual y que busca entrenar a los sujetos en habilidades que les permitan afrontar los estresores que se presenten a lo largo de la vida y resolver los problemas que estos ocasionan con el mayor éxito posible (Nezu, Nezu y D'Zurilla, 2013).

Su relevancia en la salud mental radica en que las personas que poseen habilidades relativas a la solución de problemas (SP), esto es, para manejar adecuadamente las situaciones calificadas como acontecimientos difíciles y problemas interpersonales y sociales, tienen una mayor adaptación psicosocial y una menor probabilidad de sufrir depresión que aquellas que carecen de tales competencias (Nezu, 1986; Sigmon, Hotovy y Trask, 1996). Además, esa carencia es un elemento clave en el desarrollo, mantenimiento y desenlace de la conducta suicida (Eskin, Ertekin y Demir, 2008; Nezu y Ronan, 1988; Pollock y Williams, 2004; Reinecke, DuBois y Schultz, 2001). Así, la SP es una habilidad necesaria para la adaptación vital del individuo (D'Zurilla y Nezu, 1982) ya que le permite ser más flexible para ajustarse a las diferen-

tes circunstancias sociales a las que se enfrenta (Quevedo y Abella, 2002).

De acuerdo a Bell y D'Zurilla (2009), el modelo de resolución de problemas (RP) consta de dos componentes parcialmente independientes: *a)* la orientación al problema, que es un proceso metacognitivo que inicialmente cumple una función motivacional en la solución de problemas sociales, que refleja la evaluación que hace una persona y la conciencia que tiene acerca de los problemas cotidianos y de su propia habilidad para resolverlos, y *b)* el estilo para resolver problemas, que refleja las cogniciones y conductas puestas en marcha por la persona para entender y buscar soluciones o estilos de afrontamiento efectivos para resolver los problemas cotidianos (D'Zurilla y Nezu, 1982, 2007).

Bajo estos principios, los objetivos particulares de la terapia de solución de problemas son dos. Por una parte, desarrollar una orientación positiva hacia los problemas; considerando el estimular una disposición general para evaluar los problemas como una oportunidad de desarrollo o crecimiento, mantener la creencia de que los problemas pueden ser resueltos y lograr que la persona cuente con las habilidades necesarias para resolver los problemas eficientemente, y reconocer y aceptar que resolver de un modo efectivo un problema es un proceso que requiere tiempo y esfuerzo. Por otra parte, brindar a la persona las herramientas pertinentes para fomentar un estilo de solución de problemas racional, que debe considerar en primer lugar definir el problema correctamente, delimitarlo, priorizarlo y formularlo; luego, generar soluciones alternativas a través de diversos métodos que permitan lograr los objetivos propuestos, pero posponiendo los juicios acerca de la eficacia de las soluciones, a partir de lo cual se procede a la toma de decisiones, lo que implica un proceso sistemático para elegir la mejor solución del problema y, por último, poner en práctica y evaluar la solución elegida, que incluye tanto la planificación y acción de la solución, como la evaluación del éxito o fracaso de la misma (D'Zurilla y Nezu, 1999).

El propósito de la terapia en SP consiste en enseñar a las personas a escoger e implementar las estrategias de afrontamiento más eficaces ante un estresor dado, o generar modos más eficaces de tratar con los problemas personales e interperso-

nales (Nezu, 1986), toda vez que se ha encontrado que existe una correlación negativa entre las habilidades para solucionar problemas sociales y el reporte de que se padecen síntomas físicos, ansiedad, insomnio, disfuncionalidad social y depresión (Ranjbar, Asghar y Bayani, 2013). Es, pues, una modalidad psicológica de intervención potencialmente útil para el tratamiento de diversos problemas de salud mental y física (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2007) y depresión mayor (González, 2002). Se le emplea en programas para disminuir el estrés emocional y mejorar el repertorio conductual en cuidadores primarios (Chiu, Pauley, Wesson, Pushpakumar y Sadavoy, 2015), así como en intervenciones para fomentar estilos de afrontamiento adaptativos y disminuir la sintomatología depresiva en los cuidadores primarios y en los pacientes receptores de sus cuidados (Berry, Elliott, Grant, Edwards y Fine, 2012).

En dichas intervenciones, el Inventario de Solución de Problemas (SPSI-R) se ha utilizado en sus modalidades individual, grupal, marital, de pareja y de terapia familiar (D'Zurilla y Nezu, 2001), e incluso en línea (Warmerdam, van Straten, Jongasma, Twisk y Cuijpers, 2010), en problemas de distress psicológico en pacientes con cáncer (Nezu, Nezu, Felgoise, McClure y Houts, 2003; Allen et al., 2002; Ko et al., 2005) y en tratamiento paliativo (Meyers et al., 2011); en pacientes con diagnóstico de diabetes (Dreer et al., 2009; Elliott, Shewchuk, Miller y Richards, 2001); en madres de niños con diagnóstico reciente de cáncer (Sahler et al., 2005); en síntomas depresivos en población geriátrica (Alexopoulos, Raue y Arean, 2003; Gellis, McGinty, Horowitz, Bruce y Misenes, 2007) y en adolescentes y adultos jóvenes con depresión e ideación suicida (Eskin et al., 2008). Este instrumento ha sido incluido como parte de la evaluación psicométrica en diversas poblaciones, como jóvenes (Hawkins, Sofronoff y Sheffield, 2009), adultos con sobrepeso y obesidad (Wang et al., 2013) y pacientes ansiosos y depresivos (Kramp, 2012), y puede utilizarse para identificar formas de SP, a manera de una intervención breve y focalizada que enseña a la gente cómo resolver problemas de forma sistemática con el fin de que puedan manejar su entorno más eficientemente (Areán, 2000).

El Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado (SPSI-R en lo sucesivo) (D'Zurilla

y Nezu, 1990) contiene 52 ítems que, en conjunto, evalúan ciertos aspectos funcionales y disfuncionales de la habilidad para resolver problemas. La dimensión funcional es evaluada por las subescalas de Orientación positiva al problema y Resolución racional de problemas, mientras que la dimensión disfuncional se evalúa con las subpruebas de Orientación negativa al problema, Estilo descuidado-impulsivo y Estilo evitativo. Una ventaja sobresaliente del SPSI-R es que vincula directamente su base teórica con la práctica evaluativa y terapéutica (Merino, 2012).

En consecuencia, el objetivo de este estudio fue determinar las propiedades psicométricas del SPSI-R en su versión breve en una muestra mexicana obtenida por disponibilidad.

MÉTODO

Participantes

Participaron 330 estudiantes de dos universidades: una pública y una privada, de ambos sexos y de entre 18 y 50 años de edad (Tabla 1). La obtención de la muestra fue por disponibilidad.

Tabla 1. Descripción de la muestra.

	Frec. (%)		Frec. (%)
<i>N</i>	330 (100)		
<i>Edad</i>	22.12 (4.12)		
<i>Sexo</i>		<i>Estado civil</i>	
Femenino	238 (72.12)	Soltero(a)	305(92.42)
Masculino	92 (27.88)	Casado(a)	17(5.15)
<i>Licenciaturas</i>		Unión libre	2(0.60)
Psicología	122 (36.97)	Separado(a)	2(0.60)
Derecho	13 (3.94)	Divorciado(a)	2(0.60)
Pedagogía	17 (5.15)	<i>Vive con:</i>	
Biología	27 (8.18)	Ambos padres	194 (58.78)
Ing. Química	15 (4.54)	Sólo la madre	76 (23.03)
Odontología	19 (5.75)	Sólo el padre	13 (3.93)
Arquitectura	21 (6.36)	Esposo(a)	18 (5.45)
Médico	18 (5.45)	Solo(a)	19 (5.75)
Q.F.B.	11 (3.33)	Otros	9 (2.72)
Enfermería	53 (16.06)		
Otras	43 (2.16)		

Procedimiento

La muestra de participantes a los que se aplicó el SPSI-R-52 se obtuvo durante las actividades académicas de ambas instituciones en un periodo comprendido de ocho meses.

Se aplicaron concurrentemente el SPSI-R y el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982). Los participantes fueron seleccionados a partir de los siguientes criterios de inclusión: estudiantes que estuvieran cursando el nivel licenciatura; que comprendieran los objetivos, procedimiento, riesgos y beneficios de la investigación, y que firmaran del formato de consentimiento informado correspondiente. Los criterios de exclusión fueron el presentar deficiencias cognitivas, problemas visuales o auditivos severos. Un criterio de eliminación fue que durante el llenado de los instrumentos decidieran no seguir contestándolos.

Instrumentos

Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado (SPSI-R) (D'Zurilla y Nezu, 1990)

Consiste en un cuestionario de autorreporte que evalúa la capacidad de la persona para solucionar problemas en su vida diaria. Esta evaluación corresponde al modelo teórico desarrollado por D'Zurilla y Nezu (1982) para describir y explicar el comportamiento en la solución de problemas sociales. Contiene 52 ítems que se presentan en un formato de respuesta ordinal que va de "No es nada cierto" hasta "Extremadamente cierto". Los ítems se agrupan en cinco subescalas que evalúan aspectos funcionales y disfuncionales de la habilidad para resolver problemas.

La dimensión funcional se evalúa mediante dos subescalas: Orientación positiva al problema (OPP), con cinco ítems, y Resolución racional de problemas (RRP), con veinte; a su vez, la dimensión disfuncional es evaluada a través de las subescalas de Orientación negativa al problema (ONP), que consta de diez ítems, Estilo descuidado-impulsivo (EDI), con diez, y Estilo evitativo (EE), con siete ítems. Estas cinco subescalas permiten derivar un puntaje total que corresponde a la estimación general de la habilidad para solucionar problemas.

El instrumento cuenta con una consistencia interna total alta medida a través del coeficiente

alfa de Cronbach (α en lo sucesivo) de .95), al igual que los cinco factores (α de .69 a .95); además, una adecuada confiabilidad test-retest a las tres semanas ($r = .69$ a $.91$ para las escalas y de $.89$ a $.93$ para el total de la escala) (D'Zurilla y Nezu, 1990).

Inventario de Solución de Problemas (ISP) (Heppner y Petersen, 1982)

Este instrumento es un cuestionario de autorreporte que consta de 52 ítems que evalúan aspectos funcionales y disfuncionales de la habilidad para resolver problemas. Está redactado con un número equilibrado de oraciones positivas y negativas acerca de las cinco etapas de la solución de problemas, esto es, contiene 26 reactivos redactados sobre la resolución funcional de problemas y 26 con base en los estilos disfuncionales. Las opciones de respuesta están en un rango de 1 ("Totalmente de acuerdo") a 6 ("Totalmente en desacuerdo"). Se compone de tres factores: Confianza en la solución de problemas, Estilos de aproximación-evitación y Control personal. Tiene coeficientes α de 0.88 en el total y de 0.79, 0.72 y 0.72 en los tres factores señalados, respectivamente.

Análisis estadísticos

Tras un análisis correlacional entre elementos, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para determinar la estructura factorial del instrumento. Se consideraron como criterio para conservar los reactivos y factores el que la carga factorial de cada reactivo fuera de ≥ 0.40 , que cada factor estuviera constituido al menos por tres ítems, y que estos tuvieran una consistencia interna α de ≥ 0.60 . La relación entre el SPSI-R y el ISP se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. El valor α de error establecido fue de 0.05.

RESULTADOS

Para evaluar la capacidad de discriminación de los reactivos se obtuvieron los puntajes totales de la muestra y los descriptivos de estos puntajes, entre ellos los cuartiles, con el fin de identificar los puntajes y, por ende, los sujetos que se encontraron en

ambos extremos de la distribución de la puntuación total; a partir de esto, se crearon dos grupos: sujetos con puntuaciones por debajo del primer cuartil y sujetos con puntuaciones superiores al último cuartil, llevándose a cabo una prueba *t* de Student para muestras independientes entre estos grupos con cada reactivo, a fin de identificar si este poseía la capacidad de discriminar entre dichos grupos. En tal análisis todos los reactivos mostraron una diferencia estadística significativa ($\leq .05$), por lo que se consideró que al cumplir con este criterio fueron, por consiguiente, conservados.

Luego, se realizó una prueba de confiabilidad interna del instrumento mediante α . Se consideró como otro criterio de eliminación que el α del instrumento aumentara si se quitaba un reactivo, lo que no se observó en ningún caso. Por último, se procedió a hacer un análisis correlacional entre elementos que arrojó magnitudes bajas y moderadas, lo que dio paso al análisis factorial.

