

# PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 27 Número 2 Julio-diciembre 2017

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

## *Psychology and Health*

### SUMARIO

- Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes  
*Karen Lorena González Trujillo y Constanza Landoño Pérez*
- El cuerpo: percepción de atractivo, insatisfacción y alteración en adolescentes de la frontera mexicana del noroeste  
*Gisela Pineda-García, Gilda Gómez-Peresmitré, Silvia Platas Acevedo y Virginia Velasco Ariza*
- Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma  
*Emily Marina Sánchez Paquini y Ana Moreno Cautiño*
- Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos  
*Christian Oswaldo Acosta Quiraz, Jesús Tánori Quintana, Raquel García Flores, Sonia Beatriz Echeverría Castro, Javier José Vales García y Laura Rubio Rubio*
- Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión  
*Emmanuel A. Ruiz Acacio, Mario E. Rojas Russell, Karina Serrano Alvarado y Malaquías López Cervantes*
- Relación entre religiosidad y ansiedad ante la violencia  
*Christian Alberto Mendoza-Nápoles*
- Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento  
*Juan Pablo Ogueda Fuentes y Enrique Barra Almagiá*
- Emociones, sucesos vitales y niveles de células CD4+ en personas que viven con sida  
*Rodrigo Cantú Guzmán, Javier Álvarez Bermúdez y Ernesto Tarres López*
- Análisis predictivo del bienestar emocional en pacientes con cáncer de mama  
*Sheila Pintado*
- Violencia mutua en el noviazgo: perfil psicosocial víctima-victimario en universitarios  
*Manoella Alegria del Ángel y Adriana Rodríguez Barraza*
- Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional  
*Édgar Landa-Ramírez, Nancy Elizabeth Rangel-Dominguez, Miguel Alejandro Villavicencio-Carranza, Samuel Weingerz-Mehl, María Isabel Reyes-Saavedra, Víctor Rodrigo González-Álvarez, Eduardo Abraham Vidal-Velazco e Irma Jiménez-Escobar*
- Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica  
*David Navarrete Villanueva, Sara Castel Feded, Beatriz Romanos Calvo e Ignacio Bruna Barranco*
- La patologización del acosado laboral  
*Jorge Román Hernández*

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

*Gerardo García Ricardo*  
Secretario 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 Erika Ortega Herrera

## ASESOR EDITORIAL

Juan José Sánchez Sosa

## DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

Ricardo García Valdez

## 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 del Socorro Herrera Meza • *Universidad Veracruzana (México)*  
Ana Delia López Suárez • *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 Vasculare (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 Vacio Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*  
Elba Abril Valdez • *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)*  
Stefano Vinaccia • *Fundación Universitaria Sanitas (Colombia)*  
Ricardo Werner Sebastiani • *Universidad de Sao Paulo (Brasil)*

Volumen 27, Número 2 • Julio-diciembre de 2017

*Psicología y Salud* es una publicación semestral, con tiraje de 250 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](http://revistas.uv.mx)

# SUMARIO

Volumen 27, Número 2  
Julio-diciembre de 2017

|   |     |
|---|-----|
| Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes<br><i>Karen Lorena González Trujillo y Constanza Londoño Pérez</i> .....  | 141 |
| El cuerpo: percepción de atractivo, insatisfacción y alteración en adolescentes de la frontera mexicana del noroeste<br><i>Gisela Pineda-García, Gilda Gómez-Peresmitré, Silvia Platas Acevedo y Virginia Velasco Ariza</i> .....   | 155 |
| Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma<br><i>Emily Marina Sánchez Paquini y Ana Moreno Coutiño</i> .....  | 167 |
| Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos<br><i>Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Jesús Tánori Quintana, Raquel García Flores, Sonia Beatriz Echeverría Castro, Javier José Vales García y Laura Rubio Rubio</i> .....   | 179 |
| Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión<br><i>Emmanuel A. Ruiz Acacio, Mario E. Rojas Russell, Karina Serrano Alvarado y Malaquías López Cervantes</i> .....  | 189 |
| Relación entre religiosidad y ansiedad ante la violencia<br><i>Christian Alberto Mendoza-Nápoles</i> .....  | 199 |
| Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento<br><i>Juan Pablo Ogueda Fuentes y Enrique Barra Almagiá</i> .....   | 207 |
| Emociones, sucesos vitales y niveles de células CD4+ en personas que viven con sida<br><i>Rodrigo Cantú Guzmán, Javier Álvarez Bermúdez y Ernesto Torres López</i> .....  | 213 |
| Análisis predictivo del bienestar emocional en pacientes con cáncer de mama<br><i>Sheila Pintado</i> .....  | 223 |
| Violencia mutua en el noviazgo: perfil psicosocial víctima-victimario en universitarios<br><i>Manoella Alegria del Ángel y Adriana Rodríguez Barraza</i> .....  | 231 |
| Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional<br><i>Édgar Landa-Ramírez, Nancy Elizabeth Rangel-Domínguez, Miguel Alejandro Villavicencio-Carranza, Samuel Weingerz-Mehl, María Isabel Reyes-Saavedra, Víctor Rodrigo González-Álvarez, Eduardo Abraham Vidal-Velazco e Irma Jiménez-Escobar</i> ..... | 245 |
| Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica<br><i>David Navarrete Villanueva, Sara Castel Feced, Beatriz Romanos Calvo e Ignacio Bruna Barranco</i> .....   | 255 |
| La patologización del acosado laboral<br><i>Jorge Román Hernández</i> .....   | 269 |

# SUMMARY

Volume 27, Number 2  
July-December 2017

|   |     |
|---|-----|
| Personal, social, environmental, and cultural risk factors<br>for marijuana consumption by teenagers<br><i>Karen Lorena González Trujillo and Constanza Londoño Pérez</i> .....   | 141 |
| The body: Perceived physical attractiveness, dissatisfaction,<br>and body image alteration in adolescents of the northwest Mexican border<br><i>Gisela Pineda-García, Gilda Gómez-Peresmitré,<br/>Silvia Platas Acevedo and Virginia Velasco Ariza</i> .....  | 155 |
| Effect of mindfulness and compassion treatment<br>on anxiety, quality of life, and asthma control<br><i>Emily Marina Sánchez Paquini and Ana Moreno Coutiño</i> .....   | 167 |
| Loneliness, depression and quality of life in Mexican older adults<br><i>Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Jesús Tánori Quintana,<br/>Raquel García Flores, Sonia Beatriz Echeverría Castro,<br/>Javier José Vales García and Laura Rubio Rubio</i> .....  | 179 |
| Overweight/obesity and health-related quality of life:<br>The mediating-moderating role of anxiety and depression<br><i>Emmanuel A. Ruiz Acacio, Mario E. Rojas Russell,<br/>Karina Serrano Alvarado and Malaquías López Cervantes</i> .....  | 189 |
| Relationship between religiousness and anxiety in view of violence<br><i>Christian Alberto Mendoza-Nápoles</i> .....  | 199 |
| Compensatory health beliefs: Implications for health<br>and treatment adherence<br><i>Juan Pablo Ogueda Fuentes and Enrique Barra Almagiá</i> .....   | 207 |
| Emotions, life events, and levels of CD4+ cells<br>in people living with AIDS<br><i>Rodrigo Cantú Guzmán, Javier Álvarez Bermúdez<br/>and Ernesto Torres López</i> .....  | 213 |
| Predictive analysis of emotional wellbeing in breast cancer patients<br><i>Sheila Pintado</i> .....   | 223 |
| Mutual dating violence: Psychosocial victim-victimizer profiles<br>in university students<br><i>Manoella Alegría del Ángel and Adriana Rodríguez Barraza</i> .....  | 231 |
| Organizational climate and psychological factors associated with burnout<br>in a medical urgencies department: A correlational study<br><i>Édgar Landa-Ramírez, Nancy Elizabeth Rangel-Domínguez,<br/>Miguel Alejandro Villavicencio-Carranza, Samuel Weingerz-Mehl,<br/>María Isabel Reyes-Saavedra, Víctor Rodrigo González-Álvarez,<br/>Eduardo Abraham Vidal-Velazco and Irma Jiménez-Escobar</i> ..... | 245 |
| Negative influence of social networks on the health of adolescents<br>and young adults: A review of the research literature<br><i>David Navarrete Villanueva, Sara Castel Feced,<br/>Beatriz Romanos Calvo and Ignacio Bruna Barranco</i> .....   | 255 |
| The patologization of the harassed worker<br><i>Jorge Román Hernández</i> .....   | 269 |

# Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes

## *Personal, social, environmental, and cultural risk factors for marijuana consumption by teenagers*

*Karen Lorena González Trujillo y Constanza Londoño Pérez<sup>1</sup>*

### RESUMEN

La presente investigación descriptiva y correlacional-comparativa tuvo como objetivo identificar los factores personales (creencias sobre la marihuana, emociones, habilidades sociales y condiciones sociodemográficas) y sociales (individuales, familiares, educativos, ambientales y de compañeros) de riesgo de consumo de marihuana en 300 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad, estudiantes de bachillerato de un municipio de Huila (Colombia). Se utilizó la Encuesta a Escolares sobre el Uso Indebido de Drogas, el Cuestionario de Factores de Riesgo Interpersonal para el Consumo de Drogas en Adolescentes, el APGAR familiar, una ficha sociodemográfica y la ficha de registro de condiciones del medio. A partir de la aplicación del análisis de ecuaciones estructurales, se elaboró el modelo predictivo del consumo de marihuana. Los factores personales incluidos en el modelo fueron las creencias en torno a la marihuana, el consumo de drogas legales e ilegales y las habilidades sociales. Los factores de sociales incluidos en el modelo fueron la alta disfunción familiar y la baja satisfacción con las relaciones interpersonales; el factor ambiental incluido en el mismo fue el fácil acceso a la sustancia.

**Palabras clave:** Marihuana; Factores de riesgo; Adolescentes.

### ABSTRACT

*Objective. The present correlational/comparative and descriptive study aimed at identifying personal risk factors (beliefs, emotional, social skills and sociodemographic conditions) and social (individual, family, educational, environmental and companions) for marijuana use in 300 high school adolescents, aged 13-17 in a municipality of Huila (Colombia). Method. Data were collected through a Survey on Drug Abuse, the Questionnaire of Interpersonal Risk Factors for Adolescent Drug Use, the family APGAR, a socio-demographic profile and the tab of environmental conditions. Structural equation analysis led to a predictive model of marijuana use. Results. Personal factors included in the model were the beliefs about marijuana consumption and of legal and illegal drugs, and social skills. Social factors included in the model were high family dysfunction and low satisfaction with interpersonal relationships; the environmental factor in the model was easy access to the substance.*

**Key words:** Marijuana; Risk factors; Adolescents.

---

<sup>1</sup> Postgrados de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Av. Caracas Núm. 46-44, Piso 1, tel. (57)13-27-73-00, ext 5071, direcciones electrónicas: clondono@ucatolica.edu.co y kalogho@gmail.com. Artículo recibido el 12 de agosto y aceptado el 3 de octubre de 2015.

En el ámbito de la salud, la adolescencia constituye una etapa del ciclo vital humano durante la cual surge una serie de factores de riesgo de tipo individual, familiar, escolar, social, así como los propios del grupo pares, que es necesario controlar (Bermúdez, Buela, Castro y Madrid, 2010; Castro, De la Villa, Ovejero, Rodríguez y Sirvent, 2011). En conjunto, tales factores de riesgo aumentan la probabilidad de que el adolescente se vea implicado en conductas no saludables o desajustadas, como el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales (Amaya, Campillo, Campo, Díaz y Martínez, 2008; Martínez et al., 2007).

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA en lo sucesivo) es un importante problema de salud pública que afecta a la población joven (Becoña, 2007) ya que se asocia al comienzo y agudización de un gran número de trastornos mentales, como depresión, ansiedad y esquizofrenia, síntomas psicóticos, pensamiento suicida, síndrome amotivacional (despersonalización, desrealización, sensación de pérdida de control e ideación paranoide) (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2006; Mayet, Legleye, Falissard y Chau, 2012; Semple, McIntosh y Lawrie, 2005), violencia manifestada como delincuencia juvenil, pandillerismo, accidentes de tránsito, problemas académicos y deserción estudiantil (Fergusson y Boden, 2008; Macleod et al., 2004; Mayet et al., 2012; Muñoz, Gámez, Graña y Fernández, 2010; National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2012; Páramo, 2008;), además de pobre desarrollo de habilidades para la vida necesarias para la independencia en la adultez e incremento del riesgo de involucrarse en conductas sexuales de riesgo, con efectos sobre la seguridad y el desarrollo social (Forney, Lombardo y Toro, 2007; Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2010; Thompson y Hasin, 2011).

La marihuana es un alucinógeno que provoca alteraciones físicas, como enrojecimiento conjuntival, caída palpebral, disminución de la presión arterial, sensación de mareo, inestabilidad, dificultad para caminar, resequedad de boca y aumento del apetito (Abanades, Cabrero, Fiz y Farré, 2005), así como efectos subjetivos tales como sensación de bienestar y euforia, relajación, risa fácil, locuacidad, sensación de lentitud del paso del tiempo, cambios en la percepción, alteraciones en algunas

funciones cognitivas (atención, concentración, memoria a corto plazo, capacidad de juicio y toma de decisiones), sedación, somnolencia y sueño, problemas de coordinación y equilibrio, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos y distorsión del pensamiento. Entre las complicaciones físicas, es posible identificar problemas en el sistema respiratorio, como tos crónica, bronquitis y síntomas precancerosos en el tejido pulmonar (Kalant, 2004; NIDA, 2010; Park, Mulye, Adams, Brindis e Irwin, 2006; Ranganathan y D'Souza, 2006; Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides [SEIC], 2007).

### Factores de riesgo

Hay múltiples explicaciones para el hecho de que un adolescente consuma o no marihuana; lo que ha sido significativo y determinante en un joven hasta el punto de propiciar su consumo, ha resultado negativo o inhibitorio en otro; por ello, es necesario conocer la interacción entre los diversos factores considerados predisponentes o de riesgo de consumir marihuana, pues aunque se conocen los factores de riesgo generales de consumo de SPA, otros factores tienen un carácter específico que no puede ser ignorado (Becoña, 2002a). Se entiende aquí como "factor de riesgo" el conjunto de características o condiciones de un sujeto o una comunidad cuya presencia eleva la probabilidad de que un joven consuma drogas (en este caso específico, marihuana) y el riesgo de deterioro (Martínez, Trujillo y Robles, 2006), especialmente si se combinan con ciertas condiciones sociales y medioambientales (Becoña, 2002a). Por tanto, conocer los factores de riesgo específicos hace posible orientar las acciones preventivas oportunamente para mermar el impacto de aquellos que no son fácilmente modificables, y concentrar la labor sanitaria en modificar los que sí lo son (Peñafiel, 2009a). En efecto, los estudios que analizan los factores de riesgo se refieren frecuentemente al consumo en general de SPA, aunque se sabe bien que tales factores son diferentes según el tipo de sustancia y las condiciones culturales, las características personales, la topografía del consumo y las condiciones de acceso a cada sustancia (Alfonso, Espada y Huedo, 2009; Muñoz, Cruzada y Graña, 2000; Oliva, Parra y Sánchez, 2008).