Estructura factorial

Con los 52 reactivos, se corrió un análisis factorial ortogonal de componentes principales con rotación varimax, del cual se obtuvieron doce facto-

res; sin embargo, nueve reactivos mostraron una carga factorial de $\geq .40$ en más de un factor; por ejemplo, “Cuando tengo un problema importante me deprimó y no hago nada”, que tuvo una carga factorial de .44 para el segundo factor y de .43 para el tercero; tres reactivos no tuvieron carga de $\geq .40$ en ningún factor, como “Me desanimó y me deprimó cuando fracasan mis primeros intentos de resolver un problema”, y ocho reactivos se agruparon en siete factores con menos de tres reactivos cada uno, como “Después de intentar resolver un problema noto si me siento mejor” y “Cuando resuelvo problemas utilizo la primera idea buena que se me pasa por la cabeza”, que se agruparon en un factor. Todos estos reactivos fueron eliminados y se prosiguió a realizar análisis factoriales confirmatorios, para lo cual fue necesario replicar el procedimiento tres veces más para obtener reactivos y factores depurados que cumplieran con los criterios establecidos.

Finalmente, en la prueba de esfericidad de Bartlett, con una *p* de 0.001 y un índice de adecuación muestral KMO de 0.88, quedaron 25 reactivos finales, integrados en cuatro factores, con autovaleores arriba de 1 (Tabla 2) que, en conjunto, explican 50.22% de la varianza.

Tabla 2. Estructura factorial del SPSI-RM.

Escala global $\alpha = .81$ Varianza explicada = 50.22%	Factores			
	1	2	3	4
Factor 1. Resolución racional de problemas				
47. Cuando resuelvo un problema, en todo momento intento mantener mi objetivo en la mente.	0.779			
49. Cuando no entiendo un problema, intento saber más acerca de él.	0.749			
48. Miro los problemas desde diferentes ángulos.	0.743			
37. Después de llevar a la práctica una solución, compruebo hasta qué punto he resuelto el problema.	0.707			
29. Cuando tengo un problema, obtengo tantos datos acerca del mismo como sea posible.	0.694			
40. Cuando tomo decisiones evalúo las consecuencias de cada opción.	0.682			
35. Cuando fracaso en resolver un problema intento encontrar qué es lo que falló y vuelvo a intentarlo.	0.649			
33. Antes de intentar resolver un problema, me marco un objetivo específico para saber exactamente a dónde voy.	0.632			
38. Intento ver mis problemas como desafíos.	0.585			
18. Cuando resuelvo un problema intento predecir los pros y los contras de cada opción.	0.582			
5. Cuando resuelvo un problema pienso en varias opciones y elijo la mejor solución.	0.533			
43. Cuando tomo decisiones, pienso en las consecuencias que pueden tener mis sentimientos.	0.512			
27. Practico una solución antes de llevarla a cabo para mejorar mis posibilidades de éxito.	0.505			

Continúa...

Factor 2. Estilo evitativo-inseguro				
14. Retraso el resolver problemas tanto como sea posible.		0.720		
13. Dudo que sea capaz de resolver problemas difíciles, no importa lo mucho que lo intente.		0.708		
15. No me tomo el tiempo de comprobar si mi solución funcionó.		0.697		
12. Cuando mis primeros intentos de resolver un problema fracasan, me frustro mucho.		0.628		
23. Evito los problemas en vez de intentar resolverlos.		0.591		
36. Odio resolver problemas.		0.591		
Factor 3. Estilo impulsivo-descuidado				
45. Cuando tomo decisiones, sigo mis corazonadas sin pensar en lo que pueda pasar.			0.761	
52. Creo que me precipito cuando tomo decisiones.			0.638	
22. Cuando tengo problemas, no se me ocurren muchas ideas para resolverlos.			0.560	
Factor 4. Estilo orientación negativa al problema				
2. Me siento temeroso cuando tengo problemas importantes.				0.758
17. Los problemas importantes me hacen sentir mal.				0.638
1. Me preocupo demasiado por mis problemas en vez de resolverlos.				0.607

Consistencia interna

Los coeficientes alfa de Cronbach de la subescalas fueron de .88 a .66, en tanto que el del total de los 25

reactivos del SPSI-R fue .812. En términos generales, la consistencia puede considerarse adecuada (Tabla 3).

Tabla 3. Varianza, medias y coeficientes alfa de Cronbach del SPSI-RM.

Factores	Varianza explicada	Media (D.E.)	α	Hotelling	p
1	24.78%	42.92 (9.50)	0.884	224.25	0.001
2	15.27%	11.26 (4.30)	0.793	192.83	0.001
3	5.16%	6.23 (2.48)	0.681	7.04	0.001
4	4.99%	7.15 (2.40)	0.660	19.42	0.001
SPSI-RM Total	50.22%	67.57 (10.86)	0.812	926.22	0.001

Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes

La Tabla 4 muestra las asociaciones entre el SPSI-R y sus subescalas y el ISP. Se obtuvieron correla-

ciones estadísticamente significativas en 53.33% de los cruces, en los cuales fueron positivas en 20% de los casos y en 33.33% de los casos negativos (r de Pearson de -0.231 a 0.206 , $p < 0.05$).

Tabla 4. Correlaciones entre el SPSI-R y sus subescalas y el ISP.

	SPSI-R				ISP		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1	1.000				-0.231**	-0.204**	0.206**
Factor 2	-0.201**	1.000			0.045	0.186**	-0.219**
Factor 3	-0.165**	0.495**	1.000		0.041	0.055	-0.150**
Factor 4	-0.097	0.492**	0.406**	1.000	0.013	0.116*	-0.106
Total SPSI-R	0.737**	0.443**	0.371**	0.424**	-0.174**	-0.066	0.035

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

DISCUSIÓN

El SPSI-R de D'Zurilla y Nezu (1999) es un instrumento diseñado para medir diferentes estrategias de solución de problemas, el cual ha mostrado características psicométricas adecuadas, replicadas en estudios llevados a cabo en diversos países. En universitarios mexicanos, el SPSI-R presentó una estructura similar con cuatro factores (Resolución racional de problemas, Estilo evitativo-depresivo, Estilo ansioso e impulsivo/descuidado) con una confiabilidad aceptable.

De acuerdo a Merino (2012), en las investigaciones psicométricas hechas en población hispana y no hispana los hallazgos psicométricos sobre la validez estructural del SPSI-R tienden a ser satisfactorios. En el presente estudio se decidió hacer un análisis factorial debido a que el objetivo era solamente determinar la estructura factorial y la validez concurrente, lo cual puede ser la base para el análisis confirmatorio y la verificación de esta hipótesis estructural en futuros estudios que se hagan en otras poblaciones en el país, ya que no se tienen antecedentes del presente instrumento en este entorno.

La omisión de 27 ítems indica un constructo relativamente diferente a pesar de que la escala pretende determinar una dimensión funcional y una disfuncional; estos ítems parecen no cumplir totalmente con la estructura factorial original.

Los hallazgos indican que el factor Resolución racional de problemas es el único componente de la dimensión funcional en la versión mexicana, en tanto que la disfuncional se asemeja a los factores originales del SPSI-R con las subescalas Estilo evitativo-depresivo, ansioso e descuidado/impulsivo en comparación.

El factor de Resolución racional de problemas representa una orientación adaptativa, una definición del problema concreto y específico, el establecimiento de objetivos, la toma de decisiones y la generación de soluciones alternativas, lo cual

tiene el objetivo de lograr la mejor solución al problema.

Las orientaciones disfuncionales en la solución de problemas están caracterizadas por componentes de ansiedad y depresión, lo cual, de acuerdo a Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz y Zambraño (2004), es particularmente importante para estudiar la depresión, no solo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que puede tener para el funcionamiento en la vida adulta. Por su parte, el componente evitativo indica la ausencia de componentes de asertividad, lo que, de acuerdo con Caso y Hernández (2007), representa la manifestación adecuada de opiniones y sentimientos en situaciones sociales y entrena la demostración de las habilidades sociales que posee la persona.

La versión del SPSI-R aplicado a universitarios mexicanos plantea una versión breve que se vincula con una base teórica y un proceso terapéutico orientados a adaptarse funcionalmente ante los problemas y eventos estresantes agudos y crónicos y ya probados en problemas de salud mental.

Al ser un instrumento fácil de aplicar y confiable en la práctica clínica y la investigación, resulta relevante determinar las estrategias de solución de problemas funcionales e instrumentar acciones para el tratamiento de los casos que lo ameriten; asimismo, sugiere una validez concurrente adecuada a través de asociaciones teóricas esperadas y estadísticamente significativas con el ISP de Heppner y Petersen (1982).

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista psiquiátrica que confirmase la sintomatología ansiosa y depresiva asociada a los factores de la dimensión disfuncional de la resolución de problemas. Debido a que no se conoce su sensibilidad y especificidad, se recomiendan estudios adicionales con muestras mayores que permitan eventualmente definir puntos de corte en diversos ambientes clínicos y patologías.

REFERENCIAS

- Alexopoulos, G.S., Raue, P. y Arean, P. (2003). Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 46-52.
- Allen, S.M., Shah, A.C., Nezu, A.M., Nezu, C.M., Ciambra, D., Hogan, J. y Mor, V. (2002). A problema-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma. *Cancer*, 94(12), 3089-3100.

- Areán P., A. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547-559.
- Bell, A.C. y D'Zurilla, T.J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz B., C. y Zambrano R., J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Berry, J.W., Elliott, T.R., Grant, J.S., Edwards, G. y Fine, P.R. (2012). Does problem-solving training for family caregivers benefit their care recipients with severe disabilities? A latent growth model of the Project CLUES randomized clinical trial. *Rehabilitation Psychology*, 57(2), 98-112.
- Caso N., J. y Hernández G., L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 487-501.
- Chiu, M., Pauley, T., Wesson, V., Pushpakumar, D. y Sadavoy, J. (2015). Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in-home care. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 937-948.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1982). Social problem solving in adults. En P. C. Kendall (Ed.): *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (v. 1, pp. 201-274). New York: Academic Press.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment*, 2, 156-163.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York: Springer.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2001). Problem-solving therapies. En K. Dobson (Ed.): *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.) (pp. 211-245). New York: Guilford.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Dreer, L.E., Berry, J., Rivera, P., Snow, M., Elliott, T.R., Miller, D. y Little, T.D. (2009). Efficient assessment of social problem-solving abilities in medical and rehabilitation settings: A rasch analysis of the Social Problem-Solving Inventory-Revised. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 653-669.
- Elliott, T.R., Shewchuk, R.M., Miller, D.M. y Richards, J.S. (2001). Profiles in problem solving: Psychological well-being and distress among persons with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(4), 283-291.
- Eskin, M., Ertekin, K. y Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 227-245.
- Gellis, Z.D., McGinty, J., Horowitz, A., Bruce, M.L. y Misener, E. (2007). Problem-solving therapy for late-life depression in home care: a randomized field trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 968-978.
- González F., L.V. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Hawkins, D., Sofronoff, K. y Sheffield, J. (2009). Psychometric properties of the Social Problem-Solving Inventory-Revised, short-form: Is the short form a valid and reliable measure for young adults? *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 462-470.
- Heppner, P.P. y Petersen, C.H. (1982). The development and implications of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29(1), 66-75. doi: 10.1037/0022-0167.29.1.66.
- Ko, C.M., Malcarne, V.L., Varni, J.W., Roesch, S.C., Bantia, R., Greenbergs, H.L. y Sadler, G.R. (2005). Problem-solving and distress in prostate cancer patients and their spousal caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 13(6), 367-374.
- Kramp, U. (2012). Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chilenos. *Psicothema*, 24(4), 529-535.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B. y Schutte, N.S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 46-57.
- Merino, C. (2012). Forma breve del SPSI-R: Análisis preliminar de su validez interna y confiabilidad. *Terapia Psicológica*, 30(2), 85-90.
- Meyers, F.J., Carducci, M., Loscalzo, M.J., Linder, J., Greasby, T. y Beckett, L.A. (2011). Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *Journal of Palliative Medicine*, 14(4), 465-473.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Felgoise, S.H., McClure, K.S. y Houts, P.S. (2003). Project Genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1036-1048.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y D'Zurilla, T.J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York: Springer.
- Nezu, A.M. y Ronan, G.F. (1988). Social problem solving as a moderator of stress related depressive symptoms: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 134-138.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.