Los factores de riesgo específico de consumo de marihuana han sido analizados por separado; en algunos estudios se han abordado ciertos factores personales de riesgo, como las condiciones socio-demográficas y las creencias en torno a dicho consumo (Becoña, 2003; Becoña y Miguez, 2004; Felipe, Gonzalo, León y Muñoz, 2004; García, Lloret y Espada, 2004; Jiménez y López, 2008; Llorens, Palmer y Perelló, 2005); en otros, algunos factores sociales de riesgo, como el funcionamiento familiar (Gervilla, Cajal y Palmer, 2011; Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003) y el consumo en el grupo de pares o compañeros, y en otros más los escolares y comunitarios (Graña y Muñoz, 2000). Pese a ello, no se ha logrado ofrecer un modelo comprensivo acerca de la interacción entre las diversas variables que facilitan el inicio del consumo de marihuana en adolescentes, su mantenimiento, recaídas y recuperación.

## MÉTODO

La presente investigación descriptiva y correlacional-comparativa tuvo como propósito describir los factores personales (creencias sobre la marihuana, emociones, habilidades sociales y condiciones sociodemográficas) y sociales (individuales, familiares, educativos, comunitarios y de compañeros) de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes.

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 300 alumnos de un colegio público, de ambos sexos (57.3% hombres y 42.7% mujeres), de entre 13 y 17 años ( $X = 14$  años, D.E. = 1.35), de los cuales 57.7% vivía en veredas y 42.3% en el casco urbano de un municipio de Huila (Colombia).

### Instrumentos

#### *Ficha sociodemográfica.*

Esta ficha tuvo como objetivo identificar las condiciones sociodemográficas de los adolescentes y sus familias. El cuestionario contiene una serie de preguntas que evalúan las variables exógenas de

la investigación actual y algunos factores de riesgo personal, familiar, escolar, social y los propios del grupo de amigos.

#### *Cuestionario de Creencias en torno al Consumo de Marihuana (CCTM).*

Diseñado por Londoño y Gómez (2013) a partir de los constructos propuestos en el modelo de creencias en salud para evaluar las creencias acerca del consumo de marihuana en jóvenes, está constituido por 60 ítems, con opciones de respuesta en una escala tipo Likert, agrupados en cinco factores: vulnerabilidad/riesgo, normas, claves, barreras y beneficios, que recogen los componentes básicos del modelo de forma equilibrada, con una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.81. Los puntajes obtenidos indican creencias positivas altas o bajas acerca del consumo de marihuana.

#### *Encuesta Escolar sobre el Uso Indebido de Drogas.*

Es éste un cuestionario sobre el consumo de drogas elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2003) (cf. también UNODC, 2010). Contiene veinte preguntas que investigan la prevalencia, la frecuencia o ambas respecto a los tres siguientes períodos: a lo largo de la vida, en los últimos doce meses y en los últimos treinta días. De esa forma, se obtienen las tasas de prevalencia o de frecuencia mensual y anual de consumo y a lo largo de la vida.

#### *Ficha de registro de condiciones del medio.*

Diseñada *ex profeso* para esta investigación, incluye la disponibilidad y las posibilidades de acceso reales a la sustancia; es decir, la ubicación de expendios y sitios de consumo, las situaciones de violencia en el municipio, la zona de vivienda del joven, los contenidos de programas de televisión y radio promotores del consumo, los recursos comunitarios culturales, deportivos y educativos, la actitud institucional y la de la comunidad frente al consumo y las políticas municipales. Lo anterior se evalúa mediante una lista de chequeo que evalúa siete categorías principales: expendio de marihuana, cultivos de marihuana, mecanismos de adquisición, consumo, restricción al consumo, recursos institucionales y actitudes de la comunidad.

### Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes.

Instrumento diseñado por Crespo et al. (2004), contiene opciones de respuesta tipo Likert con entre tres y cinco alternativas que hacen referencia a la situación actual del adolescente en diversos ámbitos de su vida relacionados con la probabilidad de consumir drogas. Evalúa los factores de riesgo en el consumo de SPA en jóvenes. Se compone de 90 ítems agrupados en siete subescalas que evalúan variables interpersonales relacionadas con factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes. Tiene un coeficiente alfa de Cronbach global y en cada una de las escalas superior a 0.90.

### APGAR Familiar.

Diseñado por Smilkstein (1978) y adaptado a población colombiana por Arias y Herrera (1994), este cuestionario explora la funcionalidad familiar analizando cinco componentes: adaptabilidad (*adaptability*) o utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación (*partnertship*) o participación en la toma de decisiones y responsabilidades, que define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (*growth*), definido como la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia por

el apoyo mutuo; afectividad (*affection*), reflejada en la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y capacidad resolutive (*resolve*), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo, espacio o dinero a los otros miembros de la familia. El cuestionario cuenta con un nivel de confiabilidad adecuado ( $\alpha = 0.65$ ).

### Procedimiento

Tras solicitar a las autoridades escolares el permiso para aplicar los instrumentos a los alumnos, dicha aplicación se llevó a cabo en las aulas durante los horarios de clase.

### RESULTADOS

El 61.7% de participantes se dedicaba exclusivamente a estudiar, aunque 38.3% de ellos, además de asistir a la institución educativa, trabajaba en actividades como la agricultura o en locales comerciales y supermercados. La mayoría vivía en una familia nuclear (68.3%) y en situación de pobreza (98.4% en estratos 1 y 2). Los ingresos familiares procedían principalmente del trabajo del padre en actividades agrícolas (75.3%) o en la economía informal (19%); las mujeres aportaban recursos por la crianza de animales o trabajaban en el hogar (87.7%) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas.

| Variable      | f   | %    | Variable                  | f   | %    | Variable              | f   | %    |
|---------------|-----|------|---------------------------|-----|------|-----------------------|-----|------|
| Sexo          |     |      | Persona(s) con quien vive |     |      | Ocupación de la madre |     |      |
| Mujer         | 128 | 42.7 | Solo padre                | 12  | 4    | Hogar                 | 263 | 87.7 |
| Hombre        | 172 | 57.3 | Sólo madre                | 53  | 17.7 | Comerciante           | 15  | 5    |
| Estrato       |     |      | Ambos padres              | 205 | 68.3 | Independiente         | 3   | 1    |
| Uno           | 191 | 63.7 | Solo                      | 1   | 0.3  | Empleado              | 12  | 4    |
| Dos           | 98  | 32.7 | Otros                     | 29  | 9.8  | Otro                  | 7   | 2.3  |
| Tres          | 10  | 3.3  | Vive en:                  |     |      | Ocupación del padre   |     |      |
| Cuatro        | 1   | 0.3  | Vereda                    | 173 | 57.7 | Agricultura           | 226 | 75.3 |
| Grado cursado |     |      | Casco urbano              | 127 | 42.3 | Comerciante           | 15  | 5    |
| Octavo        | 50  | 16.7 | Ocupación                 |     |      | Independiente         | 8   | 2.7  |
| Noveno        | 89  | 29.7 | Sólo estudia              | 185 | 61.7 | Empleado              | 9   | 3    |
| Décimo        | 96  | 32.0 | Estudia y trabaja         | 115 | 38.3 | Otro                  | 42  | 14   |
| Onceavo       | 65  | 21.7 |                           |     |      |                       |     |      |

El consumo problemático de marihuana ocurría en 19% de los participantes del estudio, con una edad de inicio mínima de 11 años y una media de 14 años, con una menor edad de inicio en las mujeres. La frecuencia de consumo oscilaba entre una y dos veces por semana, y hasta 40 veces o más; 57.6% había consumido marihuana entre 6 y 39 veces, 19.3% de 3 a 5 veces; 15.8% de 1 a 2 veces, y 1.8, 40 veces o más. De ellos, 17% reportó haber teni-

do algún inconveniente de tipo familiar o escolar por el consumo de marihuana en la última semana; 96.4% de los estudiantes estaban familiarizados con la marihuana por escuchar hablar de ella o por conocerla. El 60% de los participantes reportó haber consumido alcohol y tabaco, y 2.3% SPA ilegales, como bazuco, éxtasis e inhalables, con una edad de inicio mínima de SPA legales de 11 años y de SPA ilegales de 14 años (Tabla 2).

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos del consumo problemático de marihuana.

| Variable                          | f       | %    | Variable                             | f   | %    |
|-----------------------------------|---------|------|--------------------------------------|-----|------|
| Consumo problemático              | 57      | 19.0 | Frecuencia de consumo                |     |      |
| Consumo de SPA legales            | 179     | 60.0 | <i>1 a 2 veces</i>                   | 9   | 15.8 |
| Edad de inicio de consumo de SPA  |         |      | <i>3 a 5 veces</i>                   | 11  | 19.3 |
| <i>11 a 12 años</i>               | 2       | 3.8  | <i>5 a 9 veces</i>                   | 6   | 10.5 |
| <i>13 a 14 años</i>               | 42      | 71.2 | <i>10 a 19 veces</i>                 | 24  | 42.1 |
| <i>15 a 16 años</i>               | 12      | 23.1 | <i>20 a 39 veces</i>                 | 6   | 2.0  |
| <i>17 años</i>                    | 1       | 1.9  | <i>40 o más</i>                      | 1   | 1.8  |
| Edad mínima de inicio del consumo |         |      | Frecuencia de consumo                |     |      |
| SPA legales                       | 11 años |      | <i>Últimos 12 meses</i>              | 44  | 14.0 |
| SPA ilegales                      | 14 años |      | <i>Últimos 30 días</i>               | 18  | 6.0  |
|                                   |         |      | <i>Familiaridad con la marihuana</i> | 289 | 96.4 |

Respecto a los factores de riesgo individuales, se encontró que los estudiantes se caracterizaron por tener pocas creencias negativas sobre el consumo de marihuana (86.3%), menor percepción de barreras para ese propósito (93%), baja percepción de vulnerabilidad y de normas de consumo (83.3%), percepción elevada de los beneficios de consumir marihuana (51.3%) y baja percepción de riesgo (77.7%). Adicionalmente, se halló que 42.7% de los jóvenes manifestaba elevado malestar emocional y 40% escasas habilidades sociales, ambas consideradas de alto riesgo de consumo. En relación a los factores sociales de riesgo, solamente 36% de los adolescentes pertenecían a familias disfuncionales, con padres consumidores (19%) de SPA legales (alcohol o tabaco). El 85.3% de la población se halló en riesgo por la alta disponibilidad y acceso a las drogas; para 68% de los estudiantes era fácil conseguir marihuana; para 82.3%, alcohol; para 25.6%, inhalables; para 17%, bazuco, y entre 4.3 y 4.7% consideraba fácil conseguir heroína, LSD o éxtasis. Respecto al ámbito comunitario, se indagó sobre la existencia de programas de prevención de consumo de SPA, identificándose sola-

mente algunas campañas realizadas por la institución educativa en el municipio.

Los factores de riesgo asociados a grupos pares y amigos se evaluaron por medio del factor "satisfacción con las relaciones interpersonales", donde 92% de los participantes se ubicó en protección; asimismo, en el factor "preconceptos y valoración de las drogas" se encontró que 98% de ellos se hallaba en riesgo, pues 59.3% tenía amigos consumidores de SPA, de los cuales 62.3% consumían marihuana, 0.56 % otras sustancias ilegales y 37.7% alcohol y tabaco.

Los factores de riesgo escolares mostraron que 10% de la población escolar había tenido problemas académicos o con los profesores debido al consumo de marihuana, y había catorce procesos de orientación estudiantil por el consumo problemático de marihuana. La institución educativa tuvo un reporte de tres casos de estudiantes del grado 11, quienes fueron expulsados por mal comportamiento, bajo rendimiento escolar y consumo de sustancias psicoactivas. El 13% de los estudiantes mostraba bajo rendimiento académico (no aprobar más de 70% de la carga académica en los dos primeros

periodos del año lectivo); asimismo, 61% debía por lo menos un área y solamente 23% había aprobado satisfactoriamente el total de las áreas. En el primer semestre del año, veinte estudiantes obtu-

vieron una nota inferior a 3.0 en comportamiento. De igual modo, se conoció que 75% de ellos tuvieron por lo menos una anotación negativa por incumplimiento del manual de convivencia (Tabla 3).

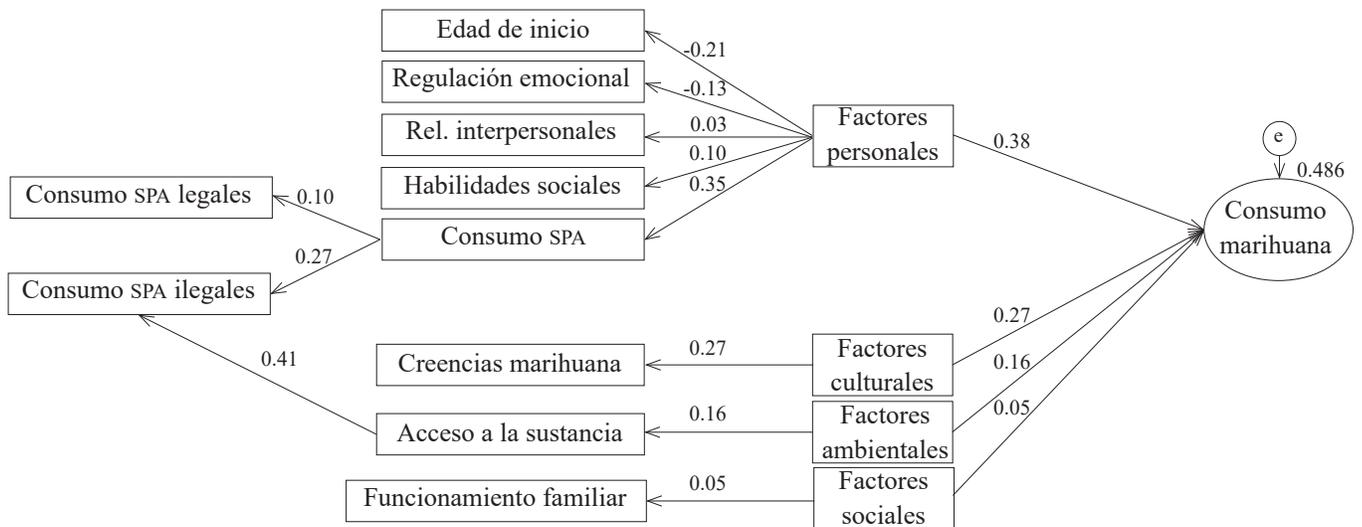
**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos factores de riesgo personal y social.

| Variable                                       | Mín. | Máx. | M    | D.E. | Variable                                 | f   | %    |
|--|------|------|------|------|--|-----|------|
|  |      |      |      |      | Factores de riesgo sociales              |     |      |
| <b>Factores de riesgo personales</b>           |      |      |      |      |  |     |      |
| <i>Permisividad y acceso</i>                   | 0    | 22   | 3.2  | 1.9  | Conocimiento de programas                | 235 | 78.3 |
| <i>Habilidades sociales y autocontrol</i>      | 0    | 7    | 3.1  | 1.4  | Amigos que consumen SPA                  | 154 | 51.3 |
| <i>Espiritualidad</i>                          | 0    | 6    | 2.3  | 1.7  | Amigos que consumen marihuana            | 157 | 52.3 |
| <i>Preconceptos y valoración SPA</i>           | 0    | 9    | 2.9  | 1.9  | Ocupación de amigos                      |     |      |
| <i>Satisfacción relaciones interpersonales</i> | 0    | 10   | 1.9  | 2.0  | <i>Estudian</i>                          | 249 | 83.3 |
| <i>Malestar emocional</i>                      | 0    | 13   | 5.2  | 3.4  | <i>Estudian y trabajan</i>               | 17  | 5.7  |
| <b>Creencias</b>                               | 16   | 109  | 45.8 | 18.2 | <i>Trabajan</i>                          | 29  | 9.7  |
| <i>Riesgo</i>                                  | 2    | 14   | 8.0  | 2.3  | <i>No hacen nada</i>                     | 4   | 1.3  |
| <i>Vulnerabilidad y normas</i>                 | 0    | 7    | 3.3  | 1.1  | Tiempo libre                             |     |      |
| <i>Barreras</i>                                | 10   | 45   | 14.7 | 7.8  | <i>Deporte</i>                           | 90  | 30   |
| <i>Beneficios</i>                              | 15   | 73   | 35.9 | 14.1 | <i>Música</i>                            | 60  | 20   |
| <b>APGAR Familiar</b>                          | 0    | 28   | 19.4 | 5.3  | <i>Amigos</i>                            | 30  | 10   |
| <b>Acceso/disponibilidad</b>                   | 0    | 4    | 1.9  | 1.7  | <i>Televisión</i>                        | 30  | 10   |
|  |      |      |      |      | <i>Nada</i>                              | 30  | 10   |
|  |      |      |      |      | <i>Otras actividades</i>                 | 60  | 20   |
|  |      |      |      |      | <b>Factores de riesgo familiares</b>     |     |      |
|  |      |      |      |      | <i>Padre o madre consumidor de SPA</i>   | 57  | 19   |
|  |      |      |      |      | <b>Factores escolares</b>                |     |      |
|  |      |      |      |      | <i>Problemas académicos</i>              | 30  | 10   |
|  |      |      |      |      | <i>Rendimiento escolar regular</i>       | 183 | 61   |
|  |      |      |      |      | <i>Rendimiento escolar malo</i>          | 4.3 | 13   |
|  |      |      |      |      | <i>Anotación negativa del observador</i> | 225 | 75   |
|  |      |      |      |      | <i>Expulsión por consumo</i>             | 3   | 1    |

### Modelo de ecuaciones estructurales

A partir de la aplicación del análisis de ecuaciones estructurales, mediante el programa AMOS se elaboró el modelo de medición que subyace en los factores personales y sociales de riesgo del consumo de marihuana, que explica 48.6% de la varianza entre el consumo de marihuana en interacción

con las demás variables, y asimismo expresa el peso relativo de la varianza explicada aportado por las variables edad, malestar emocional, relaciones interpersonales, creencias, habilidades sociales, consumo de sustancias ilegales, consumo de sustancias legales, acceso a las SPA y funcionalidad familiar, como se puede ver en la Figura 1.

**Figura 1.** Diagrama del modelo de predicción del consumo de marihuana.

## DISCUSIÓN

Una quinta parte de los adolescentes escolares de 13 a 17 años de edad reportó haber consumido alguna vez en su vida marihuana, y 98% expresó tener familiaridad con la sustancia, lo que significa que la misma está presente en la vida de los adolescentes en una proporción mayor a la esperada. La ilegalidad de su consumo en menores de edad no parece ser un impedimento para que los adolescentes se familiaricen con la sustancia hasta el punto de poder acceder a ella y consumirla. Esta cifra de consumo es alarmante y significativamente mayor a la reportada en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia realizado por el Ministerio de la Protección Social (MPS) (2008), misma que fue de 3.4% en la población de entre 12 y 17 años de edad; igualmente, el Estudio Nacional de Consumo de SPA en población escolar en el año 2011 (Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2011) mostró que 7% de los estudiantes en todo el país reportaron haber consumido marihuana alguna vez en su vida.

Entre los consumidores se incluyen desde los que la usan experimental u ocasionalmente, hasta los habituales y con consumo dependiente, aunque, como ya se había anotado líneas atrás, todos los niveles deben ser considerados como de consumo perjudicial. El consumo de marihuana

en los adolescentes es riesgoso en la medida en que evoluciona hacia la consolidación y mantenimiento de los patrones de uso y abuso más problemáticos, cercanos a la dependencia. La media del consumo se ubica en una frecuencia de tres a cinco veces, que sugiere un patrón social ocasional del consumo de marihuana, es decir, que ocurre sobre todo en el contexto del grupo de amigos, en los momentos en que se reúnen después de clase, en las noches y los fines de semana, que son espacios no controlados por los padres ni por la institución educativa, y que, amparados en actividades de integración, se utilizan como un medio socializador y de diversión.

Es precisamente durante el tiempo extraclase o de tránsito hacia los hogares en que los jóvenes se sienten liberados de las normas familiares o institucionales, cambian su forma de vestir y de actuar (Calafat, 2007) y realizan actos que a su modo de ver expresan la plenitud de la libertad adolescente. En este sentido, se ha asociado el consumo de SPA, ilícitas o no, con actividades hedónicas o lúdicas y con situaciones extremas que les hacen vivir a los adolescentes momentos excitantes (Becoña y Miguez, 2006; Calafat, 2007; De la Villa, Ovejero, Sirvent, Rodríguez y Pastor, 2009; De la Villa, Rodríguez y Ovejero, 2010), que, según ellos, los llevan al límite o les hacen posible aliviar sus preocupaciones.

En algunos estudios previos (Becoña y Miguez, 2004, 2006; Calafat, 2007; De la Villa y Ove-

jero, 2009; De la Villa, Ovejero, Sirvent, Rodríguez y Pastor (2009); De la Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006; Sánchez, Moreno, Muñoz y Pérez, 2007) se ha podido constatar que es precisamente durante la adolescencia cuando se comienza a pasar menos tiempo con la familia y más con el grupo de pares, frecuentando una variedad de ambientes asociados al consumo que, como efecto directo, amplía las posibilidades de iniciarse en el consumo recreativo de sustancias ilícitas. Aunque el número de consumidores iniciales o experimentales es menor que el de consumidores ocasionales, no se conoce con certeza si tal disminución se debe a que los adolescente que alguna vez experimentaron con la marihuana no vuelven a hacerlo o escalan de una vez al consumo ocasional. Pero la tendencia parece ser que los adolescentes rápidamente pasan a niveles de consumo que representan un mayor riesgo, lo que se refleja en que la edad de inicio es próxima a la edad actual de reporte del nivel de consumo, y que en el grupo en general hay una proporción menor de consumidores iniciales comparados con los ocasionales, así como una menor cantidad de consumidores ocasionales que habituales.

En este nivel de consumo habitual de marihuana se concentró el mayor número de estudiantes, quienes tenían una frecuencia alta. De los estudiantes, 17% reportó haber tenido problemas familiares y escolares en la semana anterior a la encuesta debido al consumo de marihuana, y 10% manifestó haber tenido problemas escolares o con los profesores por ese mismo motivo. En el consumo habitual se comienzan a hacer evidentes los efectos físicos y conductuales del consumo en los distintos contextos; en la mayoría de las ocasiones es en la institución educativa en la que descubre o se hace evidente por primera vez el consumo de marihuana en los estudiantes, a quienes se remite al acompañamiento de orientación estudiantil al tiempo que se informa a la familia. Se desconoce si por estas acciones de control se reduce o modera el consumo. Cabe notar que los casos más problemáticos son expulsados de la institución educativa, hecho por el cual no se registraron casos con un nivel de consumo dependiente.

Ya otros estudios han señalado que la marihuana, comparada con otras sustancias ilegales como el bazuco, el éxtasis o los inhalables, es la sustancia más consumida por la población esco-

larizada de adolescentes en el país, el continente y el mundo en general; sin embargo, su consumo es menor en relación a las SPA legales, como el alcohol y el tabaco, los cuales 60% de todos los estudiantes reportaron consumir (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de Estados Americanos, 2007; MPS, 2011; UNODC, 2010; Valenzuela, 2010), especialmente si el grupo de pares aprueba el consumo de SPA en general (Londoño y Valencia, 2010).

Asimismo, se evidenció una pauta de policonsumo, esto es, el uso de varias SPA legales e ilegales, lo que representa un mayor riesgo general. Diversos estudios han concluido que el policonsumo de SPA es sumamente frecuente, que es inusual que la persona se concentre en el uso de una sola sustancia, y que a medida que aumenta el número de sustancias consumidas, aumenta también el número de factores de riesgo asociados (Agrawal y Lynskey, 2009; Agrawal et al., 2008; Guxens, Nebot, Ariza y Ochoa, 2007; Korhonen et al., 2010; Lessem et al., 2006; Mayet et al., 2012; Peñafiel, 2009a, 2009b).

Cuando el adolescente se implica en el consumo de SPA ilegales, tales como la marihuana, ha decidido sobrepasar el límite de la norma moral y legal que indica que no debe usar ciertas sustancias o comportarse de determinada manera, por lo que tiene contacto clandestino con expendedores de diversas sustancias ilegales, como el bazuco, el éxtasis o los inhalables, que le amplían el panorama de opciones de uso y facilitan el acceso a otras sustancias con las que hay una relación significativa con el consumo problemático de marihuana. Aunque el consumo de otras sustancias ilegales es reducido respecto al consumo general de marihuana, este último representa un factor de riesgo significativo y predictivo del consumo problemático de otras SPA, por lo que se cree que son los estudiantes que se encuentran en el nivel perjudicial, o los que están en transición del nivel habitual al nivel perjudicial, quienes precisamente experimentan con esas nuevas sustancias.

Es importante notar que en el consumo prolongado de marihuana aparecen síntomas de tolerancia, por lo que los adolescentes deben acudir a SPA más fuertes con el fin de lograr efectos más duraderos y placenteros y sensaciones nuevas. Al respecto, algunos autores concluyen que cuando el

individuo ha pasado por los niveles de experimentación y consumo social, aparece el consumo habitual, en el que se pueden evidenciar los primeros síntomas de tolerancia, es decir, que hay adecuación o “acostumbramiento” del organismo a un estímulo repetido, lo que conlleva el incremento de la intensidad o cantidad de estimulación a fin de obtener la misma sensación que se conseguía al principio con dosis más bajas o experimentar con SPA más fuertes (Becoña, 2002; Ministerio de Educación de la República del Perú, 2008).

Como un resultado de esta investigación, se encontró una clara relación entre el consumo de tabaco y alcohol con el de marihuana, así como el consumo de marihuana como factor de riesgo para el consumo de otras SPA ilegales. Tal patrón puede explicarse a partir del modelo evolutivo de Kandel (1975, 1980), quien encontró que el consumo de SPA sigue una secuencia que va de las sustancias de iniciación legales a las ilegales. En este modelo se pasa por la ingesta de cerveza, vino, tabaco o licores a la marihuana, y de ésta a otras drogas ilegales. En algunos estudios específicos sobre el consumo de marihuana basados en el modelo evolutivo de Kandel, el de alcohol y tabaco aparecen como factores asociados, lo que podría confirmar el modelo de escalada, al menos en lo que se refiere al mayor riesgo de consumo de marihuana entre los consumidores de otras drogas legales. Tales resultados también se encontraron en otros estudios hechos en otras partes del mundo (Ariza, Guxens y Nebot, 2007; Gervilla et al., 2011; Iglesias, Cavada, Silva y Cáceres, 2007; Pérez, Ariza, Sánchez y Nebot, 2010).

Al contrario de lo descrito en otras investigaciones (Páramo, 2008), según lo cual el consumo de marihuana se asocia a delincuencia juvenil, pandillerismo y accidentes de tránsito, en la población aquí estudiada estuvo más asociado a los problemas escolares y de comportamiento en el ámbito educativo; no se hallaron casos de pandillerismo ni delincuencia juvenil, probablemente porque son fenómenos característicos de las grandes urbes y no de ambientes rurales y semirurales, como fue el caso presente. Sin embargo, el consumo más problemático comienza a generar la exclusión social de los adolescentes, como ocurre por ejemplo en el ámbito educativo; de hecho, al revisar la historia académica y disciplinaria de la

institución, se hallaron en años anteriores varios casos de jóvenes que fueron expulsados debido a problemas de comportamiento asociados al uso de marihuana, sin que se remitieran a entidades que ofrecen terapia de apoyo para el abandono del consumo y así, más tarde, reincorporarlos al proceso educativo. Excluir a los consumidores de los ambientes educativos no solo parece una opción que vulnera los derechos de los jóvenes, sino que además puede convertirse en un factor que potencie el riesgo de incremento del consumo. Si el adolescente es excluido totalmente del sistema social, educativo y familiar, puede comenzar a relacionarse con la delincuencia, el pandillerismo e iniciar un consumo más problemático de otras y más fuertes SPA, ya que no hay actores que regulen normativamente su conducta prosocial, ni tampoco tendrá un acompañamiento que le posibilite su adecuado desarrollo y la potenciación de habilidades encaminadas a la construcción de un proyecto de vida socialmente aceptable; si el menor comienza a establecer vínculos de afinidad con pares y grupos consumidores y delincuenciales que afiancen su identidad colectiva y personal, es probable que transgreda más frecuentemente la normatividad imperante.