- Pollock, L.R. y Williams, J.M.G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34, 163-167.
- Quevedo R., J.M. y Abella M., C. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 23-39.
- Ranjbar, M., Asghar A. y Bayani, A. (2013). Social problem solving ability predicts mental health among undergraduate students. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(11), 1337-1341.
- Reinecke, M.A., DuBois, D.L. y Schultz, T.M. (2001). Social problem solving, mood, and suicidality among inpatient adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 743-756.
- Sahler, O.J.Z., Fairclough, D.L., Phipps, S., Mulhern, R.K., Dolgin, M.J., Noll, R.B. y Butler, R.W. (2005). Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: Report of a multisite randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 272.
- Sigmon, S.T., Hotovy, L.A. y Trask, P.C. (1996). Coping and sensitivity to aversive events. *Journal of Psychopathology y Behavioral Assessment*, 18, 133-151.
- Wang, J., Matthews, J.T., Sereika, S.M., Chasens, E.R., Ewing, L.J. y Burke, L.E. (2013). Psychometric evaluation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised among overweight or obese adults. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(6), 585-590. Doi: 10.1177/0734282912480470.
- Warmerdam, L., van Straten, A., Jongma, J., Twisk, J. y Cuijpers, P. (2010). Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 64-70.

Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México

Psychometric properties of CDI in a non-clinical sample of children from Hermosillo, Mexico

Ixchel Miranda de la Torre¹, Jesús Francisco Laborín Álvarez¹, Ana-María Chávez-Hernández², Sergio Alfonso Sandoval Godoy¹ y Nissa Yaing Torres Soto¹

RESUMEN

En el presente estudio descriptivo, analítico y transversal se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs a escolares de quinto y sexto años de primaria de escuelas públicas de Hermosillo, Son. (México) para obtener las propiedades psicométricas de dicho instrumento y evaluar su adecuación y confiabilidad en esta población, así como para observar la incidencia de rasgos depresivos y sus diferencias según el sexo. A partir de una muestra no clínica, se seleccionaron 557 escolares de ambos sexos y con una edad promedio de 10.65 años. Se da cuenta de los resultados del análisis factorial exploratorio hecho al respecto, que mostró cuatro factores que explican la tercera parte de la varianza total. Se determinó un alto índice de rasgos depresivos en la población escolar, de moderados a severos, sin hallarse diferencias significativas en la ocurrencia de la depresión por sexo. Con base en estos resultados, se concluye que la escala resulta adecuada y confiable para la población de niños sonorenses.

Palabras clave: Depresión; Niños escolares; Propiedades psicométricas; Inventario de Depresión.

ABSTRACT

In the present descriptive, analytic cross sectional study, the Kovacs Children Depression Inventory was applied to fifth and sixth grade elementary school children from Hermosillo, Sonora (Mexico). The study sought to assess the inventory's psychometric properties, to evaluate its adequacy and reliability over this segment of the population as well as to assess depressive symptoms and possible differences between sexes. A non-clinical sample of 557 male and female scholars with an average age of 10.65 years participated. A factorial exploratory analysis showed four main factors that explain one third of the total variance. A high frequency of depression symptoms ranging from moderate to severe were detected on the participating sample. No significant differences were found regarding depression by sex. Results suggest that the scale is adequate and reliable to be used on Spanish-speaking children populations.

Key words: Depression; School children; Children Depression Inventory; Psychometric properties.

¹ Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., Carretera a La Victoria, Km 0.6, 83304 Hermosillo, Son., México, tel. (662)289-24-00, correos electrónicos: mirandaixchel@estudiantes.ciad.mx y laborin@ciad.mx. Artículo recibido el 12 de marzo y aceptado el 5 de noviembre de 2015.

² Departamento de Psicología, Universidad de Guanajuato, Campus León, Blvd. Puente Milenio Núm. 1001, Fracción del Predio San Carlos, 37670 León, Gto., México, correos electrónicos: anamachavez@hotmail.com y anachavez@ugto.mx.

INTRODUCCIÓN

Se considera a la depresión como un trastorno mental sumamente frecuente en todo el mundo; representa en la actualidad una de las principales causas de discapacidad y se considera que para el año 2020 podría ocupar el segundo lugar en morbilidad (World Federation for Mental Health, 2012).

Respecto a su incidencia en la población escolar, diferentes estudios revelan que el nivel de la depresión en niños y adolescentes es mayor de lo que se cree, constituyéndose en una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes, la que usualmente se acompaña de problemas de ansiedad (López, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010).

La depresión infantil es un fenómeno relativamente nuevo en la literatura científica al haber diversos problemas para que se le aceptara como tal por la comunidad científica (Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón, 2002). La contradicción entre la depresión, la risa y la alegría —tan absolutamente ligadas al mundo de los niños las dos últimas— es lo que propicia la dificultad para suponer su coexistencia (Del Barrio, 2000).

En los últimos doce años, en diversos países de Latinoamérica la prevalencia de la depresión mayor es cercana a 5% de la población, siendo más elevada en las mujeres (6.5%) que en los hombres (3.5%) (Torres, Posada, Bareño y Berbesí, 2010). Herrera, Rojas y Losada (2006) han encontrado sintomatología depresiva en 17% de los niños de entre 8 y 11 años. La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y llega a alcanzar sus niveles más altos en la etapa de adultez temprana.

La importancia de estudiar la depresión radica en su condición subyacente en diferentes conductas problemáticas que ocurren a edades cada vez más tempranas y con una tendencia a aumentar, como el consumo de drogas, la violencia o el sexo sin protección (González-Forteza, Arana y Jiménez, 2008); a la vez, se le ha vinculado con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, lo que provoca pérdidas económicas y sociales y una mayor demanda de atención clínica. Según Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henrikson, Poikolainen y Lonnqvist (2002), se ha visto

que, en los casos en que no se diagnostican ni tratan los síntomas depresivos durante la adolescencia, existe una mayor probabilidad de que aparezcan en la adultez temprana, aunados a un funcionamiento psicológico y social adverso y al abuso de sustancias adictivas.

Para evaluar la depresión en niños y en adolescentes se dispone de diferentes escalas e inventarios, entrevistas estructuradas y escalas de calificación, instrumentos que han sido validados, demostrando su eficiencia clínica en la detección de aquella (Williams, O'Connor, Eder y Whitlock, 2009). Entre los inventarios destaca el Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992) por ser el más utilizado y reconocido para medir los síntomas depresivos en la población infantil y adolescente, y se le considera como el que posee mayor confiabilidad. Este instrumento fue creado a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1978) para ser administrado a niños y adolescentes en edad escolar. La versión definitiva se hizo en 1977, publicándose la adaptación al idioma español por Del Barrio y Carrasco en 2004. A pesar de que pueden hallarse algunos aspectos contradictorios en las adaptaciones que se han hecho del instrumento, los resultados son en su gran mayoría satisfactorios por cuanto a sus propiedades psicométricas y criterios de confiabilidad y validez favorables (Solís, 2009).

En Colombia, Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de la sintomatología de la depresión y las características sociodemográficas en 1,832 niños de primaria de entre ocho y once años de edad con síntomas de depresión en la ciudad de Neiva, para lo cual utilizaron como instrumento el CDI en la versión adaptada a la población española por Del Barrio (1999). Sus resultados mostraron una prevalencia de 17.09%, la cifra más alta reportada hasta el momento en el país, difiriendo así de los hallazgos de otras investigaciones. Desde el punto de vista sociodemográfico, se determinó que los niños con síntomas de depresión pertenecían a familias de estrato socioeconómico bajo. Asimismo, Mantilla et al. (2003), utilizando la versión corta del CDI de diez ítems, hicieron un estudio empleando una muestra de 239 niños escolarizados de clases socioeconómicas alta y baja de la ciudad de Bucaramanga. Sus

resultados muestran que 9.2% padecía depresión; además, llegaron a la conclusión de que la sintomatología depresiva aumenta con la edad y el grado de escolaridad.

Davanzo et al. (2004) aplicaron la versión en español del instrumento a una muestra de 205 estudiantes latinos de diferentes países de Centroamérica y Sudamérica, encontrando 11.2% de los participantes con riesgo de depresión. La prueba mostró tener un buen índice de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de 0.85). Lo anterior sugiere que las propiedades psicométricas generales de la citada versión parecen ser adecuadas según la estimación alfa de Cronbach y los índices de adecuación.

Entre los diferentes estudios de validación del CDI se encuentra el realizado por Golfeto, Veiga, Souza y Barbeira (2002) a una muestra de 287 estudiantes de Ribeirão Preto (Brasil), con edades comprendidas entre 7 y 14 años, a quienes aplicaron la versión en portugués del CDI, pudiendo determinar una estructura factorial de cinco factores a través de rotación varimax y criterio de Kaiser. Estos factores explicaron en conjunto 47.4% de la varianza de las puntuaciones, con un índice alfa de 0.81. Lieberknecht, Dalbosco y Ruschel (2008), a su vez, llevaron a cabo un análisis factorial del CDI en una muestra de jóvenes brasileños. La muestra estuvo conformada por 951 niños y adolescentes (56.8% mujeres), de entre 7 y 17 años de edad. A partir de un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y rotación varimax, se encontró una solución conceptualmente aceptable de tres factores que explican 31.89% de la varianza de las respuestas. Los participantes tuvieron una media de 11.95 (D.E. = 7.70) y la prueba una consistencia interna de 0.85. Estos resultados y 27 artículos generados refuerzan la validez de la versión portuguesa del CDI y su utilidad para medir los síntomas depresivos.

En México, aun cuando existe una relativa experiencia en construir instrumentos para evaluar algún rasgo de la personalidad o la presencia de alguna psicopatología en la población de niños y adolescentes, aún quedan diversos criterios psicométricos por clarificar. A la vez, persiste el interés por disponer de instrumentos que sean sensibles y específicos a la población de referencia. Por ello, reconocer síntomas de depresión y su importancia

para la salud mental, así como para retomar la evidencia de los estudios previos y la ausencia de instrumentos de medida para evaluar la depresión en niños en el estado de Sonora, el objetivo de este estudio fue determinar las propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños escolares residentes en esta entidad, situada al noroeste de México, y a la vez determinar el índice de depresión en la población seleccionada y sus diferencias por sexo.

MÉTODO

Participantes

Se aplicó el instrumento a 557 estudiantes de quinto y sexto años de primaria, alumnos de escuelas públicas estatales y federales. La población se determinó mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple representativo del total de estudiantes inscritos, con un número total calculado de 378 alumnos distribuidos en veinte escuelas primarias dispersas en la ciudad de Hermosillo, seleccionadas por medio de un análisis de conglomerado, relacionando las escuelas con los alumnos; sin embargo, se trabajó con grupos completos, por lo que la cifra de alumnos final fue de 557. El nivel socioeconómico de los participantes se puede considerar en un rango de bajo a medio, ya que se distribuyeron uniformemente por la ciudad. El nivel de confianza planteado fue de 95% y un error máximo de 5%, con un total de 290 niñas (52.1%) y 267 niños (47.9%), cuya edad promedio fue de 10.65 años, con desviación estándar de 0.75 y rango de edad de entre 9 y 13 años. La muestra se distribuyó en 428 alumnos del turno matutino (76.8%) y 129 del turno vespertino (23.2%), de los cuales 282 cursaban el quinto año de primaria (50.6%) y 275 el sexto (49.4%).

El tipo de estudio realizado fue descriptivo, analítico y transversal para validar por constructo el instrumento psicométrico que detecta los síntomas depresivos en niños. Para realizar la aplicación del instrumento se solicitó en una primera instancia la autorización al comité de ética del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. y luego a las autoridades escolares correspondientes, en este caso, a la Secretaría de

Educación y Cultura del Estado de Sonora; asimismo, a la autoridad de cada una de las escuelas visitadas, a cada uno de los docentes que se encontraban en el aula al momento de la aplicación, y finalmente a los alumnos, cuya participación fue voluntaria, todo ello según los lineamientos éticos pertinentes para el estudio. Hecho lo anterior, se procedió a aplicar el instrumento de manera grupal y de forma autoaplicada, para lo cual se dieron a los participantes las instrucciones precisas y detalladas y se resolvieron sus dudas durante el transcurso. El tiempo de aplicación fue variable, dependiendo de la capacidad de lectura de los alumnos, aunque con una duración aproximada de treinta a sesenta minutos.