Desde la otra cara de la moneda, se identificó en la población objeto de estudio la tendencia a reportar un nivel adecuado de funcionalidad familiar, lo que constituye un factor protector, pues son el apoyo y el control familiar el mejor soporte (Jinez, Souza y Pillon, 2009).

El modelo resultante es bastante complejo en cuanto que integra algunos factores de riesgo que tradicionalmente eran considerados factores protectores, en este caso específico, las habilidades sociales y la satisfacción con las relaciones interpersonales. Dicha situación reafirma la naturaleza multicausal del consumo de marihuana y la necesidad de entender el fenómeno mediante un enfoque teórico amplio que considere varios elementos. En el modelo propuesto, los factores que aparecieron con mayor peso fueron las creencias, el malestar emocional, la edad de inicio y el acceso a la sustancia. Los factores con menor peso fueron la disfuncionalidad familiar, las habilidades sociales, el consumo de SPA legales y, por último, la satisfacción con las relaciones interpersonales, lo que es congruente con el modelo teórico de fac-

tores de riesgo. Así, las creencias vigentes sobre la marihuana aparecen como el principal factor de riesgo en el consumo de esta sustancia, y pueden estar asociadas a las expectativas de bienestar, tranquilidad, evitación de los problemas, alivio y evasión del aburrimiento, así como también las creencias erróneas sobre los efectos negativos de la sustancia, ya vistas en un estudio previo de Londoño et al. (2009).

El siguiente factor de riesgo con mayor poder predictivo fue el malestar emocional, propio del periodo evolutivo en el que se encuentra el adolescente, de su proceso de adaptación a los cambios o producto de las situaciones estresantes del medio, familia, escuela o historia familiar.

La baja funcionalidad familiar fue otro factor de riesgo predictivo del consumo: a menor funcionalidad, mayor consumo de marihuana. Se estableció asimismo que a menor edad de inicio en el consumo, mayor riesgo se tiene de alcanzar un consumo problemático de marihuana y de mantenerlo a lo largo de la vida. De igual manera, se pudo determinar que el consumo previo de SPA legales es un factor que predispone al consumo de marihuana, así como el fácil acceso a la sustancia en el medio. Como se indica líneas arriba, otros factores que antes habían sido vistos como factores protectores aparecen aquí como condiciones de riesgo, pues las habilidades sociales y la satisfacción con las relaciones interpersonales resultaron ser predictivos del consumo de marihuana, lo que sugiere que el consumo ocurre en círculos sociales especiales y muy cercanos, esto es, entre los mejores amigos.

Las creencias erróneas sobre los efectos negativos de la marihuana y la expectativa acerca de las sensaciones generadas, que se afianzan por la experiencia previa de haber consumido otras SPA legales, llevan al adolescente a consumir marihuana en un ambiente en el que es fácil acceder a la

sustancia como una estrategia para evadir su realidad y encontrar, en un círculo social que integra a los mejores amigos, el bienestar emocional buscado, con el riesgo de que cada vez que un estímulo dispare el malestar emocional, el adolescente recurrirá a la marihuana; con un tiempo prolongado de consumo, cuando empiece a desarrollar tolerancia a la sustancia, comenzará a la vez a explorar otras sustancias que le brinden experiencias distintas.

Una limitación en el presente estudio radica en que se llevó a cabo con adolescentes intermedios con una edad media de 13 años de edad, quedando excluidos otros estudiantes de menor edad, pese a que se está evidenciando que ya en los periodos iniciales de la adolescencia, e incluso en la misma niñez, se consume marihuana en el ámbito investigado. Por otra parte, el escaso número de mujeres consumidoras, en comparación con los hombres, no permitió establecer más asociaciones por sexo, por lo que sería importante que en futuras investigaciones se explorara con mayor énfasis tal relación.

Los resultados obtenidos en el presente estudio abren un nuevo panorama para comprender mejor el consumo entre los adolescentes y sus motivaciones durante el inicio y el mantenimiento de la conducta, lo que es necesario constatar mediante otros estudios que tengan como fin específico analizar dichos planteamientos, sobre todo los relacionados con el malestar emocional en esta población, factor que logró desplazar en importancia y capacidad predictiva a otros, como la influencia de la recreación o la del grupo de pares, que habían sido los referentes típicos. En general, quedan aún varias incógnitas acerca del consumo de marihuana en los adolescentes, pese a los resultados de la presente investigación, debidas a los escasos estudios hechos en el país.

## REFERENCIAS

- Abanades, S., Cabrero, A., Fiz, J. y Farré, M. (2005). Farmacología clínica del cannabis. *Dolor*, 20, 187-198.
- Agrawal, A. y Lynskey, M. (2009). Tobacco and cannabis co-occurrence: does route of administration matter? *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 204-247.
- Agrawal, A., Lynskey, M., Madden, P.A., Pergatía, M., Bucholz, K. y Heath, A. (2008). Simultaneous cannabis and tobacco use and cannabis related in outcomes in young women. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, 8-12.

- Alfonso J., P., Espada J., P. y Huedo M., T. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25, 330-338.
- Amaya, W., Campillo, H.A., Campo, A., Díaz, L.A. y Martínez, J.A. (2008). Daily cigarette smoking among Colombian high school students: Gender related psychosocial factors. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16, 903-907.
- Arias, L. y Herrera, J.A. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de la salud. *Colombia Médica*, 25, 26-28.
- Ariza, C., Guxens, M. y Nebot, M. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 234-243.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de la drogodependencia*. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre las Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención en drogas*. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre las Drogas.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y Drogas*, 3, 70-92.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19, 89-101.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16, 91-96.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2006). Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(1), 46-56.
- Bermúdez, M.P., Buena, G., Castro, A. y Madrid, J. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 89-103.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19(3), 217-223.
- Castro, A., De la Villa M., M., Ovejero, A., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2011). Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: Seguimiento de las diferencias intergénero. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 291-311.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Informe sobre cannabis*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en línea: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/CannabisII.pdf>.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de Estados Americanos (2007). *Estudio de alcohol y drogas en población adolescente, infractores y manual de aplicación*. Washington, D.C.: CICAD-OEA.
- Crespo, J., García, O., Secades, R., Fernández, J., García, E., Errasti, J.M. y Al Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.
- De la Villa M. y Ovejero, A. (2009) Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 533-553.
- De la Villa M., M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F.J. y Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138.
- De la Villa M., M., Rodríguez, F.J. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52(5), 406-415.
- De la Villa M., M., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes ante el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- Felipe, E., Gonzalo, M., León, B. y Muñoz, B. (2004). Las habilidades sociales y su relación con el consumo de sustancias en adolescentes. *Ciencia Psicológica*, 9, 30-44.
- Fergusson, D.M. y Boden, J.M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 6, 969-976.
- Forney, J.C., Lombardo, S. y Toro, P.A. (2007). Diagnostic and other correlates of HIV risk behaviors in probability sample of homeless adults. *Psychiatric Services*, 1, 92-99.
- García del C., J.A., Lloret, D. y Espada, J.P. (2004). Prevalencia del consumo de tabaco en población universitaria. *Salud y Drogas*, 4, 61-81.
- Gervilla, E., Cajal, B. y Palmer, A. (2011). Quantification of the influence of friends and antisocial behaviors in adolescent consumption of cannabis using the ZINB model and data mining. *Addictive Behaviors*, 36, 368-374.
- Graña, J.L. y Muñoz R., M.J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.
- Guxens, M., Nebot, M. y Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 234-243.
- Guxens, M., Nebot, M., Ariza, C. y Ochoa, D. (2007). Factors associated with the onset of cannabis use: A systematic review of cohort studies. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 252-260.
- Iglesias, V., Cavada, G., Silva, C. y Cáceres, D. (2007). Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. *Revista e Saude Publica*, 41(4), 517-522.

- Jiménez M., I. y López, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. *Boletín de Psicología*, 93, 21-39.
- Jinez, L.J., Souza, J.R. y Pillon, S.C. (2009). Drug use and risk factors among secondary students. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 17(2), 246-252.
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: An update of the literature since 1996. *Psychiatry*, 28, 849-863.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D. J. Lettieri, M. Sayers y H. W. Pearson (Eds.): *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives* (pp. 120-127). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Korhonen, T., Prince Van Leeuwen, A., Reijneveld, S. A., Ormel, J., Verhulst, F. C. y Huizinc, A.C. (2010). Externalizing behavior problem and cigarette smoking as predictors of cannabis use: the Trails Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 61-69.
- Lessem, J., Hopfer, C., Haberstick, B., Timberlake, D., Erhinger, M., Smolen, A. y Hewitt, J. (2006). Relation between adolescent marijuana use and young adult illicit drugs use. *Behavior Genetics*, 36, 498-506.
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló, M.J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 2, 90-96.
- Londoño, C. y Gómez, K. (2013). *Cuestionario de Creencias en Torno al Consumo de Marihuana (CCTM). Informe final*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Londoño, C. y Valencia, S.C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 1, 27-33.
- Londoño, C., Valencia, C., Amézquita, M., Cortés, J., Guerra, M., Hurtado, A. y Ordóñez, J. (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Diversitas, Perspectivas en Psicología*, 5(2), 337-347.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., Oppenkowski, T., Stokes-Lampard, H. y Davey, S.G. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, 363, 1579-1588.
- Martínez M., J.A., Amaya N., W., Campillo H., A., Rueda J., G.E., Campo A., A. y Díaz M., L.A. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Salud Pública*, 2, 215-229.
- Martínez, J.L., Fuertes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166.
- Martínez, J.M., Trujillo, H.M. y Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla (España): Junta de Andalucía. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- Mayet, A., Legleye, S., Falissard, B. y Chau, N. (2012). Cannabis use stages as predictors of subsequent initiation with other illicit drugs among French adolescents: Use of a multi-state model. *Addictive Behaviors*, 37, 160-166.
- Ministerio de Educación de la República del Perú (2008). *Guía de detección del consumo de drogas y otras conductas de riesgo en la adolescencia*. Lima: Quebecor World Peru, S.A.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2011). *Estudio nacional de consumo de SPA en población escolar*. Disponible en línea: [http://www.unodc.org/documents/colombia/Estudio\\_Consumo\\_Escolares.pdf](http://www.unodc.org/documents/colombia/Estudio_Consumo_Escolares.pdf).
- Ministerio de la Protección Social (2008). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Informe final*. Disponible en línea: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20NaI%20Completo.pdf>.
- Muñoz R., M.J., Gámez G., M., Graña, J.L. y Fernández, L. (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*, 22(2), 125-133.
- Muñoz, M.J., Cruzado, J.A. y Graña, J.L. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- National Institute on Drug Abuse (2010). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction*. Bethesda, MA: NIDA.
- National Institute on Drug Abuse (2012). *Research Report Series: Marihuana abuse*. Bethesda, MA: NIDA.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003). *Encuesta escolar sobre el uso indebido de drogas*. Viena: UNODC. Disponible en línea: <http://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20Toolkit%20Module%203%20SPANISH.pdf>.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez Q., I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Páramo, M (2008). *Adolescencia y psicoterapia: Análisis de significados a través de grupos de discusión*. Tesis de doctorado. Salamanca (España): Universidad de Salamanca.
- Park, M.J., Mulye, T.P., Adams, S.H., Brindis, C.D. e Irwin, C.E. (2006). The health status of young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39, 305-317.

- Peñafiel, E. (2009a). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173.
- Peñafiel, E. (2009b). Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 63-84.
- Perez, A., Ariza, C., Sanchez, F. y Nebot, M. (2010). Cannabis consumption initiation among adolescents: A longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 35, 129-134.
- Ranganathan, M. y D'Souza, D. C. (2006). The acute effects of cannabinoids on memory in humans: a review. *Psychopharmacology*, 188, 425-444.
- Sánchez M., I., Moreno M., C., Muñoz M., V. y Pérez P., J. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*, 3, 305-324.
- Semple, D.M., McIntosh, A.M. y Lawrie, S.M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 19, 187-194.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its uses by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6, 12-31.
- Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (2007). *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Thompson, R. y Hasin, D. (2011). Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: Relationship to a history of foster care. *Drug and Alcohol Dependence*, 117, 66-69.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *World Drug Report*. Vienna: UNODC.
- Valenzuela, E. (2010). *El problema del alcohol entre universitarios. Patrones de consumo, percepción sobre el uso y prevención: alguna evidencia latinoamericana y chilena*. Ponencia presentada en la Cumbre de Alcaldes, Alcaldesas y Ciudades de Europa, América Latina y el Caribe sobre Drogas, Lugo, España, 21-23 de abril.



# El cuerpo: percepción de atractivo, insatisfacción y alteración en adolescentes de la frontera mexicana del noroeste

## *The body: Perceived physical attractiveness, dissatisfaction, and body image alteration in adolescents of the northwest Mexican border*

Gisela Pineda-García<sup>1</sup>, Gilda Gómez-Peresmitré<sup>2</sup>,  
Silvia Platas Acevedo<sup>2</sup> y Virginia Velasco Ariza<sup>3</sup>

### RESUMEN

Los objetivos de la presente investigación fueron conocer el grado de alteración de la imagen corporal según el IMC y el sexo, así como comparar el nivel de satisfacción corporal y percepción del atractivo físico en función del sexo, el IMC y el grado de alteración de la imagen corporal en adolescentes del estado de Baja California (México). Se empleó una muestra probabilística de 598 adolescentes, a quienes se pesó y midió para obtener su IMC, aplicándoseles un instrumento de autorreporte. Los resultados mostraron una asociación entre alteración e IMC: los participantes con sobrepeso y obesidad subestimaron sus cuerpos, mientras que aquellos con delgadez extrema los sobrestimaron. La insatisfacción con el cuerpo dependió del sexo, el IMC y el grado de alteración: las mujeres, los adolescentes con obesidad y los que sobrevaloran sus cuerpos se hallaban más insatisfechos. Se encontraron diferencias significativas en la percepción del atractivo físico entre los participantes con peso normal y obesidad, pues los primeros se percibían más atractivos que los segundos. Los hallazgos son congruentes y se discuten con base en la literatura existente referida a la imagen corporal y a los trastornos alimentarios.

**Palabras clave:** Imagen corporal; Atractivo físico; IMC; Adolescencia; Frontera noroeste mexicana.

### ABSTRACT

Objective. *The purpose of the present study was to examine the degree of body image alteration related to Body Mass Index (BMI) and sex. Also, to compare levels of body dissatisfaction and perceived physical attractiveness as a function of sex, BMI, and body image alteration in adolescents of Baja California, Mexico.* Method. *A probabilistic sample of 598 adolescents was weighed and measured to obtain their BMI and they answered a self-report questionnaire.* Results. *The main findings showed an association between BMI and body image alteration as overweight and obese participants underestimated their bodies, while extreme underweight students overestimated them. Body dissatisfaction was associated with sex, BMI and the degree of body image alteration. Women, obese adolescents and those who overestimated their bodies showed the highest dissatisfaction. Significant differences were found in perceived physical attractiveness between normal-weight and*

<sup>1</sup>Facultad de Medicina y Psicología, Universidad Autónoma de Baja California, Calzada Universidad 14418, Parque Internacional Industrial Tijuana, 22390 Tijuana, B.C., México, tel. (664)682-12-33, correo electrónico: gyspyg@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 12 de febrero y aceptado el 5 de abril de 2017.

<sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04515 Ciudad de México, México.

<sup>3</sup>Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, Universidad Autónoma de Baja California, Av. Universidad Mz. 66. Fracc. Lomas del Coronado, 22700 Playas de Rosarito, B.C., México, tel. (661)612-65-37.

*obese participants: those with a normal weight perceived themselves as more attractive than obese ones. Findings are in accordance to the research literature on body image and eating disorders.*

**Key words:** Body image; Physical attractiveness; BMI; Adolescence; Northwest Mexican border.

“Una imagen dice más que mil palabras” o “La primera impresión jamás se olvida” son frases que constantemente se escuchan en las sociedades que sobrevaloran la apariencia física y el cuerpo. El cuerpo representa uno de los primeros medios de comunicación con los otros. La imagen que se elabora y asocia al mismo puede determinar incluso la forma de interactuar con los demás.

Para Fuller-Tyszkiewicz y Mussap (2011), la imagen corporal se define como la cognición que refleja la integración de información proveniente de diferentes modalidades sensoriales —especialmente visuales y propioceptivas— proveniente de múltiples perspectivas. Tal es el caso de una persona que se mira de frente en un espejo y observa las partes visibles de su cuerpo. En síntesis, la imagen corporal es el concepto subjetivo de la apariencia física basado en la autoobservación y en las reacciones de los demás (Lobera y Ríos, 2011).

Durante la adolescencia, la imagen corporal es un elemento importante en la autorrepresentación del individuo, siendo la percepción del peso el elemento esencial de la misma (Park, 2011); esto es, la imagen que el adolescente elabora sobre sí mismo es una parte central de su identidad. Durante esta etapa del desarrollo, la persona busca identificarse con su grupo de pares o con modelos que admira.

El modelo estético corporal promovido actualmente por los principales agentes socializadores tiene varias características, como la delgadez para las mujeres y la musculatura gruesa mesomorfa pero sin grasa para los varones. El adolescente que no posee o no percibe su cuerpo dentro de los estándares puede ser víctima de los problemas de imagen corporal, como la insatisfacción con la misma o la necesidad que surge para alterarla.

La literatura nacional y extranjera ha identificado que las personas delgadas sobreestiman

su cuerpo, mientras que las obesas lo subestiman (Gómez-Peresmitré, 1999; Guzmán, 2012; Madrigal et al., 1999, Mireles, 2017). En el estudio de Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), hecho con estudiantes mexicanos de la capital del país, así como en el estudio de Gray (1977) con estudiantes universitarios de Estados Unidos, se observó la tendencia de los participantes con bajo peso a sobrevalorar su imagen corporal, y a subestimarla los que sufrían de sobrepeso.

La relevancia que cobra el estudio de la imagen corporal reside en el papel que desempeña en el desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La literatura indica que hay modelos que consideran la insatisfacción corporal como el factor de riesgo más próximo a los TCA (Brytek-Matera y Schiltz, 2011), o bien como un factor predictor de dieta restringida que puede conducir al desarrollo de la bulimia nerviosa (Stice, 2001). En este sentido, Brytek-Matera y Schiltz (2011) encontraron altos niveles de insatisfacción en pacientes con anorexia y bulimia, en comparación con individuos con peso normal (normopeso).

La asociación entre satisfacción e índice de masa corporal (IMC) señala una relación directa entre las variables, es decir, a mayor IMC, mayor insatisfacción. En la investigación de Petti y Cowell (2011) llevada a cabo con mujeres mexicano-americanas con normopeso, sobrepeso y obesidad, se reportó una asociación negativa entre el IMC y la satisfacción con la imagen corporal (a mayor IMC, menor satisfacción) y entre percepción de atractivo físico e IMC. En un estudio realizado con estudiantes universitarios (Zaragoza, Saucedo y Fernández, 2011) se hallaron altos porcentajes de insatisfacción en hombres y mujeres; entre los primeros, principalmente porque deseaban ser más robustos, aunque también hubo quienes querían ser más delgados, sobre todo aquellos con sobrepeso y obesidad; entre las mujeres, el deseo por ser más delgadas fue prácticamente generalizado, manifestándose aun entre aquellas con peso normal.

En relación específica con la obesidad, Russo, Brennan, Walkley, Fraser y Greenway (2011) identificaron altos niveles de insatisfacción corporal en muestras de hombres y mujeres australianos de 11 a 17 años con obesidad. En el reporte de Park (2011) sobre la autopercepción del peso

comparado con el IMC de adolescentes estadounidenses, se encontró que, en general, los estudiantes subestiman su cuerpo más que sobrestimarlo, y que los hombres alteran esa estimación más que las mujeres. Las adolescentes del sexo femenino sobrestimaron en mayor medida que los hombres; dentro del primer grupo, las de origen latino y afroamericano fueron las que subestimaron más su cuerpo. En los resultados reportados por Barret y Huffman (2011) en un grupo de adolescentes jamaicanos se halló más sobreestimación y deseo de una mayor musculatura en los hombres que en las mujeres.

Tanto la sobrestimación como la subestimación tienen implicaciones para la salud del adolescente: la primera de ellas puede provocar la práctica frecuente y reiterada de conductas alimentarias de riesgo, de restricción y compensación, que generan trastornos alimentarios (Park, 2011), y la segunda puede restar importancia a la necesidad de recibir medidas preventivas o tratamiento debido a que la decisión de controlar el peso se basa, la mayoría de las veces, en la autopercepción de sobrepeso (Miller et al., 2008).

En referencia a la relación entre IMC y percepción del atractivo físico, Havighurst (1972), en su teoría sobre el desarrollo y tareas evolutivas de la adolescencia, identifica el papel fundamental del cuerpo y la excesiva preocupación asociada al mismo a medida que los adolescentes alcanzan la madurez sexual.

Rice (2000) señala tres tipos de cuerpo: ectomórfico (delgado, alto, constitución fina y huesuda), endomórfico (siluetas redondas, gruesas y pesadas) y mesomórfico (constitución atlética y media), este último asociado a la autopercepción y a la percepción del otro como atractivo. En un estudio de Lerner y Karabeneck (1974) se mostró que la constitución física y la distribución del peso fueron considerados por un grupo de adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres, como muy importantes en el propio atractivo físico. Rodin, Silberstein y Striegel-Moore (1985) afirman que el peso y la forma corporal son elementos centrales de la percepción del propio atractivo de las mujeres. Asimismo, algunas investigaciones han mostrado que la delgadez está asociada a la percepción de atractivo. Prantl y Gründl (2011), a partir de un

programa computarizado, identificaron en 34 mil personas de nacionalidad europea de diferentes edades (de los 15 a los 98 años) que las figuras identificadas como atractivas se ubicaban en la delgadez y en el peso normal.

En un estudio más reciente sobre el IMC y la autopercepción del atractivo físico (Delfabbro, Winefield, Anderson, HammarStröm y Winefield, 2011), se encontró que los adolescentes con sobrepeso se percibieron como menos atractivos y satisfechos con sus cuerpos que sus coetáneos delgados y normopeso; de igual manera, se reportaron correlaciones significativas inversas entre la autopercepción del peso y el atractivo físico.

Con base en los antecedentes teórico-prácticos revisados, la presente investigación pretendió dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿La satisfacción y la percepción del atractivo corporal se relacionan con la sobrestimación o la subestimación del propio cuerpo? ¿La percepción del atractivo y la satisfacción con el cuerpo dependen del IMC?

Así, los objetivos de la investigación fueron, a saber: 1) conocer el grado de alteración o no alteración de la imagen corporal según el IMC y el sexo, y 2) comparar el nivel de satisfacción corporal y la percepción del atractivo físico en función del IMC, el grado de alteración o no alteración de la imagen corporal y el sexo en una muestra de la población de adolescentes del estado de Baja California (México).

## MÉTODO

### Muestra

Se utilizó una muestra probabilística por etapas y conglomerados conformada por 598 adolescentes, estudiantes de secundaria de la entidad, de los cuales 289 eran hombres y 309 mujeres. La edad promedio fue de 13.9 años ( $DE = 1.04$ ) en el caso de los primeros, y de 13.8 años ( $DE = 1.03$ ) en el de las segundas. La muestra fue extraída de escuelas públicas y privadas de los municipios de Ensenada, Mexicali y Tijuana. Se incluyeron estudiantes de entre 11 y 16 años sin defectos físicos visibles, prescindiendo de quienes no cubrían dichos criterios.

## Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud (CAS) (Gómez-Péresmitré, 1998), que muestra un nivel de confiabilidad general de .87. El CAS es un instrumento desarrollado para identificar factores de riesgo de TCA en población mexicana. Las subescalas utilizadas de este cuestionario se enlistan en seguida.

### *Percepción de atractivo físico*

Se midió con el atributo “atractivo” de la Escala de Autoatribución (Gómez-Peresmitré, 1999; cf. González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999), que consta de 42 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de “nada” = 1, a “demasiado” = 5) y un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .88 en la escala total.

### *Satisfacción/Insatisfacción*

El nivel de insatisfacción o satisfacción con la imagen corporal se valoró a partir de la diferencia entre el valor otorgado a la figura percibida, menos el valor de la figura ideal. Una diferencia igual a

cero indica satisfacción; una diferencia positiva representa insatisfacción porque se desea ser más delgado; una diferencia negativa indica también insatisfacción y deseo de ser más grueso. Entre más grande es la diferencia, mayor es el grado de insatisfacción. La figura percibida y la ideal se miden con un grupo de siluetas que cubren un continuo de peso, desde una figura desnutrida o emaciada hasta otra obesa, pasando por una silueta con normopeso. A los participantes se les presentó el grupo de siluetas en dos momentos diferentes: en el primero de ellos, anteponiendo las frases “Observa las siguientes siluetas y elige la que se parece más a tu cuerpo”, y en el segundo, “Observa las siguientes siluetas y elige la que más te gustaría tener”.

### *Índice de masa corporal*

El IMC se mide dividiendo el peso entre la estatura elevada al cuadrado. Se utilizaron los valores percentilares proporcionados por el National Center for Health Statistics (2000), los cuales se muestran en las Tablas 1 y 2, para establecer los rangos del IMC.

**Tabla 1.** Puntos de corte del IMC propuestos por el National Center for Health Statistics (2000) para hombres.

| Edad | IMC Percentilar para hombres |                 |                     |                        |                   |
|------|------------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-------------------|
|      | < P5<br>Delgadez<br>extrema  | P5<br>Bajo peso | P10 - P85<br>Normal | P85 - P95<br>Sobrepeso | > P95<br>Obesidad |
| 10   | < 14.2                       | 14.2 – 14.6     | 14.7 – 19.3         | 19.4 – 22.1            | > 22.1            |
| 11   | < 14.5                       | 14.5 – 15.0     | 15.1 – 20.1         | 20.1 – 23.2            | > 23.2            |
| 12   | < 14.9                       | 14.9 – 15.4     | 15.5 – 21.0         | 21.1 – 24.2            | > 24.2            |
| 13   | < 15.4                       | 15.4 – 15.9     | 16.0 – 21.8         | 21.9 – 25.1            | > 25.1            |
| 14   | < 15.8                       | 15.8 – 16.5     | 16.6 – 22.6         | 22.7 – 25.9            | > 25.9            |
| 15   | < 16.5                       | 16.5 – 17.1     | 17.2 – 23.3         | 23.4 – 26.8            | > 26.8            |

**Tabla 2.** Puntos de corte del IMC propuestos por el National Center for Health Statistics (2000) para mujeres.

| Edad | IMC Percentilar para mujeres |                 |                     |                        |                  |
|------|------------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|------------------|
|      | < P5<br>Delgadez<br>extrema  | P5<br>Bajo peso | P10 - P85<br>Normal | P85 - P95<br>Sobrepeso | >P95<br>Obesidad |
| 10   | < 14.0                       | 14.0 – 14.5     | 14.6 - 19.9         | 20.0 – 22.9            | > 22.9           |
| 11   | < 14.4                       | 14.4 – 14.9     | 15.5 – 20.8         | 20.9 – 24.0            | > 24.0           |
| 12   | < 14.8                       | 14.8 – 15.3     | 15.4 – 21.6         | 21.7 – 25.2            | > 25.2           |
| 13   | < 15.3                       | 15.3 – 15.8     | 15.9 – 22.4         | 22.5 – 26.2            | > 26.2           |
| 14   | < 15.8                       | 15.8 – 16.4     | 16.5 – 23.3         | 23.4 – 27.2            | > 27.2           |
| 15   | < 16.3                       | 16.3 – 16.8     | 16.9 – 24.0         | 24.1 – 28.1            | > 28.1           |

### Alteración

El nivel de alteración/no alteración se mide a partir de la diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el IMC. La autopercepción se evalúa mediante la pregunta: “Creo que estoy... 5) muy gordo, 4) gordo, 3) ni gordo ni delgado, 2) delgado, 1) muy delgado”. Los valores otorgados al IMC van, pues, de 1 (delgadez extrema) a 5 (obesidad).

Una diferencia igual a cero identifica que no hay alteración; una negativa, subestimación del cuerpo (la persona se percibe más delgada de lo que en realidad está), y una positiva, sobrestimación (la persona se percibe más gruesa). Entre más grande es la diferencia, mayor es el grado de alteración.

### Procedimiento

Primeramente se seleccionaron al azar las escuelas del ámbito público y privado según la lista de la Secretaría de Educación Pública de los municipios de Ensenada, Mexicali y Tijuana. Una vez hecho lo anterior, se consultó la lista de grupos, seleccionándolos también de manera aleatoria. De estos grupos, se eligió al azar a los participantes (18% de la muestra total original formada por 3,323 adolescentes), a quienes se pesó y midió,

los cuales integraron la muestra total del presente estudio.

Una vez obtenido el consentimiento informado de las autoridades de la escuela y de los propios alumnos, se procedió a la aplicación colectiva del instrumento en los salones de clase mediante papel y lápiz. La obtención del peso y la talla de los participantes fue realizada por estudiantes universitarios previamente capacitados. Ambas aplicaciones se llevaron a cabo en una sola sesión.