Instrumento

La escala CDI de Kovacs (1992) se confeccionó a partir del Depression Inventory de Beck (Beck, 1978), cuya primera versión oficial se hizo en 1977 a partir de un marco teórico cognitivo. Dicho instrumento fue diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. La versión validada en español consta de 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran la sintomatología depresiva en distintas intensidades o frecuencias. Las preguntas se califican de 0 a 2. El resultado de la prueba permite obtener datos de la depresión total y de dos escalas adicionales: disforia y autoestima negativa (Kovacs, 2004).

La escala que se empleó en la investigación fue la de 2004, que describe cinco factores o subescalas que componen el instrumento completo de 27 ítems y que se obtuvieron mediante un análisis factorial realizado con el método de máxima verosimilitud y la rotación Oblimin. El primer factor, estado de ánimo negativo, contiene seis elementos que reflejan sentimientos de tristeza, ganas de llorar, preocupación por las “cosas malas”, molestia con algo e incapacidad de tomar decisiones. Este factor representa 23.3% de la varianza en las puntuaciones de la CDI, según figuran en el manual de Kovacs (2003). El segundo factor, problemas interpersonales, contiene cuatro elementos que abarcan los problemas y dificultades en la interacción con las personas, la prevención y el aislamiento

social. El tercer factor, ineficacia, con cuatro elementos, refleja una evaluación negativa de las capacidades y el rendimiento escolar del niño. El cuarto factor, anhedonia, contiene ocho elementos y características de la depresión endógena, incluyendo la pérdida de la capacidad de sentir placer, la falta de energía, la dificultad para comer o dormir y la sensación de aislamiento. El último factor, autoestima negativa, se compone de cinco elementos de baja autoestima, incluyendo lo que no le gusta al niño de sí mismo, los sentimientos de no ser amado y la tendencia a tener ideas suicidas. Su consistencia interna en los resultados obtenidos presenta un coeficiente alfa de Cronbach de entre 0.70 y 0.94 en muestras normales y clínicas.

En una primera instancia, se realizó un pilotaje del inventario para asegurar que el lenguaje y las instrucciones fueran claros y adecuados para su objetivo; a partir de los resultados hallados, se decidió mantenerlo tal cual se halla en la versión castellana.

Análisis estadístico

El tratamiento estadístico de los datos se efectuó con el programa SPSS, versión 19.0, de Windows. Para la validez de constructo a partir del análisis factorial exploratorio, se llevó a cabo la extracción factorial mediante el método de componentes principales y rotación varimax, con normalización de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) y un punto de corte de 0.30. También se hizo el análisis de asociación de Pearson para observar los valores de intercorrelación entre los factores y un ANOVA de una vía (*oneway*) para establecer algunas diferencias por sexo y grado escolar y los factores de la escala (Tabachnick y Fidel, 2007).

RESULTADOS

Se probó inicialmente la factoribilidad de los datos para efectuar el análisis exploratorio a través del índice KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett. Los resultados observados son compatibles con la pertinencia de realizar el análisis factorial exploratorio con un KMO de 0.856. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue 0.821 (Tabla 1).

Tabla 1. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach.

Medida de adecuación de muestreo (KMO)	.856	
Índice de Esfericidad de Bartlett	χ^2	2648.947
	gl	351
	sig.	.000
Varianza explicada	35.962%	
Alfa de Cronbach	.821	

El gráfico de sedimentación (Gráfica 1) muestra la cantidad de factores determinados por el análisis, siendo de cuatro para la población estudiada. La varianza total explicada con dichos factores determinados fue de 35.92% (Tabla 2).

Gráfica 1. Gráfico de sedimentación con cuatro factores.

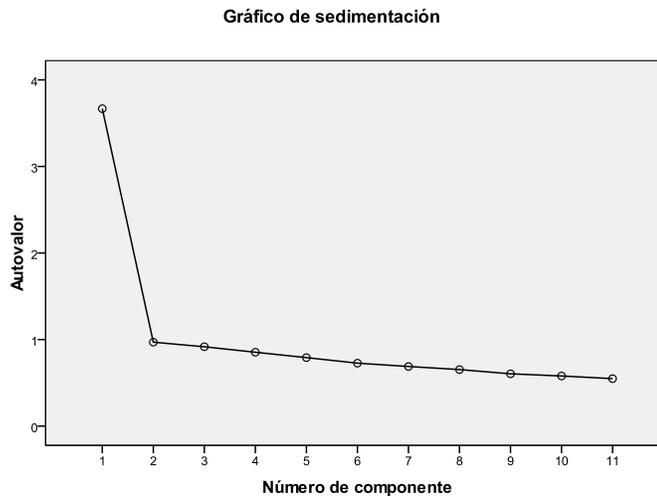


Tabla 2. Índice de adecuación y porcentaje de la varianza total explicada.

Componente	Varianza total explicada			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Autovalores iniciales			Total	% de la varianza
	Total	% de la varianza	% acumulado		
1	5.452	20.194	20.194	5.452	20.194
2	1.622	6.006	26.200	1.622	6.006
3	1.384	5.124	31.325	1.384	5.124
4	1.252	4.637	35.962		
5	1.172	4.343	40.304		
6	1.073	3.976	44.304		
7	1.043	3.863	48.143		

KMO = .856; $\alpha = 82$.

Se evaluó el peso factorial de cada reactivo. El primer componente, autoapreciación, está conformado por siete reactivos que explican 20.19% de la varianza total, con un coeficiente alfa de 0.655. El segundo, ánimo negativo, se forma de nueve reactivos que explican 6.00% de la varianza total con un coeficiente de 0.720. El tercero, ineffectividad,

se constituye con cuatro reactivos, con varianza explicada de 5.12% y coeficiente alfa de 0.653. El último y cuarto componente, integración social, está formado por seis reactivos que explican 4.63% de la varianza y con un coeficiente de .487 (Tabla 3).

Tabla 3. Pesos factoriales de los Items de cada componente.

Número de ítem	Factores			
	1 Autoapreciación	2 Ánimo negativo	3 Inefectividad	4 Integración social
03	.576			
08	.545			
13	.541			
23	.530			
16	.497			
15	.490			
02	.474			
22		.696		
21		.638		
26		.533		
07		.456		
14		.455		
20		.432		
24		.430		
04		.356		
18		.317		
05			.662	
12			.658	
01			.628	
10			.580	
25				.627
11				.516
06				.421
17				.414
27				.387
09				.352
Varianza explicada (%)	20.19	6.00	5.12	4.637
α	.655	.720	.653	.478

La gráfica de componentes en espacios rotados sugiere factores menores cuando el nivel promedio de correlación es bajo o el número de variables es grande. Los valores después del punto del tercer componente representan los valores de mayor varianza. Aunque tiene la desventaja de ser un método muy subjetivo, sirve para corroborar el número de factores sugeridos por otros métodos. La gráfica de componentes rotados en este caso sugiere cuatro factores a extraer (Gráfica 2).

En las correlaciones por factores para el instrumento de depresión se observa que en los valores más altos se encuentra una relación positiva de la autoapreciación con el ánimo negativo ($r = 0.491$),

así como con la inefectividad (0.469). Por su parte, el factor de ánimo negativo correlaciona más alto con el factor de integración social (0.380) (Tabla 4).

A partir de los resultados, se asumieron dos puntos de corte determinados por la misma población para la prevalencia de rasgos depresivos, encontrándose que, de los 557 participantes, 59.1% no mostraba rasgos depresivos, 23.5% exhibía rasgos de depresión moderada y 10.4% rasgos depresivos severos. En relación al sexo, no se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p = .811$) en cuanto a la ausencia o prevalencia de rasgos depresivos (Tabla 5).

Gráfica 2. Componentes en espacios rotados para la escala CDI.

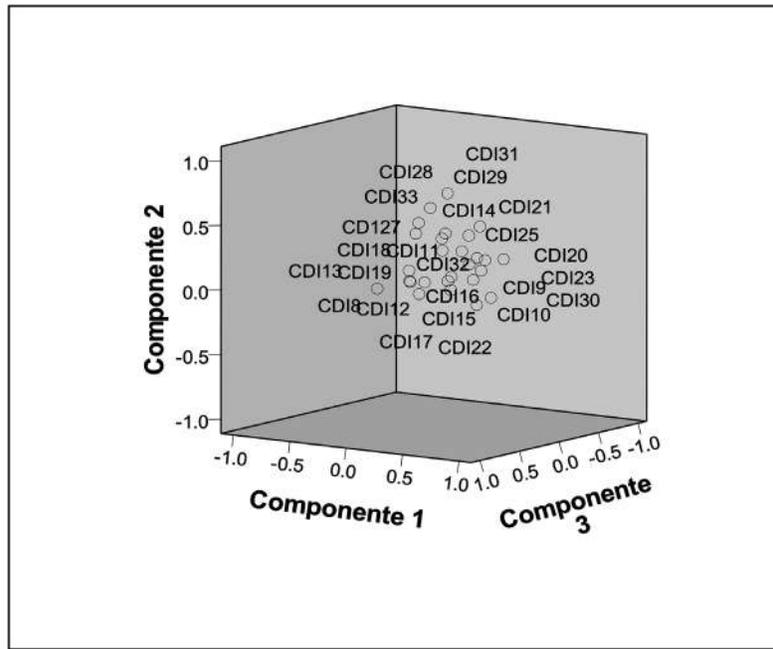


Tabla 4. Valores de intercorrelación de la escala CDI.

	Autoapreciación	Ánimo negativo	Inefectividad	Integración social
Autoapreciación	—			
Ánimo negativo	.491**	—		
Inefectividad	.469**	.376**	—	
Integración social	.378**	.380**	.272**	—

**La correlación es significativa al nivel de 0.01

Tabla 5. Diferencias y valores de media por sexo para la escala CDI (N = 557).

Dimensión	Sexo	Fr.	M	D.E.	F	Sig.
Autoapreciación	Femenino	290	.37	.33	5.79	.016
	Masculino	267	.44	.37		
	Total	557	.41	.35		
Ánimo negativo	Femenino	290	.17	.18	.23	.626
	Masculino	267	.16	.19		
	Total	557	.17	.19		
Inefectividad	Femenino	290	.11	.25	.447	.504
	Masculino	267	.13	.25		
	Total	557	.12	.25		
Integración social	Femenino	290	.31	.30	5.08	.024
	Masculino	267	.37	.30		
	Total	557	.34	.30		

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos demuestran que el índice KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett son consistentes con lo reportado por Coutinho, Carolino y Medeiros (2008). El coeficiente alfa de Cronbach obtenido es asimismo consistente con el reportado por Al-Balhan (2006) en Arabia Saudita (0.85) y con las variaciones encontradas en otros estudios británicos y norteamericanos, que muestran valores de entre 0.86 y 0.94 (Ollendick y Yule, 1990; Weiss et al., 1991). Otros estudios han determinado una consistencia interna de entre 0.71 y 0.83 (Rivera, Bernal y Roselló, 2005; Segura, Posada, Ospina y Ospina, 2010; Vinaccia et al., 2006).

La validez de constructo del instrumento y los cuatro factores que se determinaron en el presente estudio coinciden con los factores determinados por Kovacs (2003), quien describe cinco factores o subescalas en el instrumento. Sin embargo, García, Aluja y Del Barrio (2008) probaron un análisis factorial confirmatorio con una solución de tres, cinco y seis factores en una muestra de niños de 7 a 16 años de edad, determinando que los modelos de cinco y seis factores son más adecuados que los de uno o dos.

Los resultados coinciden con los del estudio realizado por Miranda, Cubillas, Román y Valdez (2009) en población escolar del estado de Sonora y con los de algunos hechos en otros países.

La proporción de 15.1% de la población estudiantil estudiada con rasgos depresivos severos (que sobrepasa la media mundial reportada de 5-10%) es sin embargo inferior a la hallada en algunos estudios que reportan entre 25.2% y 43% de niños con depresión (Vinaccia y cols., 2006; Zapata et al., 2007), pero superior a la obtenida por Garibay, Ji-

ménez, Vieyra, Hernández y Villalón (2014) en el Estado de México (México) de 11.7%; sin embargo, coloca a los escolares objeto del estudio como una población en riesgo. Es importante señalar que la depresión, como malestar psicológico, se relaciona con conductas suicidas y autolesivas, abuso de sustancias adictivas y comportamientos disociales, entre otros (Del Barrio, 2007).

En cuanto a las diferencias por sexo, se encuentran similitudes con los resultados de otras investigaciones en cuanto a que en las edades revisadas no hay diferencias en los rasgos depresivos entre los niños y las niñas; no obstante, otros análisis encuentran que, en efecto, existen dichas diferencias: los hombres puntúan más alto en la ocurrencia de rasgos depresivos comparados con las mujeres.