## RESULTADOS

### Alteración/no alteración por sexo e IMC

En congruencia con el primer objetivo, se comparó la alteración o no de la imagen corporal según el sexo del alumno. Se observa que más mujeres que hombres no alteraron su percepción (35 vs. 25%, respectivamente). Los porcentajes más altos se manifestaron en la subestimación (71% de los hombres y 51% de mujeres). En lo referente a la sobreestimación, sólo 5% de los primeros y 14% de las segundas la presentaron (cfr. Tabla 3), la significancia asociada a la prueba  $X^2$  resultó estadísticamente significativa:  $X^2(2) = 29.8, p = .000$ .

**Tabla 3.** Distribución porcentual de la variable alteración por sexo del alumno.

|            |                | Sexo del alumno |          | Total  |
|------------|----------------|-----------------|----------|--------|
|            |                | Masculino       | Femenino |        |
| Alteración | Subestimación  | 201             | 155      | 356    |
|            |                | 70.8%           | 50.7%    | 60.3%  |
|            | No alteración  | 70              | 107      | 177    |
|            |                | 24.6%           | 35.0%    | 30.0%  |
|            | Sobrestimación | 13              | 44       | 57     |
|            |                | 4.6%            | 14.4%    | 9.7%   |
| Totales    |                | 284             | 306      | 590    |
|            |                | 100.0%          | 100.0%   | 100.0% |

En la Tabla 4 se puede apreciar que el porcentaje más alto de participantes (70%) altera su imagen corporal, representado básicamente por la subestimación de los alumnos con sobrepeso y obesidad. De los participantes, 10% manifestó sobres-

timación, los participantes con delgadez extrema obtuvieron el porcentaje más alto (84%) y la significancia asociada a la prueba  $X^2$  resultó estadísticamente significativa:  $X^2(24) = 2.003, p = .000$ .

**Tabla 4.** Distribución porcentual del IMC por alteración/no alteración.

|                | IMC              |          |             |           |          |        |
|----------------|------------------|----------|-------------|-----------|----------|--------|
|                | Delgadez Extrema | Delgadez | Peso normal | Sobrepeso | Obesidad | Total  |
| Subestimación  | 0.0%             | 11.1%    | 46.0%       | 80.2%     | 93.0%    | 60.3%  |
| Sin alteración | 15.8%            | 66.7%    | 43.6%       | 15.1%     | 7.0%     | 30.0%  |
| Sobrestimación | 84.2%            | 22.2%    | 10.4%       | 4.7%      | 0.0%     | 9.7%   |
| Total          | 100.0%           | 100.0%   | 100.0%      | 100.0%    | 100.0%   | 100.0% |

### Satisfacción por sexo, IMC y alteración

Los resultados del ANOVA factorial 2 x 5 x 3 (hombre/mujer por delgadez extrema/delgadez/peso normal/ sobrepeso y obesidad por sobrestimación/ no alteración/ subestimación) indicaron diferencias significativas en la satisfacción corporal por los efectos principales: sexo ( $F[1.527] = 93.341$ ,  $p = .000$ ), IMC ( $F[4.527] = 93.341$ ,  $p = .000$ ) y alteración ( $F[2.527] = 51.422$ ,  $p = .000$ ). Ninguna de las

interacciones entre las variables fue significativa (Tabla 5). En la tabla se pueden visualizar asimismo los tamaños del efecto en cada una de las variables independientes, así como los de las interacciones entre los mismos, encontrándose específicamente los de sexo ( $\eta^2 = .086$ ), IMC ( $\eta^2 = .293$ ) y alteración ( $\eta^2 = .130$ ), que si bien resultan bajos, son similares a los esperados en las ciencias sociales (Cohen, 1988).

**Tabla 5.** ANOVA factorial. Satisfacción por sexo, IMC y alteración.

| Origen                  | Suma de cuadrados tipo I | gl  | Media cuadrática | F       | Sig. | Eta al cuadrado parcial |
|-------------------------|--------------------------|-----|------------------|---------|------|-------------------------|
| Modelo corregido        | 178.279 <sup>a</sup>     | 20  | 8.914            | 17.766  | .000 | .412                    |
| Intersección            | 93.341                   | 1   | 93.341           | 186.036 | .000 | .268                    |
| Sexo                    | 24.078                   | 1   | 24.078           | 47.989  | .000 | .086                    |
| IMC                     | 105.315                  | 4   | 26.329           | 52.475  | .000 | .293                    |
| Alteración              | 37.896                   | 2   | 18.948           | 37.765  | .000 | .130                    |
| Sexo * IMC              | 4.297                    | 4   | 1.074            | 2.141   | .075 | .017                    |
| Sexo * alteración       | 1.094                    | 2   | .547             | 1.090   | .337 | .004                    |
| IMC * alteración        | 2.744                    | 5   | .549             | 1.094   | .363 | .011                    |
| Sexo * IMC * alteración | 2.854                    | 2   | 1.427            | 2.844   | .059 | .011                    |
| Error                   | 254.380                  | 507 | .502             |         |      |                         |
| Total                   | 526.000                  | 528 |                  |         |      |                         |
| Total corregida         | 432.659                  | 527 |                  |         |      |                         |

<sup>a</sup>. R cuadrada = .412 (R cuadrada corregida = .389)

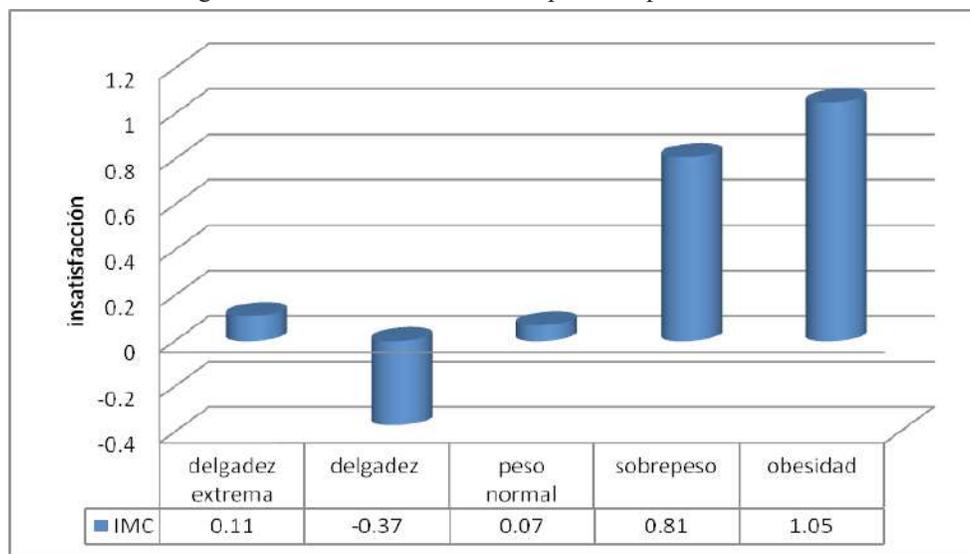
Las medias mostraron que las mujeres ( $M = .62$ ), más que los hombres ( $M = .19$ ), se sentían insatisfechas porque deseaban bajar de peso. En el análisis por IMC, la prueba post hoc de Bonferroni mostró diferencias entre los grupos con obesidad y sobrepeso (no dentro de ellos) y delgadez, delgadez extrema y peso normal (sin diferencias entre estos tres últimos). Los promedios que se muestran en la Tabla 6 y la Figura 1 muestran que prácticamente todos los participantes de los gru-

pos deseaban ser más delgados (incluso los participantes con delgadez extrema [ $M = .11$ ,  $DE = .90$ ]), a excepción de aquellos con delgadez, quienes aspiraban a ser más gruesos ( $M = -.37$ ,  $DE = .74$ ). El promedio de los estudiantes con peso normal fue muy cercano a cero, esto es, a la satisfacción ( $M = .07$ ,  $DE = .77$ ); los promedios más altos los obtuvieron las personas con sobrepeso y obesidad (Figura 1).

**Tabla 6.** Estadísticos descriptivos de Satisfacción por sexo, IMC y Alteración.

|                  | M     | DE    | N   |
|------------------|-------|-------|-----|
| Masculino        | .193  | .816  | 248 |
| Femenino         | .621  | .934  | 280 |
| Delgadez extrema | .111  | .900  | 18  |
| Delgadez         | -.375 | .744  | 8   |
| Peso normal      | .069  | .773  | 286 |
| Sobrepeso        | .808  | .829  | 99  |
| Obesidad         | 1.051 | .797  | 117 |
| Subestimación    | .405  | .877  | 323 |
| No altera        | .324  | .905  | 151 |
| Sobrestimación   | .777  | 1.003 | 54  |

Figura 1. Medias de insatisfacción por IMC para la muestra total.



Cuando el análisis se realizó por grado de alteración, las diferencias resultaron significativas entre el grupo que sobrestimaba su cuerpo y los grupos de subestimación y no alteración (sin diferencias entre estos últimos, según la prueba *post hoc* de Bonferroni). Las medias observadas en la Tabla 6 muestran que un grado alto de insatisfacción fue manifestado por las personas que sobreestimaron sus cuerpos ( $M = .77$ ), seguidas por las que los subestimaron ( $M = .41$ ) y las que no alteraron su imagen ( $M = .32$ ).

### Percepción de atractivo por sexo, IMC y alteración

De acuerdo con los resultados del ANOVA, se produjeron diferencias estadísticamente significativas

en la variable de percepción de atractivo, según el efecto principal IMC ( $F [4.589] = 2.383, p = .050$ ). El análisis *post hoc* indicó que hubo diferencias entre los participantes con peso normal y aquellos con obesidad. Las medias de la Tabla 8 y la Figura 2 indican que los participantes con obesidad se percibían como menos atractivos ( $M = 2.4, DE = 1.22$ ) que sus compañeros con peso normal ( $M = 2.8, DE = 1.11$ ). En la Tabla 7 se puede observar que se produjo una diferencia estadísticamente significativa en el efecto principal alteración/no alteración de la imagen corporal; no obstante, la prueba *post hoc* de Bonferroni no arrojó diferencias significativas entre ninguno de los tres grupos de comparación. Las medias que se muestran en la Tabla 8 indican que los adolescentes con subestimación ( $M = 2.74, DE = 1.19$ ) y no alteración del cuerpo

( $M = 2.61$ ,  $DE = 1.24$ ) se atribuían más atractivo que sus coetáneos con sobrestimación ( $M = 2.47$ ,  $DE = 1.1$ ). En la Tabla 7 se pueden consultar los

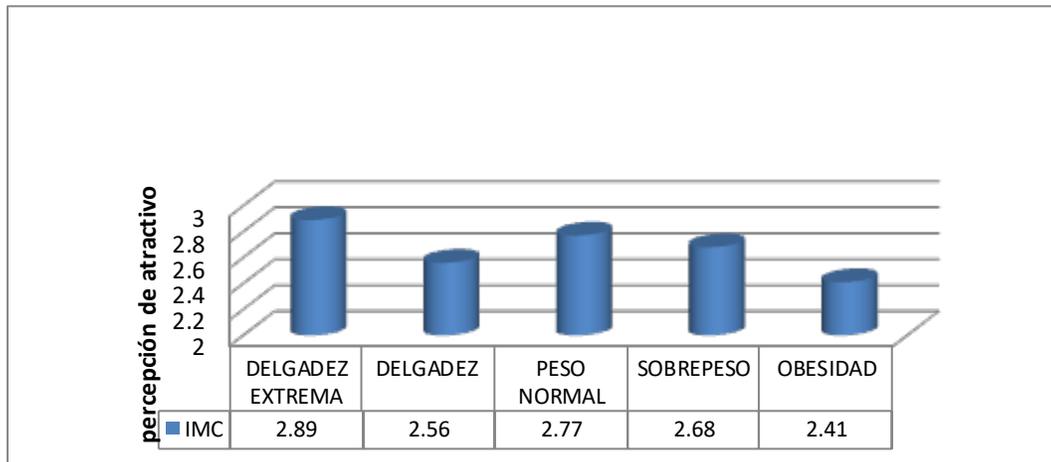
tamaños del efecto asociadas a cada una de las variables.

**Tabla 7.** ANOVA factorial. Atractivo por sexo, IMC y alteración.

| Origen                  | Suma de cuadrados tipo I | Gl  | Media cuadrática | F        | Sig. | Eta al cuadrado parcial |
|-------------------------|--------------------------|-----|------------------|----------|------|-------------------------|
| Modelo corregido        | 54.221 <sup>a</sup>      | 22  | 2.465            | 1.762    | .018 | .064                    |
| Intersección            | 4225.832                 | 1   | 4225.832         | 3021.699 | .000 | .842                    |
| Sexo                    | .008                     | 1   | .008             | .005     | .941 | .000                    |
| IMC                     | 13.329                   | 4   | 3.332            | 2.383    | .050 | .017                    |
| Alteración              | 19.974                   | 2   | 9.987            | 7.141    | .001 | .025                    |
| Sexo * IMC              | 5.541                    | 4   | 1.385            | .991     | .412 | .007                    |
| Sexo * alteración       | 2.701                    | 2   | 1.350            | .966     | .381 | .003                    |
| IMC * alteración        | 10.733                   | 6   | 1.789            | 1.279    | .265 | .013                    |
| Sexo * IMC * alteración | 1.934                    | 3   | .645             | .461     | .710 | .002                    |
| Error                   | 792.947                  | 567 | 1.398            |          |      |                         |
| Total                   | 5073.000                 | 590 |                  |          |      |                         |
| Total corregida         | 847.168                  | 589 |                  |          |      |                         |

**Tabla 8.** Estadísticos descriptivos de percepción de atractivo por IMC y alteración.

| IMC              | Alteración     | M    | D.E.  | N   |
|------------------|----------------|------|-------|-----|
| Delgadez extrema | Sin alteración | 3.67 | 1.155 | 3   |
|                  | Sobrestimación | 2.75 | 1.238 | 16  |
|                  | Total          | 2.89 | 1.243 | 19  |
| Delgadez         | Subestimación  | 2.00 |       | 1   |
|                  | Sin alteración | 2.83 | 1.835 | 6   |
|                  | Sobrestimación | 2.00 | 1.414 | 2   |
|                  | Total          | 2.56 | 1.590 | 9   |
| Peso normal      | Subestimación  | 2.92 | 1.278 | 151 |
|                  | Sin alteración | 2.69 | 1.188 | 143 |
|                  | Sobrestimación | 2.44 | .991  | 34  |
|                  | Total          | 2.77 | 1.219 | 328 |
| Sobrepeso        | Subestimación  | 2.76 | 1.120 | 85  |
|                  | Sin alteración | 2.44 | 1.315 | 16  |
|                  | Sobrestimación | 2.00 | 1.414 | 5   |
|                  | Total          | 2.68 | 1.167 | 106 |
| Obesidad         | Subestimación  | 2.50 | 1.088 | 119 |
|                  | Sin alteración | 1.11 | .333  | 9   |
|                  | Total          | 2.41 | 1.111 | 128 |
| Total            | Subestimación  | 2.74 | 1.189 | 356 |
|                  | No alteración  | 2.61 | 1.243 | 177 |
|                  | Sobrestimación | 2.47 | 1.104 | 57  |
|                  | Total          | 2.68 | 1.199 | 590 |

**Figura 2.** Medias de atractivo por IMC para muestra total.

## DISCUSIÓN

La teoría del desarrollo identifica la importancia que los adolescentes otorgan a sus cuerpos (Havighurst, 1972) al asociar la autopercepción de atractivo y belleza física a cuerpos mesomórficos y ectomórficos (Rice, 2000), lo que se confirma con los datos de la presente investigación.