Los resultados obtenidos evidencian que la escala revisada cuenta con propiedades psicométricas lo suficientemente aceptables para ser utilizada como un instrumento que evalúe rasgos depresivos en niños del estado de Sonora; pese a ello, es necesario llevar a cabo nuevos estudios cuyos resultados puedan fortalecer estos hallazgos.

En conclusión, se encontró que hay evidencias de que el instrumento empleado cuenta con validez de constructo y contenido y con propiedades psicométricas adecuadas para medir la depresión en los niños de la mencionada entidad. La alta incidencia de la depresión en la misma justifica nuevos estudios cuyo propósito sea el de establecer planes efectivos de prevención y atención a la población escolarizada para aminorar el problema. Entre las desventajas que se encontraron en el presente estudio es que la aplicación masiva en niños de la edad manejada puede ser un distractor y proporcionar probables falsos negativos o positivos.

REFERENCIAS

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K. y Lonnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and justment. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1235-1237.
- Al-Balhan, E. (2006). The Children's Depression Inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion in Kuwaiti youth. *Social Behavior and Personality*, 34(4), 351-366.
- Beck, A.T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.

- Coutinho M., Carolino, Z. y Medeiros, E. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI). Evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300.
- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S. y Murelle, L. (2004). Spanish translation and reliability testing of the Child Depression Inventory. *Child Psychiatry and Humane Development*, 35(1), 75-92.
- Del Barrio, V. (1999). El Children Depression Inventory. Su aplicación en población española. *Clinica y Salud*, 10(3) 393-416.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga (España): Aljibe.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2004). *CDI. Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, V., Roa, M., Olmedo, M. y Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI a la población española. *Acción Psicológica*, 3(1), 263-272.
- García, L., Aluja, A. y Barrio, V. (2008). Testing the hierarchical structure of the Children's Depression Inventory. A multigroup analysis. *Assessment*, 15(2), 153-164.
- Garibay R., J., Jiménez G., C., Vieyra R., P., Hernández G., M. y Villalón L., J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Revista de Medicina e Investigación*, 2(2), 107-111.
- Golfeto, J., Veiga, M., Souza, L. y Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 66-70.
- González-Forteza, C., Arana, D. y Jiménez, A. (2008) Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental*, 31(1), 23-27.
- Herrera, E., Losada, Y., Rojas, L. y Gooding, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 154-164.
- Herrera, E., Rojas, L.A. y Losada, Y. (2006). Prevalencia de la sintomatología depresiva, características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva. *Memorias del XII Congreso Colombiano de Psicología*, Medellín, Colombia, 3-6 de mayo.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lieberknecht, J., Dalbosco, D. y Ruschel, D. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- López S., C., Alcántara M., V., Fernández, V., Castro, M. y López P., J.A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- Mantilla, L., Sabalza, L., Ojeda, J., Caraballo, E., Campo, A. y Díaz, L., (2003). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga. *Memorias del 35 Congreso Colombiano de Psiquiatria*, Cali, Colombia, 9-12 de octubre.
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32(6), 495-502.
- Ollendick, T. y Yule, W. (1990). Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1), 126-129.
- Rivera, C., Bernal, G. y Rosselló, J. (2005). The Children Depression Inventory (CDI) and the Beck Depression Inventory (BDI): Their validity screening measures for major depression in a group of Puerto Rican adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 485-498.
- Segura, S., Posada, S., Ospina, M. y Ospina, H. (2010). Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescentes entre 12 y 17 años del municipio de Sabaneta del departamento de Antioquia. *International Journal of Psychological Research*, 3(2), 63-73.
- Solís, F. (2009). *Aportes al análisis de la validez y de la confiabilidad del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs, como herramienta de tamizaje para la evaluación de los indicadores de riesgo de depresión, en una muestra de niños costarricenses, escolarizados, de edades comprendidas entre los 7 y 12 años, de población no clínica*. Tesis de Especialidad en Psicología Clínica. San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Tabachnick, B. y Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Torres, Y., Posada, J., Bareño, J. y Berbesí, D. (2010). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en los adolescentes en Colombia. En Y. Torres (Ed.): *Situación de salud mental del adolescente: Estudio Nacional de Salud Mental* (pp. 105-136). Medellín (Colombia): Universidad CES.
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C. y Quiceno, J. (2006). Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del Child Depression Inventory. *Diversitas, Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217-227.
- Weiss, B., Weisz, J., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. y Finch, A. (1991). Developmental differences in the factor structure of the Children's Depression Inventory. *Psychological Assessment*, 3(1), 38-45.

- Williams, S.B., O'Connor, E.A., Eder, M. y Whitlock, E.P. (2009). Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 123(4), 716-735.
- World Federation for Mental Health (2012, October). *Depression: A global crisis*. Geneva: WHO.
- Zapata G., J.N., Figueroa G., M., Méndez D., N, Miranda L., V.M., Linares S., B., Carrada B., T., Vela, O. y Rayas L., A.M. (2007). Depresión asociada a disfunción familiar en la adolescencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64(5), 295-301.

Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana

Pattern of sexual behaviors before and after of HIV diagnosis in Mexican population

*Nancy Patricia Caballero Suárez^{1,2}, Evelyn Rodríguez Estrada²,
María Candela Iglesias Chiesa², Gustavo Reyes Terán²
y Angélica Riveros Rosas³*

RESUMEN

En México, la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, con más de 97% de los nuevos casos anuales adquiridos por esta vía. Para diseñar mejores estrategias de prevención de la transmisión sexual en personas con VIH (PVVIH), es necesario entender los cambios en las conductas sexuales en estos individuos. El objetivo de este estudio fue describir y comparar el patrón de conducta sexual antes y después del diagnóstico de VIH. En un estudio transversal, se aplicó un cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales, basado en la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual, a una muestra de 207 PVVIH bajo tratamiento antirretroviral. Se ofrecen datos de sexo y preferencia sexual. Se encontró una disminución en el número de parejas sexuales y en la frecuencia de las prácticas sexuales (vaginales, anales y orales) después del diagnóstico, además de una recuperación de la frecuencia de estas prácticas en el momento actual. Los cambios mostraron diferencias dependiendo de la orientación sexual del participante y del tipo de pareja sexual (ocasional o estable). El grupo con mayor uso consistente del condón fue el de hombres homosexuales, seguido por hombres heterosexuales, mujeres y hombres bisexuales. Los hallazgos muestran la necesidad de diseñar estrategias de prevención sexual focalizadas en la orientación sexual y el tipo de pareja sexual.

Palabras clave: VIH; Conducta sexual; Parejas sexuales; Uso de condón; Orientación sexual.

ABSTRACT

Sexual contact constitutes the main route for HIV transmission in Mexico, accounting for over 97% of new HIV cases annually. A better understanding of the changes in sexual behavior experienced after HIV diagnosis is a key for implementing successful prevention strategies in people living with HIV (PLWHIV). The aim of this study was to describe and compare the changes in the pattern of sexual behavior before and after HIV diagnosis. In this transversal study, the Sexual Behavior Patterns Questionnaire, based on the Student Survey on Sexual Health, was applied to a sample of 207 PLWHIV, who were under antiretroviral treatment. Data of sex and sexual orientation are offered. Results revealed a decrease in the number of sexual partners and frequency of sex (vaginal, anal and oral) after diagnosis, as well as a recovery of frequency of these sex practices at the present time. Changes showed differences depending on the sexual orientation and type of sexual partner (casual or regular). Regardless of the sexual practices reported, consistent condom use was higher

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, tel. (55)51-71-46-97, correo electrónico: nancy.caballero@cieni.org.mx. Artículo recibido el 3 de enero y aceptado el 27 de febrero de 2015.

² Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México.

³ Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, Circuito Exterior s/n, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

in self-declared homosexual male participants, followed by male heterosexual and male bisexual ones. These findings point out the need to develop sexual prevention strategies based on sexual orientation and type of sexual partner in PLWHIV.

Key words: HIV; Sexual behavior; Sexual partners; Condom use; Sexual orientation.

INTRODUCCIÓN

Los avances en el tratamiento antirretroviral han convertido a la infección por VIH en una enfermedad crónica, han generado una disminución en el número de muertes por sida (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2013) y han contribuido a que las personas que viven con VIH (PVVIH en lo sucesivo) tengan una mayor expectativa y calidad de vida (Liu et al., 2006; Lohse et al., 2007).

A pesar de los avances en materia de tratamiento y prevención, la propagación de la infección por VIH continúa. En el año 2013 se reportaron en el mundo 1.9 millones nuevas infecciones, la mayoría de ellas por transmisión sexual, alcanzándose un total de 35.3 millones de PVVIH (UNAIDS, 2013).

El diagnóstico tardío y las conductas sexuales de riesgo en PVVIH contribuyen a que la epidemia siga avanzando (Cañas, García y Andérica, 2003; Essomba et al., 2013; Steinbrook, 2008; Trujillo y Gorbea, 2008). En Estados Unidos, se estima que una de cada cinco PVVIH no conoce su diagnóstico (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2012); no están disponibles en los países en desarrollo datos similares, pero es probable que esta proporción sea mayor.

El tratamiento antirretroviral gratuito universal en México se aprobó en el año 2003; sin embargo, los casos nuevos de infección por VIH no han disminuido de forma significativa en los años subsecuentes (Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH [CENSIDA], 2010, 2014a). Los datos más recientes reportaron 9,300 nuevas infecciones durante 2013, alcanzándose un total acumulado de 180 mil PVVIH, lo que representa una prevalencia nacional de 0.23% (CENSIDA, 2014a).

La principal vía de transmisión del VIH en México es la sexual, con más de 97% de los nuevos casos anuales que adquirieron el virus por esta vía (CENSIDA, 2014a, 2014b). El grupo de edad más afectado es el comprendido entre 20 y 49 años (CENSIDA, 2010, 2014b). La epidemia se concentra en poblaciones clave, entre las que destacan los trabajadores sexuales hombres (TSH), con una prevalencia reportada de 24.1%; los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), de 17.3% (Bautista, Colchero, Cortés, Sosa y Romero, 2014); las mujeres transgénero y trabajadoras sexuales (MT-TS), de 15.5% (Gutiérrez, Franco, Sansores y Shiba, 2012a), los usuarios de drogas inyectadas (UDI), de 2.5% (Bautista et al., 2014), y las trabajadoras sexuales (TSM), de 0.67% (Gutiérrez et al., 2012a).

El patrón de conducta sexual se define como un conjunto de conductas relativas al sexo que realiza una persona en determinado periodo de tiempo (Bianco, 2010). Considera el número de parejas sexuales, el tipo de pareja sexual (hombre o mujer, estable u ocasional), el tipo de prácticas sexuales realizadas (sexo vaginal, anal y oral y masturbación), la frecuencia de contactos sexuales y el uso de condón en estas prácticas.

El estudio del patrón de conducta sexual constituye una forma de identificar conductas sexuales de riesgo para la adquisición del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y, con base en ello, generar estrategias de reducción de riesgo focalizadas (Wellings et al., 2006).

En México, los estudios sobre el patrón de conducta sexual se han enfocado en la población sin VIH, sobre todo el uso del condón en poblaciones clave y las prácticas sexuales de adolescentes y adultos jóvenes (Padilla y Díaz-Loving, 2011; Pérez de la Barrea y Pick, 2006; Robles, 2005). En TSH, TSM y TS-MT sin VIH diagnosticado, el promedio total observado de uso del condón en los años 2012 y 2013 fue de 86.6% (reporte de uso del condón con el último cliente). Este porcentaje fue superior al registrado en 2011 de TSH (59.8%) y TSM (65.2%) (Bautista et al., 2014; Gutiérrez, et al., 2012a). En 2013, 73.1% de los HSH reportaron haber utilizado condón en su último coito anal, porcentaje similar al reportado en 2011 (Bautista et al., 2014).

La información sobre los cambios en el patrón de conductas sexuales en las PVVIH es limitada y se ha enfocado específicamente en el uso del condón durante el sexo anal en las poblaciones clave antes definidas. Datos de 2011 indican que 65% de HSH (Gutiérrez et al., 2012b) y 70% de travestis, transgéneros y transexuales (TTT) utilizaron condón en sus contactos sexuales anales (Gutiérrez et al., 2012a).

Estudios hechos en otros países sugieren que el diagnóstico de VIH genera cambios en el patrón de conductas sexuales. En las muestras analizadas, antes de conocer el diagnóstico de VIH predominan las conductas sexuales de riesgo, que incluyen el sexo no protegido y las parejas sexuales múltiples (Drumright et al., 2006; Eaton y Kalichman, 2009). Después del diagnóstico, se observa una disminución en el número de contactos sexuales, cambios en el tipo de prácticas sexuales y un aumento del uso del condón (Colfax et al., 2002; Eaton y Kalichman, 2009; Haijiang et al., 2013; Marks, Crepaz, Senterfitt y Janssen, 2001); sin embargo, estos cambios son transitorios. Se ha descrito que los patrones sexuales previos se resumen una vez que la PVVIH se ha adaptado a todos los cambios que generó el diagnóstico (CDC, 2000; Colfax et al., 2002; Gorbach, Drumright, Daar y Little, 2006). Para reducir el riesgo de transmisión del VIH por vía sexual, estos hallazgos resultan relevantes para generar estrategias de prevención duraderas que permitan capitalizar y mantener los cambios en el patrón de conductas sexuales después del diagnóstico.

El comportamiento sexual muestra gran diversidad según la región y el sexo (Wellings et al., 2006). Dicho comportamiento está influido por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, lo que contribuye a que se enfatizen las diferencias (Mackay, 2001). A causa de esta diversidad, resulta importante conocer el patrón de conductas sexuales de poblaciones particulares y determinar si tal patrón se ve afectado por el diagnóstico de VIH con el propósito de diseñar estrategias de prevención efectivas.

Debido a la ausencia de datos que describan los cambios en el patrón de conductas sexuales en México antes y después del diagnóstico de VIH, la finalidad de este estudio fue describir esos

patrones en una muestra de PVVIH de la Ciudad de México. Los objetivos específicos incluyeron, a saber: 1) describir la frecuencia con la que tienen relaciones sexuales; 2) describir el porcentaje de uso consistente del condón en los últimos tres meses; 3) comparar el número de parejas sexuales antes y después del diagnóstico; 4) comparar la frecuencia con que se realizan las diferentes prácticas sexuales (vaginal, anal y oral) con respecto al tipo de pareja sexual (parejas estables y ocasionales) en tres momentos: tres meses antes del diagnóstico, tres meses después del diagnóstico y tres meses antes de la recolección de los datos de este estudio, y 5) comparar la frecuencia del uso del condón en las citadas prácticas.

MÉTODO

Participantes

Se invitó a participar en el estudio a individuos con diagnóstico de VIH, usuarios de la consulta externa del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI), del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional con un diseño transversal (Kerlinger y Lee, 2002) en 299 PVVIH del citado Centro. El tamaño de la muestra se calculó utilizando el software STATA™, versión 2.0, considerando el número total de pacientes atendidos ahí en el año 2011 y un error estándar de .05. Fueron elegibles todas aquellas personas con edad igual o mayor a 18 años que estuvieran recibiendo tratamiento antirretroviral (TARV), con vida sexual activa en los tres meses previos al estudio y que tuvieran análisis clínicos de control virológico (carga viral [CV]) y estado inmunológico (células T CD4) en los seis meses previos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ciencia y Bioética en Investigación del INER. La muestra se recolectó en el periodo de noviembre 2012 a abril 2013. Previa firma del formato de consentimiento informado, se entregaron a los participantes los cuestionarios autoaplicables, mismos que fueron contestados en la sala de espera del Centro.

Se excluyó a todos aquellos pacientes con diagnóstico de demencia asociada a VIH (según

constara en el expediente clínico). De las 299 PVVIH evaluadas, se eliminaron ocho por no completar los instrumentos, nueve por no haber iniciado aún el TARV, y setenta y cinco por no tener vida sexual activa en los últimos tres meses. El análisis final se realizó con una muestra de 207 PVVIH.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra se recolectaron con un cuestionario de opción múltiple elaborado ex profeso para el presente estudio. Se recabaron datos relacionados al sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo viviendo con VIH, orientación sexual, tipo de relación de pareja (estable u ocasional) y tiempo de relación de pareja (en meses). Los datos de control virológico y estado inmunológico (CV y conteo de linfocitos T CD4) se obtuvieron a través del registro computarizado del laboratorio de diagnóstico virológico del CIENI.

El cuestionario sobre el patrón de conductas sexuales, basado en la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS), elaborada y validada en población mexicana por Robles y Díaz-Loving (2011), se utilizó para recabar información sobre la historia de actividad sexual de los participantes. Dicho cuestionario es un instrumento mixto de trece reactivos que incluye preguntas tipo Guttman, abiertas (cuya respuesta sólo puede ser numérica) y tipo Likert. El instrumento recaba información sobre la frecuencia de relaciones sexuales (reactivo tipo Guttman), el número de parejas sexuales antes y después del diagnóstico, el número de parejas sexuales en los últimos tres meses, el número de contactos sexuales y de uso de condón en estos contactos en los últimos tres meses (preguntas abiertas) y la frecuencia de cada una de las prácticas sexuales (sexo vaginal, anal y oral, con parejas estables y con parejas ocasionales), así como la frecuencia de uso del condón en cada una de estas prácticas mediante reactivos tipo Likert. Estos últimos datos se recolectaron en referencia a tres momentos: tres meses antes del diagnóstico, los primeros tres meses después del diagnóstico y los tres meses anteriores a la aplicación del cuestionario.

El porcentaje de uso del condón se calculó dividiendo el número de veces que se utilizó el

condón entre el número de contactos sexuales en los últimos tres meses y multiplicando el cociente por cien. El uso consistente del condón se definió como el cien por ciento de relaciones sexuales protegidas (Robles et al., 2006).

ANÁLISIS DE DATOS

La descripción de los datos se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. Debido a la distribución no normal de los datos obtenidos, el análisis comparativo del patrón de conductas sexuales se llevó a cabo mediante pruebas no paramétricas. Se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para comparar el número de parejas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH, así como la prueba de Friedman para comparar el patrón de prácticas sexuales y de uso del condón en los tres periodos ya descritos. El análisis de los datos del cambio en el patrón de conductas sexuales se hizo de acuerdo al sexo y orientación sexual de los participantes. El nivel de significancia se estableció en .05. Los datos se analizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 21.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Considerando el sexo y la orientación sexual con la cual se identificaron las PVVIH participantes, se establecieron cuatro grupos para realizar el análisis de patrones de conducta sexual: hombres homosexuales, heterosexuales y bisexuales y mujeres.

USO CONSISTENTE DEL CONDÓN

Los hombres homosexuales representaron el grupo con mayor uso consistente del condón (uso en la totalidad de las relaciones sexuales en los últimos tres meses) (77.9%, $n = 109$), seguido de los hombres heterosexuales (74.2%, $n = 23$), las mu-

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra.

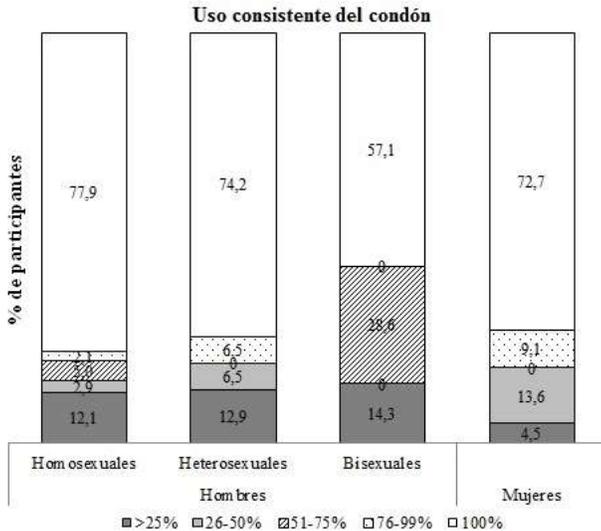
Variable		Total n (%) n = 207	Hombres n (%) n = 185 (89.4)	Mujeres n (%) n = 22 (10.6)
Edad*	(años)	35.6 (8.44)	35.4 (8.65)	36.91 (6.46)
Orientación sexual	Homosexual	140 (67.6)	139 (75.5)	0
	Heterosexual	53 (25.6)	31 (16.8)	22 (100)
	Bisexual	14 (6.8)	14 (7.6)	0
Ocupación	Con empleo	147 (71.0)	135 (73.0)	12 (54.5)
	Sin empleo	41 (19.8)	38 (20.5)	3 (13.6)
	Estudiante	10 (4.8)	10 (5.4)	0
	Hogar	9 (4.3)	2 (1.1)	7 (31.8)
Estado civil (n = 206)	Solteros	165 (79.7)	155 (83.8)	10 (45.4)
	Casados	41 (19.8)	30 (16.2)	11 (54.6)
Tipo de pareja	Estable	117 (56.5)	99 (53.5)	18 (81.8)
	Ocasionales	64 (30.9)	61 (33.0)	3 (13.6)
	Ambas	26 (12.6)	25 (13.5)	1 (4.5)
Escolaridad (n = 206)	Básica	47 (22.7)	38 (20.7)	9 (40.9)
	Media	71 (34.3)	60 (32.9)	11 (50.1)
	Superior	69 (33.3)	67 (36.2)	2 (9.0)
	Posgrado	19 (9.2)	19 (10.2)	0
Tiempo con el diagnóstico de VIH*	(meses)	61.57 (58.32)	60.52 (58.96)	70.36 (53.08)
Células CD4 T *	(cells/mm3)	445 (273)	440.02 (278.98)	490.68 (216.83)
Carga viral	Detectable	55 (26.6)	50 (27.1)	5 (22.7)
	Indetectable	152 (73.4)	135 (72.9)	17 (77.3)
	(copias/ml)*	67,973 (154,803)	74,727 (160,926)	439 (812)
Frecuencia de relaciones sexuales (n = 201)	Poco (dos veces al año)	24 (11.6)	22 (11.9)	2 (9.1)
	Algo (cada dos o tres meses)	26 (12.6)	24 (13.0)	2 (9.1)
	Medianamente (cada mes)	38 (18.8)	35 (18.9)	3 (13.6)
	Frecuentemente (cada una o dos semanas)	90 (43.5)	76 (41.1)	14 (63.6)
	Muy frecuentemente (cada dos o tres días o diario)	23 (11.1)	23 (12.4)	0
	No contestaron	6 (2.9)	5 (2.7)	1 (4.5)

* Media (DE).

...eres (72.7%, n = 16) y los hombres bisexuales (57.1%, n = 8). La distribución del uso del condón

...respecto al sexo y la orientación sexual de los participantes se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Proporción del uso consistente del condón de acuerdo al sexo y orientación sexual de los participantes.



Cambios en el patrón de conducta sexual antes y después del diagnóstico de VIH

Número de parejas sexuales

La totalidad de los hombres, independientemente de su orientación sexual, mostró una disminución significativa en el número de parejas sexuales después del diagnóstico de VIH, de una mediana de 9.5 parejas antes del diagnóstico ($\chi = 56.16$, D.E. = 205.494, rango = 1-1502), a una de tres parejas después del mismo ($\chi = 16.48$, D.E. = 52.276, rango = 1-500, $z = -7.219$, $p < .001$). En el total de mujeres hubo una disminución significativa en el número de parejas ($z = -.183$, $p = .029$), de una mediana de dos parejas antes del diagnóstico ($\chi = 5.05$, D.E. = 8.879, rango = 1-40) a una de una pareja después ($\chi = 1.81$, D.E. = 1.479, rango = 1-6).

El 10.9% ($n = 20$) de los hombres y 13.6% ($n = 3$) de las mujeres no especificó el número de parejas sexuales antes del diagnóstico, y 15.2% ($n = 28$) de los hombres y 4.5% ($n = 1$) de las mujeres no lo hicieron para después del diagnóstico. Los principales motivos referidos para no responder fueron "No lo recuerdo" y "Ya perdí la cuenta" o "No llevo la cuenta". Se excluyó a un participante varón por haber reportado un valor extremo en el número de parejas (seis mil).

Como grupo, los hombres homosexuales y bisexuales fueron los que tuvieron en promedio el

mayor número de parejas sexuales, tanto antes como después del diagnóstico. Ambos grupos tuvieron una mediana de diez parejas antes del diagnóstico. Después del mismo, en los homosexuales la mediana fue de tres parejas y en los bisexuales de cuatro parejas; sin embargo, el número máximo de parejas fue mayor en el grupo de hombres homosexuales en los dos momentos evaluados: un máximo de 1,502 parejas en homosexuales antes del diagnóstico, en comparación con 1,010 parejas en bisexuales; 500 parejas como máximo en los homosexuales después del diagnóstico y 101 en los bisexuales. El grupo de hombres heterosexuales tuvo una mediana de cinco parejas antes del diagnóstico (máximo de setenta parejas) y de una pareja después del diagnóstico (máximo de quince).