En función del primer objetivo, se encontraron altos porcentajes de sobreestimación del cuerpo entre los participantes con emaciación, y elevadas cifras de subestimación en aquellos con obesidad. Tal parece que la subvaloración corporal en estos últimos y la sobreestimación asociada a la emaciación son fenómenos comunes, ya que los mismos resultados se encontraron en muestras de adolescentes estadounidenses, más de la mitad de los cuales, delgados ellos, sobreestimaron su cuerpo, y un alto porcentaje con sobrepeso lo subestimaron (Park, 2011).

De acuerdo con Vaz, Salcedo, González y Alcaina (1992), las mujeres occidentales tienden a estimar su cuerpo con al menos una figura superior a la suya (Bobadilla y López, 2014). En el caso del presente estudio, mujeres y hombres con delgadez extrema manifestaron esta misma tendencia, no así los participantes con obesidad, quienes manifestaron el fenómeno contrario, esto es, percibir su cuerpo por lo menos una silueta más abajo, tal y como ha ocurrido en investigaciones previas (Bobadilla y López, 2014; Gray, 1977; Gómez-Peresmitré, 1999; Guzmán, 2012; Mireles, 2017; Vartanian y Germeroth, 2011), en las que

también hubo subestimación en personas con exceso de peso.

Las adolescentes con delgadez extrema manifestaron sobreestimación, tal y como los pacientes con TCA. Autores como Cash y Deagle (1997) atribuyen esta distorsión a sesgos sensorceptivos. Se puede especular que las personas obesas muestran asimismo sesgos perceptuales al estimar su talla, o que la subestimación sirve como un mecanismo de defensa para proteger el autoconcepto y continuar así con los mismos hábitos de vida (alimentación inadecuada y sedentarismo); sin embargo, el presente estudio no evaluó las posibles causas de la distorsión, de manera que resulta necesario generar más investigación mixta, que combine técnicas cualitativas y cuantitativas, para confirmar o desechar tales hipótesis.

La principal limitación del presente estudio es precisamente la falta de aplicación de instrumentos cualitativos, como la entrevista a profundidad, que indaguen sobre las causas de la distorsión entre los participantes.

Ambos tipos de alteración de la imagen corporal representan un riesgo de salud para los adolescentes (Park, 2011). La percepción del cuerpo más grueso de lo que en realidad es puede provocar la manifestación de conductas alimentarias de riesgo cuyo fin es controlar el peso y, consecuentemente, la gestación de TCA. La subestimación corporal puede ayudar al mantenimiento de la obesidad, pues la decisión de controlar el peso se basa, la mayoría de las veces, en la percepción de sobrepeso (Miller et al., 2008).

En el presente estudio también se comparó el nivel de insatisfacción según el sexo, el IMC y el grado de alteración de la imagen corporal, hallándose diferencias significativas en cada uno de los efectos principales. El análisis de las medias mostró que el grado de insatisfacción corporal fue mayor en las mujeres que en los hombres, representando los valores de ambos grupos el deseo de ser más delgados. Tales datos son parcialmente congruentes con los obtenidos en estudios previos, que muestran el deseo por la delgadez, principalmente entre las mujeres (Zaragoza et al., 2011); en el presente estudio, la media obtenida por los varones muestra el deseo de ser más delgados, tal como en la investigación de Gómez-Peresmitré et al. (2001), realizada con varones de 6 a 9 años de edad, quienes también estaban insatisfechos porque deseaban siluetas más delgadas a la suya. El análisis por IMC mostró medias positivas –lo que indica el deseo de ser más delgados– en todos los grupos de comparación (incluidos los participantes con delgadez extrema), pero no en aquellos con delgadez, cuya media fue negativa. Los promedios más altos fueron alcanzados por los adolescentes con sobrepeso y obesidad. Resulta preocupante el dato de los participantes muy delgados, quienes deseaban serlo aún más, por lo que el deseo de delgadez representa un factor de riesgo de TCA (Brytek-Matera y Schiltz, 2011; Park, 2011; Stice, 2001).

Los resultados anteriores son congruentes con los de Delfabbro et al. (2011), que reportan un mayor grado de insatisfacción en adolescentes australianos con sobrepeso. El análisis de insatisfacción por alteración mostró medias con valores positivos en los tres grupos de comparación, lo que indica nuevamente el deseo de la delgadez, en especial entre aquellos que sobrestiman su cuerpo, quienes manifestaron la media más alta. No sorprenden los resultados ya que actualmente resulta casi una regla estar insatisfecho con el cuerpo, en especial cuando la persona no posee un cuerpo esbelto, socialmente premiado; esto es, si se encuentra fuera de los estándares de belleza establecidos.

Finalmente, el presente estudio ofrece una respuesta a la pregunta de si la percepción de atractivo se asocia con el IMC y con la alteración o no alteración del cuerpo. Los datos del ANOVA factorial y los de la interacción (no significativa) señalan que la percepción de atractivo físico no

se explica a partir de la influencia conjunta de ambas variables, pero sí del efecto principal del IMC: los adolescentes con peso normal se percibieron significativamente más atractivos que los estudiantes obesos, quienes exhibieron la media de atractivo más baja, lo que es congruente con los hallazgos de Delfabbro et al. (2011), quienes también encontraron que adolescentes australianos con sobrepeso se sentían menos atractivos que sus coetáneos con peso bajo o normal. Estos datos también coinciden con los del macroestudio de Prantl y Gründl (2011) con personas europeas de diferentes edades, quienes asociaron el atractivo físico con la delgadez y el normopeso.

Las diferencias en la percepción del atractivo no fueron significativas según el grado de la alteración o no alteración del cuerpo; aún así, las medias indicaron un comportamiento lineal entre las variables: los participantes que subestimaron (esto es, que se veían más delgados de lo que en realidad estaban) se percibieron más atractivos que aquellos sin alteración; los que se percibieron más gruesos, también se calificaron como menos atractivos, en comparación con el resto de los estudiantes. Nuevamente, los hallazgos no resultan sorprendentes, toda vez que los adolescentes asocian la belleza física con un cuerpo delgado; cuando no coincide con ese ideal, la percepción de atractivo puede ser muy baja (Delfabbro et al., 2011).

Con base en el análisis de resultados de la presente muestra se puede concluir lo siguiente:

- Los adolescentes con obesidad subestiman, mientras que sus coetáneos con delgadez extrema sobrestiman su imagen corporal.
- La insatisfacción con el cuerpo difiere significativamente entre los sexos: las mujeres están más insatisfechas que los varones, aunque ambos desean ser más delgados; está misma variable difiere según el IMC: las personas con peso normal están más satisfechas, y aquellas con sobrepeso y obesidad más insatisfechas. Las diferencias también se hacen evidentes en cuanto a la alteración de la imagen: aquellos que sobreestiman sus cuerpos también están más insatisfechos.
- La percepción de atractivo corporal depende del IMC: los adolescentes delgados y con peso normal se consideran más atractivos que los obesos.

## REFERENCIAS

- Barret, S. y Huffman, F. (2011). Comparison of self-perceived weight and desired weight versus actual body mass index among adolescents in Jamaica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(4), 267-276.
- Bobadilla S., S. y López Á., A. (2014). Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 408-414.
- Brytek-Matera, A. y Schiltz, L. (2011). Association between attitudes towards body image, negative emotions about one's own body, and self-state representations in a clinical sample of eating disordered women. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 37-43.
- Cash, T.F. y Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Delfabbro, P., Winefield, A., Anderson, S., Hammarström A. y Winefield, H. (2011). Body image and psychological well-being in adolescents: the relationship between gender and school type. *The Journal of Genetic Psychology*, 172(1), 67-83.
- Fuller-Tyszkiewicz, M. y Mussap, A. (2011). Examining the dissociative basis for body image disturbances. *International Journal of Psychological Studies*, 3(2), 3-13.
- Gómez-Péresmitré, G. (1998). *Cuestionario de Alimentación y Salud. Estudios de validez: alteraciones de la alimentación*. México: CONACYT.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 153-165.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado H., G., Moreno E., L., Saloma G., S. y Pineda G., G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.
- González, L., Lizano, M. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 117-126.
- Gray, S. (1977). Social aspects of body image: Perception of normality of weight and affect of college undergraduates. *Perceptual and Motor Skills*, 45, 1035-1040.
- Guzmán S., R. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad. Tesis inédita de Doctorado en Psicología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Havighurst, R. (1972). *Developmental tasks and education* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: David McKay.
- Lerner, R. y Karabeneck, S. (1974). Physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in late adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*, 3, 307-316.
- Lobera, J. y Ríos, B. (2011). Body image quality of life in eating disorders: patient's preference and adherence. *North American Journal of Psychology*, 5, 109-116.
- Madrigal F., H., De Irala E., J., Martínez G., M., Kearney, J., Gibney, M. y Martínez H., J. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México*, 41(10), 479-486.
- Miller, E., Schulz, R., Bibeau, D. et al. (2008). Factors associated with misperception of weight in the stroke belt. *Journal of General Internal Medicine*, 23(3), 323-328.
- Mireles, P.A. (2017). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en niñas con sobrepeso. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- National Center for Health Statistics (2000). *CDS Growth Charts*. Atlanta, GA: NCHS.
- Park, E. (2011). Overestimation and underestimation: Adolescents' weight perception in comparison to BMI-based weight status and how it varies across socio demographic factors. *Journal of School Health*, 81(2), 57-64.
- Petti, Y. y Cowell, J. (2011). An assessment of measures of body image, body attitude, acculturation, and weight status among Mexican-American women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 84-91.
- Prantl, L., y Gründl, M. (2011). Males prefer a larger bust size in women than females themselves: An experimental study on female bodily attractiveness with varying weight, bust size, waist width, hip width, and leg length independently. *Aesthetic Plastic Surgery*, 35(5), 693-702.
- Rice, F.P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura* (9<sup>a</sup> ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- Rodin, J., Silberstein, L.R. y Striegel-Moore, R.H. (1985). Women and weight: A normative discontent. En T. B. Sonderegger (Ed.): *Nebraska Symposium on Motivation, vol. 32: Psychology and gender* (pp. 267-307). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Russo, J., Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S., y Greenway, K. (2011). Psychosocial predictors of eating disorder risk in overweight and obese treatment seeking adolescents. *Behaviour Change*, 28(3), 111-127. doi: 10.1375/behc.28.3.111.

- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Vartanian, L. y Germeroth, L. (2011). Accuracy in estimating the bodyweight of self and others: Impact of dietary restraint and BMI. *Body Image*, 8, 415-418.
- Vaz, F., Salcedo, M., González, F. y Alcaina, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. *Psiquiatría Pública*, 4(1), 32-37.
- Zaragoza, J., Saucedo-Molina, T., y Fernández, T. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos latinoamericanos de Nutrición*, 61(1), 20-27.

# Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma

## *Effect of mindfulness and compassion treatment on anxiety, quality of life, and asthma control*

Emily Marina Sánchez Paquini y Ana Moreno Coutiño<sup>1</sup>

### RESUMEN

*Introducción:* El asma es una enfermedad crónica con elevada frecuencia entre niños y adultos que afecta su calidad de vida; se asocia a componentes emocionales, como la ansiedad, la cual aumenta el riesgo de descontrol de la enfermedad, impide a los enfermos realizar sus actividades y eleva los costos individuales y los servicios de salud. *Objetivo:* Evaluar un programa de tratamiento basado en la atención plena y la compasión sobre la calidad de vida, la sintomatología ansiosa y el control de la enfermedad. *Método:* Se empleó un ensayo clínico con modalidad grupal en el que participaron once adultos voluntarios diagnosticados con asma, evaluados antes, después y a los tres meses del tratamiento mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, el Test de Control del Asma y el Cuestionario Respiratorio Saint George. *Resultados:* Se encontraron efectos significativos al final del tratamiento y a los tres meses de seguimiento en la sintomatología ansiosa y en el control del asma. La calidad de vida mejoró significativamente al final del tratamiento y siguió progresando en el seguimiento. *Conclusiones:* La intervención fue eficaz para disminuir la sintomatología ansiosa, aumentar el control del asma y mejorar la calidad de vida de personas asmáticas.

**Palabras clave:** Atención plena; Compasión; Asma; Meditación; Terapia cognitivo-conductual de tercera generación.

### ABSTRACT

*Antecedents.* Asthma is a high incidence chronic condition that affects patients' quality of life. This condition has been associated with emotional factors like anxiety, poor control of asthmatic episodes, serious interference with daily activities and increased costs of individual and health services. *Objective.* The present study aimed at evaluating the effects of a treatment program based on mindfulness and compassion on quality of life, anxiety symptoms and the control of asthma episodes. *Method.* A clinical essay with a group of asthmatic adult volunteers evaluated the intervention at pre-treatment, post-treatment and three-month follow up. Measurement included the Beck Anxiety Inventory, the Asthma Control Test and the Saint George Respiratory Questionnaire. *Results.* Statistical analyses indicated significant improvement in anxiety symptoms as well as in asthma control, both post-treatment and at follow-up. Quality of life improved significantly at the end of treatment and showed increased gains at follow up. We conclude that the intervention effectively decreased anxiety symptoms, improved control over the condition, and increased quality of life in asthmatic patients.

**Key words:** Mindfulness; Compassion; Asthma; Meditation; Third generation cognitive-behavioral therapies.

---

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, Ciudad de México, México, correos electrónicos. moca99\_99@yahoo.com y emily.paquini@gmail.com. Artículo recibido el 18 de noviembre de 2016 y aceptado el 23 de enero de 2017.