Al considerar el sexo y tipo de pareja sexual (estable y ocasional), se encontró una disminución en el número de parejas después del diagnóstico en todos los grupos. Estas diferencias fueron significativas en los siguientes grupos: 1) hombres homosexuales en el total de parejas ($z = -6.023$, $p < .001$) y las parejas hombres ($z = -6.525$, $p < 0.001$); 2) el de hombres heterosexuales en el total de parejas ($z = -4.010$, $p < .001$) y las parejas mujeres ($z = -3.821$, $p < .001$); 3) el de hombres bisexuales en las parejas hombres ($z = -2.083$, $p = .037$), pero no en las parejas mujeres.

Además, se observó que los individuos de los cuatro grupos arriba mencionados, independientemente de la orientación sexual autorreportada, tuvieron relaciones sexuales con personas de ambos sexos. En los hombres homosexuales, 9.2% ($n = 13$) de las parejas antes del diagnóstico y 2.8% ($n = 4$) después del diagnóstico fueron mujeres. En el grupo de hombres heterosexuales, 16.1% ($n = 5$) de los participantes reportaron tener relaciones sexuales con parejas masculinas antes de recibir el diagnóstico de VIH y 12.9% ($n = 3$) después del mismo. En el grupo de hombres bisexuales predominó la actividad sexual con personas de su mismo sexo, reportado por 78.3% ($n = 11$) antes y 71.4% ($n = 10$) después del diagnóstico. La actividad sexual con mujeres en el grupo de hombres bisexuales fue reportada en 56.9% ($n = 8$) de los participantes antes y después del diagnóstico. El 9% ($n = 2$) de las mujeres heterosexuales reportó tener parejas sexuales femeninas después haber recibido el diagnóstico de VIH.

Frecuencia de prácticas sexuales y uso del condón

La frecuencia de las prácticas sexuales y del uso del condón en estas prácticas se evaluó estratificando por tipo de relación de pareja (estable u ocasional) y por tipo de práctica sexual (anal, vaginal y oral), y los datos se compararon en los tres tiempos ya citados.

El grupo de hombres homosexuales reportó tener solo prácticas sexuales anales y orales, siendo las más comunes las prácticas anales, tanto con parejas estables como ocasionales; debido a ello, las prácticas vaginales no se describen. Se observó una disminución significativa en la frecuencia de las prácticas anales y orales reportadas después del diagnóstico con ambos tipos de pareja, así como un incremento de estas prácticas después del diagnóstico: sexo anal ($\chi^2 = 24.645$, $p < .001$ con parejas estables; $\chi^2 = 28.077$, $p < .001$ con parejas ocasionales) y en actividad sexual oral ($\chi^2 = 22.745$, $p < .001$ con parejas estables; $\chi^2 = 25.834$, $p < .001$ con parejas ocasionales).

El uso del condón en este grupo aumentó después del diagnóstico en todas las prácticas sexuales, independientemente del tipo de pareja, y mantuvo esa tendencia hasta el momento actual. Los cambios fueron significativos únicamente en las prácticas de sexo anal con ambos tipos de pareja ($\chi^2 = 22.745$, $p < .001$ con pareja estable; $\chi^2 = 16.585$, $p < .001$ con parejas ocasionales).

En el grupo de hombres heterosexuales, la práctica sexual más frecuente fue la vaginal, seguida por la oral y anal. En este grupo, se presentó un cambio significativo en la frecuencia de prácticas vaginales con pareja estable a lo largo del tiempo ($\chi^2 = 11.760$, $p = .003$), disminuyendo esta práctica en los meses posteriores al diagnóstico y recuperándose en el momento actual. La frecuencia del resto de las prácticas sexuales, tanto con pareja estable como ocasional, mostró una disminución no significativa en los tres periodos de comparación.

Los hombres heterosexuales aumentaron el uso del condón en todas las prácticas sexuales en las parejas estables y en las prácticas vaginales de las parejas ocasionales; sin embargo, estos cambios fueron significativos solamente en las prácticas vaginales con pareja estable ($\chi^2 = 11.760$, $p = .003$). La frecuencia de uso de condón disminuyó en el

sexo anal y oral con parejas ocasionales, pero no significativamente.

En los hombres bisexuales, las prácticas más comunes fueron las anales y vaginales, seguidas de las orales. Se observó una disminución en la frecuencia de la actividad sexual (sexo vaginal, anal y oral) después del diagnóstico, con una recuperación en el momento actual, a excepción del sexo vaginal con pareja ocasional, que mantuvo el decremento. Ninguno de estos cambios resultó ser significativo.

El uso del condón con pareja estable y ocasional disminuyó después del diagnóstico en las tres prácticas sexuales, recuperándose solamente en el sexo vaginal con parejas estables al momento del estudio. Estos cambios no resultaron significativos.

En las mujeres, las prácticas más comunes fueron las vaginales. En parejas estables, la actividad sexual vaginal y oral tuvo una disminución transitoria en los meses después del diagnóstico, para recuperarse en el momento actual, sin ser estadísticamente significativa. El sexo anal con pareja estable aumentó significativamente con el tiempo ($\chi^2 = 6.33$, $p = .042$). Con parejas ocasionales, el sexo vaginal fue la única práctica sexual reportada y no mostró modificaciones con respecto al tiempo del diagnóstico.

El porcentaje de mujeres que utilizaron el condón en la mayoría (> 80%) de sus contactos sexuales aumentó después del diagnóstico en todas las prácticas sexuales en ambos tipos de relación de pareja (estable y ocasional). Este incremento fue significativo en el caso del sexo vaginal con pareja estable ($\chi^2 = 7.00$, $p = .030$).

DISCUSIÓN

Este estudio constituye, al parecer, el primer reporte sobre los cambios en el patrón de conductas sexuales en personas diagnosticadas con VIH en México. De forma similar a lo reportado (CDC, 2000; Colfax et al., 2002; Eaton y Kalichman, 2009; Gorbach et al., 2006; Haijiang et al., 2013; Marks et al., 2001), todos los grupos (hombres homosexuales, heterosexuales y bisexuales y mujeres) mostraron, en términos generales, una disminución en el número de parejas sexuales y en

la frecuencia de las prácticas sexuales (vaginales, anales y anales), así como un aumento en la frecuencia del uso del condón luego del diagnóstico de VIH, además de una recuperación de la frecuencia de las prácticas sexuales en el momento actual, similar al nivel en el que se realizaban antes del diagnóstico. Ello puede deberse, como se ha descrito en otros estudios (CDC, 2000; Colfax et al., 2002; Gorbach et al., 2006) a un periodo de adaptación a los cambios que genera el diagnóstico.

En algunos grupos se encontró que la frecuencia con que se realizan las diferentes prácticas sexuales y la frecuencia del uso del condón en ellas estuvo determinada por el sexo y la orientación sexual de los participantes, así como por el tipo de pareja (estable u ocasional).

A los hombres bisexuales preocupa la tendencia a disminuir la frecuencia de uso del condón en los tres tipos de prácticas sexuales con parejas ocasionales después del diagnóstico, además de que es el grupo que tiene un mayor porcentaje de participantes que no usan consistentemente el condón. Los hombres heterosexuales también significan un riesgo de transmisión de VIH a sus parejas ocasionales por la disminución de la frecuencia del uso del condón en el sexo anal. Se ha descrito que es mucho más probable que las PVVIH no informen su diagnóstico a parejas ocasionales (Driskell, Salomon, Mayer, Capistrant y Safren, 2008), lo que podría dificultar la negociación del uso de condón con esas parejas, y es en este aspecto en el que tendrían que enfocarse las estrategias de prevención.

En el caso de las mujeres, aunque hubo un incremento en el uso del condón después del diagnóstico en todas las prácticas, hubo un inesperado aumento en la frecuencia de las prácticas anales después del diagnóstico, diferente a lo reportado en otros estudios (CDC, 2000; Marks et al., 2001), lo que podría deberse a una falsa creencia de que el sexo anal tiene menores riesgos, por lo cual resulta relevante investigar si estos datos se replican en otras muestras y las razones del incremento en esta práctica de mayor riesgo.

Los tipos de prácticas sexuales tienen diferente riesgo en la transmisión del VIH. Es el sexo anal receptivo no protegido el que significa el mayor riesgo, seguido del sexo vaginal y del anal insertivo (Antela, 2004; Secretaría General de Sa-

nidad de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, 2009); el sexo oral tiene un riesgo mínimo, aunque entraña un riesgo mayor para otras ITS (Smith et al., 2005; Vera, Cerón y Góngora, 2004). Es por ello que en la mayoría de los estudios actuales (cf. Millett, Flores, Peterson y Bakeman, 2007) se considera a los HSH como población clave, independientemente de su orientación sexual declarada.

En este estudio se reportan los hallazgos por sexo y orientación sexual de los participantes con la finalidad de describir los patrones de conductas sexuales, sin establecer una población clave o de alto riesgo. Sin embargo, una minoría de los individuos, independientemente de su orientación sexual declarada, reportaron prácticas sexuales con parejas de ambos sexos, lo que tiene relevancia para el diseño de estrategias de prevención.

Tres variables importantes que pueden influir en el riesgo de transmisión del VIH no fueron recabadas en este estudio. La primera fue el rol que desempeñan las PVVIH en sus prácticas sexuales anales (pasivo, activo o ambos); la segunda, el conocimiento del estado serológico de VIH (positivo o negativo) de la pareja, y la tercera la fecha de inicio del TARV. En este estudio, todos los participantes se encontraban bajo TARV y la mayoría en control virológico, condiciones que reducen la probabilidad de transmisión del VIH en las relaciones sexuales sin protección (Cohen et al., 2011); sin embargo, se considera relevante evaluar en posteriores estudios el cambio en el patrón de conductas sexuales antes (con carga viral alta) y después de iniciar el TARV para analizar el rol de esta variable en el cambio de las conductas sexuales.

El estudio presenta algunas limitaciones inherentes a un estudio transversal y a la investigación de conductas sexuales. En primer lugar, la medición de tres momentos en el tiempo de forma retrospectiva puede afectar el recuerdo, sobre todo en las mediciones antes y después del diagnóstico de VIH, considerando que el promedio de tiempo del diagnóstico en esta muestra fue de cinco años.

En segundo lugar, es importante considerar que la medición de las conductas sexuales ha representado un reto a la investigación porque se trata de conductas privadas e íntimas imposibles de observar directamente, por lo que las medidas

disponibles son indirectas y se ven afectadas por la memoria, la posible falta de claridad en las preguntas —que afecta la comprensión de las mismas— y la deseabilidad social (Geary, Tchupo, Johnson, Cheta y Nyana, 2003). Esto es particularmente relevante en la cultura mexicana, en la que hablar de esos temas aún genera cierto grado de vergüenza y malestar (Collignon-Goribar, 2009).

La forma en que se realizó la medición de las conductas sexuales en este estudio intentó disminuir los problemas que la misma entraña al utilizar las propuestas que aumentan la validez de la medida de tal variable (Jaccard y Wan, 1995), como el reporte del número de parejas o del número de veces que se utilizó el condón en un periodo de tiempo específico, además de una escala Likert para evaluar la frecuencia del uso del condón en las diferentes prácticas sexuales. También, con el fin de reducir este sesgo, se garantizó por escrito la confidencialidad de los datos a los participantes

voluntarios a través del formato de consentimiento informado, y asimismo se aclararon las dudas que pudieran surgir en torno a la comprensión de las preguntas.

Los hallazgos de este estudio muestran la necesidad de desarrollar estrategias para la prevención de la transmisión del VIH por vía sexual, diferenciadas y específicas para cada sexo y cada orientación sexual, además de que indican que es importante tomar en cuenta el momento en que se llevará a cabo la intervención, toda vez que el patrón de la conducta sexual es distinto en personas con y sin diagnóstico y en personas que ya tienen tiempo de conocerlo. La disminución natural de las conductas de riesgo en la mayoría de los grupos analizados tras el diagnóstico representa una ventana de oportunidad para diseñar estrategias que ayuden a las personas a mantener estos comportamientos en el tiempo.

REFERENCIAS

- Antela, A. (2004). *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.
- Bautista A., S., Colchero, M.A., Cortés, M.A., Sosa R., S.G. y Romero, M. (2014). *Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida*. Reporte a FUNSAUD. México: FUNSAUD.
- Bianco, F. (2010). La variante fisiológica aplicada al patrón y la función sexual. En *Memorias de la Sociedad Venezolana de Sexología Médica* (pp. 65-78). Caracas: SVSM.
- Cañas, E., García L., F.J. y Andérica, G. (2003). Epidemiología de la infección VIH y SIDA. En J. Pechón, E. Pujol y A. Rivero (Eds.): *La infección por VIH: Guía práctica* (2ª ed.) (pp. 37-54). Sevilla (España): Gráficas Monterreina.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2000). Adoption of protective behaviors among persons with recent HIV infection and diagnosis: Alabama, New Jersey, and Tennessee, 1997-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49(23), 512-515.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). *Fact sheet. HIV in the United States: The stages of care*. Atlanta, GA: CDC. Disponible en línea: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/research_mmp_StagesofCare.pdf.
- Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH (CENSIDA) (2010). *Estadísticas*. México: Secretaría de Salud. Disponible en línea: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30jun2010/estadist30Jun2010.pdf>.
- Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH (CENSIDA) (2014a). *Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el SIDA*. México: Secretaría de Salud. Disponible en línea: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/garp2014.pdf>.
- Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH (CENSIDA) (2014b). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 30 de junio de 2014*. México: Secretaría de Salud. Disponible en línea: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2014_2.pdf.
- Cohen, M., Chen, Y., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M., Kumarasamy, N. y Fleming, T. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England Journal of Medicine*, 365(6), 493-505.
- Colfax, G., Buchbinder, S., Cornelisse, P., Vittingoff, E., Mayer, K. y Celum, C. (2002). Sexual risk behaviors and implications for secondary transmission during and after HIV seroconversion. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 16, 1529-1535.
- Collignon-Goribar, M.M. (2009). Construcción social de la sexualidad y el SIDA en el México contemporáneo. *Renglones*, 60, 1-15.

- Driskell, J.R., Salomon, E., Mayer, K., Capistrant, B. y Safren, S. (2008). Barriers and facilitators of HIV disclosure: Perspectives from HIV-infected men who have sex with men. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 7(2), 135-156.
- Drumright, L.N., Little, S.J., Strathdee, S.A., Slymen, D.J., Araneta, M.R., Malcarne, V.L. y Gorbach, P.M. (2006). Unprotected anal intercourse and substance use among men who have sex with men with recent HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43, 344-350.
- Eaton, L.A. y Kalichman, S.C. (2009). Changes in transmission risk behaviors across stages of HIV disease among people living with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses of AIDS Care*, 20(1), 39-49.
- Essomba, N., Kollo, B., Bitá F., A., Sume, G., Dissongo, J., Owona M., J. y Lehman, L. (2013). Sexual risk behaviours among patients living with HIV/AIDS in Douala in 2012. *Health Sciences and Disease*, 14(1), 36-43.
- Geary, C.W., Tchupo, J.P., Johnson, L., Cheta, C. y Nyana, T. (2003). Respondent perspectives on self-report measures of condom use. *AIDS Education and Prevention*, 15(6), 499-515.
- Gorbach, P.M., Drumright, L.N., Daar, E.S. y Little, S.J. (2006). Transmission behaviors of recently HIV infected men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42, 80-85.
- Gutiérrez J., P., Franco, A., Sansores, D. y Shiba A., R. (2012a). *Informe técnico analítico sobre la prevalencia del VIH, así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual y en personas transexuales y personas transgénero*. México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gutiérrez J., P., Franco, A., Sansores, D. y Shiba A., R. (2012b). *Informe técnico analítico sobre seroprevalencia de VIH y factores de riesgo y vulnerabilidad en hombres homosexuales y hombres bisexuales. Proyecto para determinar la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad en hombres homosexuales y hombres bisexuales*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Haijiang, L., Yingying, D., Xing, L., Weiming, Z., Meiyang, G. y Na, H. (2013). Changes in sexual behaviors among HIV-infected individuals after their HIV diagnosis in a rural prefecture of eastern China. *PLoS ONE*, 8(3), e59575.
- Jaccard, J. y Wan, C.K. (1995). A paradigm for studying the accuracy of self-reports of risk behavior relevant to AIDS: empirical perspectives on stability, recall bias, and transitory influences. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1831-1858.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2013). *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Geneva, Switzerland: UNAIDS. Disponible en línea: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Liu, C., Johnson, L., Ostrow, D., Silvestre, A., Visscher, B. y Jacobson, L.P. (2006). Predictors of quality of life in the HAART era among HIV-infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42, 470-477.
- Lohse, N., Hansen, A.B., Pedersen, G., Kronborg, G., Gerstoft, J., Sørensen, H.T., Vaeth, M. y Obel, N. (2007). Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. *Annals of Internal Medicine*, 146(2), 87-95.
- Mackay, J. (2001). Global sex: sexuality and sexual practices around the world. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(1), 72-81.
- Marks, G., Crepaz, N., Senterfitt, J.W. y Janssen, R.S. (2001). Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39, 446-453.
- Millett, G., Flores, F., Peterson, J.L. y Bakeman, R. (2007). Explaining disparities in HIV infection among black and white men who have sex with men: A meta-analysis of HIV risk behaviors. *AIDS*, 21, 2083-2091.
- Padilla, N. y Díaz-Loving, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza en Investigación en Psicología*, 16(2), 309-322.
- Pérez de la Barrea, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 330-340.
- Robles, S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón*. Tesis de Doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E. y Hernández P., R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-17.
- Secretaría General de Sanidad de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior (2009). *III Reunión Nacional sobre prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Smith, D.K., Grohskopf, L.A., Black, R.J., Auerbach, J.D., Veronese, F. y Struble, K.A. (2005). Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recommendations and Reports*, 54(RR-2), 1-20.
- Steinbrook, R. (2008). The AIDS epidemic: a progress report from Mexico City. *The New England Journal of Medicine*, 359.

- Trujillo, P. y Gorbea M., C. (2008). Actualidades epidemiológicas acerca de la infección por VIH en el mundo. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75, 181-184.
- Vera G., L., Cerón B., B. y Góngora B., R. (2004). Hombres que tienen sexo con hombres: conocimientos y prácticas sexuales en relación a la epidemia del VIH/SIDA en Mérida, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 15, 157-163.
- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D. y Bajos, N. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, 368 (9548), 1706-1728.

REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos originales en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, por vía electrónica, al correo rbulle@uv.mx o rbugo46@hotmail.com. Se acusará recibo de los textos por dicha vía electrónica, pero no se extenderán cartas de aceptación sino hasta que la revisión por el Editor y el posterior arbitraje, hecho por pares académicos de manera anónima, sea aprobatorio. Se remitirá a los autores la separata de los artículos aceptados una vez que hayan sido editados.
3. Si bien se reciben los trabajos por vía postal, es preferible que se envíen a las direcciones electrónicas indicadas.
4. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán acompañar sus artículos de un resumen en este idioma y en inglés, y utilizando un máximo de cinco descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto en ambos idiomas. Las palabras clave no deben repetir términos que ya están en el título y el resumen; son sinónimos u otros términos relacionados que facilitan las búsquedas online en las bases de datos internacionales.
5. Los artículos se acompañarán de una declaración que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, aun cuando sean modificados, a menos que medie la autorización expresa del Editor, toda vez que *PSICOLOGÍA Y SALUD* adquiere los derechos autorales de los textos publicados.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Consejo Editorial se reservará el derecho de aceptar su publicación.

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

7. El artículo no deberá exceder de doce páginas en interlineado sencillo, sin sangría en los párrafos, en fuente Times New Roman de doce puntos y corrido a la izquierda. Los márgenes izquierdo y derecho medirán por lo menos dos centímetros y medio.
8. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se modifique el sentido del artículo.
9. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente. Deberá redactarse en inglés y en español, al igual que las palabras clave.
10. El nombre y el apellido del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión. En nota al pie de la primera página se indicará el nombre de la institución en que labora cada uno de los autores, su dirección postal completa, números de teléfono y fax y dirección electrónica.
11. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (materiales, sujetos, etc.), Resultados, Discusión y Referencias. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo del contenido.
12. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados. No deberá exceder de 250 palabras, estará redactado en inglés y español e insertado al principio del artículo.
13. En caso de requerirse notas al pie de página, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

PROCESO DE ARBITRAJE:

El artículo es recibido por el editor, quien manda acuse de recibido y lo envía a la coordinación de arbitraje. Una vez que llega a ésta, se asignan dos árbitros de acuerdo al tema. Los árbitros pueden dictaminar que el artículo sea aceptado sin modificaciones, aceptado con algunas modificaciones, aceptado con modificaciones mayores o rechazado. En el caso de que uno de los árbitros dictamine rechazar el artículo y el otro dictamine aceptarlo, se elige un tercer árbitro, a quien se le envía para facilitar la decisión de rechazarlo o aceptarlo con las correcciones pertinentes.

En el caso de que requiera modificaciones, se envían a los autores las sugerencias hechas por los árbitros y se les da un plazo que varía de cuatro a seis semanas, dependiendo de la complejidad de las correcciones, para regresar el artículo corregido.

REFERENCIAS:

14. La lista de referencias anotada al final deberá corresponder con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
15. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
16. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la Asociación Psicológica Americana en la última versión de su Manual de Publicaciones.

CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

17. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No deberán repetir la información puesta en el texto ni darán cuenta de datos que no requieran esta forma de presentación debido a su simplicidad. Se acompañarán de un título breve y claro y estarán ordenados con números sucesivos. No se aceptará que estos auxiliares visuales estén insertados como objetos.
18. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.
19. En ningún caso se aceptarán textos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.
20. Sólo se remiten ejemplares impresos previa suscripción.



UNIVERSIDAD
VERACRUZANA

SUMMARY

- Assessment of psychosocial variables in caregivers of advanced disease patients:**
A preliminary interviewing proposal
Guadalupe Rivera Cuevas, Jessica Mejía Castrejón, Erwin Chiquete, Cristina Beltrán Zavala, Vania Barrientos Casarrubias, Itzel Alfaro Espejel, Paulina Quiroz Friedman, Diana Montelongo Niño, Diana Pacheco Arroya, Argelia Lara Salares and Sofía Sánchez Ramón
- Caregivers of cancer patients: Lessons and recommendations for families, organizations, and health facilities**
María Elena Garassini
- Coping strategies and resilience in bereavement-stricken caregivers**
Patricia Eugenia Ornelas Tavares
- Recognition of indicators of the effects of Gestalt Therapy strategies in older adults**
Carlota Josefina García Reyes-Lira
- University and personal resources to promote well-being and health among university students**
Rosa Martha Meda Lara, Luis M. Blanco Donoso, Bernardo Moreno Jiménez, Andrés Palomera Chávez and Marta Herrero
- Identifying idiosyncratic interactive consistencies within the math game "The prisoner's dilemma": A preliminary report**
Jorge Barja Castañeda and Marcelino Arias Sandí
- Incidence of exposure to community violence in Mexico City teenager students**
Hugo Leonardo Gómez Hernández and Emilia Lucio Gómez-Maqueo
- Risk of suicide in patients treated with isotretinoin: A meta-analysis**
Patricia Denis, Guadalupe Mela, Edmundo Denis, Andrés Hermida and Octavio Carvajal
- Suicidal ideation: Thirty years of research on Mexican university students**
Martha Córdova Osnaya and José Carlos Rosales Pérez
- The immunological system in persons with posttraumatic stress disorder: A revision**
Daniela Bohárquez Borda, Fernando Riveros Munévar, Constanza Landoño and Stefano Vinaccia
- Internal structure review of the trait subscale of the State-Trait Anxiety Inventory for young Spanish speakers**
Cecilia Silva, Ariana Hernández Medina, Blanca Elizabeth Jiménez Cruz and Nayelli Alvarado
- Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R) in Mexican population**
Óscar Galindo Vázquez, Liliana Rivera Fong, Abel Lerma Talamantes and Juan Jiménez Flores
- Psychometric properties of CDI in a non-clinical sample of children from Hermosillo, Mexico**
Ixchel Miranda de la Torre, Jesús Francisco Laborín Álvarez, Ana-María Chávez-Hernández, Sergio Alfonso Sandoval Godoy and Nissa Yaing Torres Soto
- Pattern of sexual behaviors before and after of HIV diagnosis in Mexican population**
Nancy Patricia Caballero Suárez, Evelyn Rodríguez Estrada, María Candela Iglesias Chiesa, Gustavo Reyes Terán and Angélica Riveros Rosas