## INTRODUCCIÓN

El asma se considera una enfermedad heterogénea, generalmente caracterizada por la inflamación crónica de las vías respiratorias. Se define como tal por la historia de síntomas respiratorios, como sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos, que varían en el tiempo y en intensidad, así como por una limitación variable del flujo aéreo espiratorio (Global Initiative for Management and Prevention of Asthma [GINA], 2015).

La incidencia del asma ha ido aumentando en todo el mundo en los últimos años, y actualmente se considera que hay 235 millones de personas que la padecen. Es la principal enfermedad respiratoria crónica en la niñez y afecta a 30% de los niños y 10% de los adultos (García, Fernández, Martínez, Franco y Pérez, 2012).

En México, los datos de morbilidad reportados por la Secretaría de Salud refieren que en 2015 el asma y el estado asmático constituían la catorceava causa de enfermedad. En la Ciudad de México este padecimiento ocupó el treceavo lugar en frecuencia y el dieciochoavo en el Estado de México. En la población general, la tasa más alta de casos nuevos se encuentra en el rango de edad comprendido entre uno y cuatro años de edad, seguido por el de cinco a nueve. En la adultez, es entre los 25 y 44 años de edad cuando se observa la mayor frecuencia de este trastorno (Secretaría de Salud, 2015).

### Factores psicológicos asociados al asma y el control de la enfermedad

En los niños y adolescentes con asma, la ansiedad aparece hasta en un tercio de ellos (Lehrer, Feldman, Giardino, Song y Schmaling, 2002; Van Lieshout y MacQueen, 2008), mientras que de 6 a 24% de los adultos la manifiestan (Van Lieshout y MacQueen, 2008). En los jóvenes con asma se ha observado que la ansiedad se asocia al incremento en la severidad de los síntomas, el mayor uso de servicios de salud, el deterioro funcional y un peor control de la enfermedad, en comparación con aquellos que no la sufren (Goodwin, Bandiera, Steinberg, Ortega y Feldman, 2012). En los adultos, la ansiedad se ha relacionado con un incremento en los síntomas de asma, más en aquellos que residen

en la ciudad que en las zonas suburbanas, y tiene un mayor impacto que la depresión (Rimington, Davies, Lowe y Pearson, 2001). Favreau, Bacon, Labrecque y Lavoie (2014), en un seguimiento de cuatro años, reportan que los niveles elevados de ansiedad aumentaron el riesgo de presentar descontrol del asma, insomnio, despertares nocturnos, limitación en las actividades, mayor uso de broncodilatadores, peor calidad de vida relacionada con el impacto psicosocial e incremento en el uso de servicios de salud de tercer nivel.

Las personas con asma y algún trastorno psiquiátrico tienen mayores problemas emocionales y físicos debido a las deficiencias en el autocuidado y a los efectos de la ansiedad en los sistemas inmune y autónomo (Lehrer et al., 2002). Aunque no se ha podido encontrar un mecanismo que produzca directamente inflamación en las vías respiratorias bajo la acción del asma, sí se origina un aumento de citocinas a nivel sistémico y un desencadenamiento de la respuesta de estrés, estimulada por la sensación de asfixia, lo que lleva a la hiperventilación que luego, al ingresar aire frío, precipita una crisis de asma.

Además, los pensamientos catastróficos característicos de la ansiedad y su sintomatología somática pueden provocar una mala percepción del control del asma, malinterpretándose las variaciones normales de la respiración con síntomas de asma y, con ello, un mayor uso de los servicios de salud, actividades limitadas e incremento en el uso de broncodilatadores y de la ansiedad asociada al efecto del medicamento, e incluso la evitación de actividades que podrían ser benéficas, como el ejercicio físico (Favreau et al., 2014).

El uso de inhaladores puede conducir a un ciclo entre asma y ansiedad, pues si los síntomas de ansiedad se confunden con el asma, entonces los individuos utilizarán el medicamento, el cual ejercerá un aumento de la tasa cardiaca, precipitando pensamientos catastróficos y hasta crisis de pánico (Goodwin et al., 2012). Greaves, Eiser, Seamark y Halpin (2002) exploraron el papel de las crisis recientes de asma en los síntomas de pánico o miedo para indagar si el control que percibe el individuo influye en su estado emocional. Comparando pacientes con asma controlada y no controlada, estos autores encontraron que los últimos, tras haber experimentado una crisis de asma, tendían a

manifestar un efecto negativo de miedo o pánico con mayor intensidad, además de que percibían un menor control de la enfermedad, por lo que es posible que los síntomas de ansiedad varíen de acuerdo a las oscilaciones del asma. Lehrer et al. (2002) también sugieren la posibilidad de que el incremento de la ansiedad en pacientes que han experimentado una crisis que pone en riesgo la vida sea consecuencia de la amenaza y no la causa de las exacerbaciones del asma.

### Calidad de vida

La calidad de vida es la evaluación subjetiva del impacto que tiene la pérdida de la salud en alguna condición, e incorpora la percepción del paciente sobre su relación con los equipos médicos y las intervenciones clínicas (Riveros, Castro y Lara, 2009). El impacto del asma en la calidad de vida de un individuo, por ejemplo, se puede conocer por su reporte acerca del grado de deterioro funcional, la cantidad de síntomas que experimenta, el efecto del tratamiento en su estado de salud o el componente psicológico determinado por la presencia de signos de ansiedad o depresión relacionados con el asma (Greaves et al., 2002). Se ha reportado que a menor presencia de psicopatología en personas con asma, mayor calidad de vida tienen; además, la medición de esta variable puede aportar información acerca de la evolución de la enfermedad (Lehrer et al., 2002) y de los efectos de los tratamientos psicológicos. Los programas educativos y los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) son los más comunes y se sabe que producen beneficios en la calidad de vida, aunque los pocos estudios que describen las evaluaciones de seguimiento indican que los resultados positivos se mantienen por periodos breves y regresan después a los niveles basales (Pbert et al., 2012; Ross, Davis y Macdonald, 2005). Put, van den Bergh, Lemaigre, Demedts y Verleden (2003), tras implementar TCC, observaron que las mejorías en la calidad de vida se mantenían a los tres meses, aunque no reportan efectos en pacientes con asma severa, pues la mayoría de los participantes manifestaban niveles leves y moderados, sin complicaciones sintomáticas graves. Pbert et al. (2012) hallaron mayores efectos en aquellos pacientes que participaron en el denominado Programa de Reducción

de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP), en comparación con un grupo control que participó en un programa de educación en asma. En esta investigación, las diferencias se encontraron al final del tratamiento y a los seis y doce meses de seguimiento, mostrando un creciente progreso en cada medición, a diferencia del grupo que recibió solamente educación, el cual regresó a sus niveles basales doce meses después.

### Tratamientos para el asma

En cuanto al tratamiento, los síntomas físicos pueden ser controlados por medicamentos de prevención o de rescate. Los primeros se utilizan a largo plazo y tienen efectos antiinflamatorios. En este grupo, los glucocorticoides son actualmente los más efectivos. Los medicamentos de rescate, a su vez, se utilizan para controlar rápidamente la broncoconstricción, pero no son la primera opción de tratamiento ya que su uso continuo conlleva una agudización de la enfermedad. Entre estos últimos se hallan los  $\beta$ -2 agonistas inhalados de acción corta o rápida, los anticolinérgicos inhalados y la teofilina de acción corta (GINA, 2006).

En cuanto a los síntomas psicológicos, se han utilizado técnicas cognitivas, conductuales o una combinación de ambas. La TCC de segunda generación ha mostrado resultados prometedores para este tipo de pacientes en la aminoración de la sintomatología ansiosa, así como en la mejoría de la calidad de vida y la función respiratoria (Yorke, Fleming y Shuldham, 2009). En México, Cabello, Fernández, Salas, Chapela y Sánchez-Sosa (2009) evaluaron un programa cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y los niveles de ansiedad en estos pacientes, hallando efectos significativos en la frecuencia cardíaca y respiratoria tomada antes y después del entrenamiento en relajación, y en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) los pacientes disminuyeron de un nivel moderado a leve. La estimación de la adhesión al tratamiento se obtuvo mediante el reporte de la exposición a desencadenantes y la toma del medicamento, variables que indicaron una mayor adhesión. Los síntomas de asma (disnea, presión o dolor en el pecho y flemas) también resultaron menos frecuentes al final del tratamiento y un mes después.

## Atención plena

Las terapias de tercera ola o terapias de conducta de tercera generación (TTG) surgieron en los años 90 y han alcanzado gran relevancia mundial para el tratamiento de pacientes con trastornos relacionados al estrés, la ansiedad y la depresión; sin embargo, en Latinoamérica la investigación al respecto apenas comienza. Las TTG surgieron a partir del análisis de la conducta y del conductismo radical como una propuesta alternativa a las limitaciones de las terapias de segunda generación, dejando a un lado el objetivo principal centrado en la lucha contra los síntomas, para comenzar a enfocarse en la percepción de la experiencia de vida, modificando así la forma en que el individuo se relaciona con la realidad, y redirigiéndolo a la toma de conciencia plena del contexto, lo que amplía el panorama para las personas en condiciones crónicas (Pérez, 2006).

La terapia basada en la atención plena (también conocida como *mindfulness*) es una de las terapias de tercera ola especialmente efectivas en la sintomatología ansiosa y depresiva asociada a distintas patologías (Moreno, 2012); sin embargo, aún hay muy poca investigación respecto al asma. Pbert et al. (2012) realizaron un estudio controlado y aleatorizado implementando el REBAP de ocho sesiones semanales; los autores reportan efectividad en el estrés percibido y la calidad de vida hasta un año después de concluido el tratamiento, en comparación con un grupo que sólo recibió educación.

## Compasión

La palabra “compasión” es la traducción del sánscrito *haruná* o *karuna* y del tibetano *snymg-rje*; significa e implica un sincero deseo de aliviar el sufrimiento del prójimo y la acción que se pone en práctica para conseguirlo (Tenzin Gyatzo, 2010). De acuerdo a Bornemann y Singer (2013a, 2013b), el entrenamiento de la compasión implica la adquisición de conocimientos, habilidades o competencias que pueden abarcar periodos cortos o hasta toda una vida. Estos autores mencionan que una condición previa necesaria para cultivar la compasión es la habilidad de estabilizar la mente, lo cual se consigue realizando prácticas meditativas.

La compasión es un elemento básico de la atención plena de raíz; estos dos conceptos están íntimamente relacionados y se desprenden de la filosofía budista, ya que la compasión es el elemento que define la motivación de las acciones. Los estudios que implementan programas de intervención desarrollados en Occidente utilizando ambos componentes refieren que los practicantes reducen tanto el estrés percibido como la reacción inflamatoria evaluada mediante la producción de citocinas y los niveles de cortisol tras la exposición a estresores (Mascaro, Pace y Raison, 2013).

Debido a la alta incidencia de trastornos de ansiedad y estrés en los pacientes con asma, la atención plena y el componente de compasión son considerados como una opción terapéutica en virtud de los resultados de investigaciones previas, mismos que indican que la práctica de la meditación tiene el efecto de desactivar la respuesta de estrés y regular el funcionamiento del sistema nervioso parasimpático, lo que disminuye la presión arterial y las frecuencias cardíaca y respiratoria (Simkin y Black, 2014).

En el presente estudio se reportan los resultados de un programa piloto basado en atención plena compasiva, diseñado con el objetivo de definir sus componentes, probar su efectividad en personas con asma y ofrecer una nueva alternativa terapéutica que pueda ser utilizada para intervenir a este tipo de pacientes en población mexicana.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron pacientes del Servicio de Alergia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, de ambos sexos, mayores de edad, con una media de edad de 40 años, con diagnóstico confirmado de asma y en tratamiento farmacológico. No se incluyeron aquellos con antecedentes de trastornos psiquiátricos, que se encontraran en otro tratamiento psicológico o que tuvieran una práctica de meditación regular. El grupo se conformó inicialmente con quince participantes que acudían a revisión médica y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Del análisis estadístico se excluyó

a quienes no asistieron a las diez sesiones de tratamiento. En consecuencia, en este trabajo se presentan los resultados de once participantes (tres hombres y ocho mujeres) con asma y rinitis alérgica no controlada, diagnosticada con mayor frecuencia en la adultez, con evolución de la enfermedad superior a los veinte años. El estado civil más re-

portado fue el de soltero; la ocupación, la de ama de casa; la escolaridad, preparatoria, y la religión, católica (Tabla 1). El tratamiento farmacológico fue personalizado por el médico especialista, el cual podía incluir antihistamínicos, beta-2 agonistas, corticoides inhalados e inmunoterapia.

**Tabla 1.** Características de los participantes (N = 11).

| Sexo (frecuencia)   | Media de edad                  | Estado civil (Frecuencia)                        | Escolaridad (Frecuencia)  | Ocupación (Frecuencia)                                     |
|---|--------------------------------|--|---|--|
| Hombres: 3<br>Mujeres: 8  | 40 (mínimo: 20;<br>máximo: 66) | Soltero: 6<br>Casado: 5                          | Primaria: 2<br>Secundaria: 2<br>Preparatoria: 4<br>Universidad: 3 | Hogar: 6<br>Desempleado: 1<br>Empleado: 3<br>Estudiante: 1 |
| Nivel de control de asma (frecuencia)                           | Tipo de asma (frecuencia)      | Enfermedades concomitantes (frecuencia)          | Etapas de aparición del asma (frecuencia)                         | Evolución de la enfermedad (media)                         |
| Controlada: 2<br>Parcialmente controlada: 3<br>No controlada: 6 | Alérgica: 10<br>No alérgica: 1 | Rinitis: 10<br>Dermatitis: 3<br>Conjuntivitis: 3 | Infancia: 3<br>Adolescencia: 1<br>Adultez: 7                      | 20<br>Mínimo: 1<br>Máximo: 40                              |

## Instrumentos

Las variables evaluadas en esta muestra fueron la sintomatología ansiosa, la calidad de vida y el control del asma, cuya estimación se obtuvo mediante pruebas validadas para población mexicana. Los indicadores fisiológicos empleados fueron la frecuencia cardíaca en reposo, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.

Adicionalmente, se emplearon las pruebas que se describen a continuación.

*Inventario de Ansiedad Beck (IAB).* En su versión para México (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001), es un reporte de síntomas autoaplicable, con consistencia interna superior a 0.90. Clasifica la ansiedad en distintos niveles según la intensidad de sus síntomas: sin ansiedad, ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave.

*Test de Control de Asma (TCA).* Este cuestionario, que se aplicó por entrevista estructurada, explora la frecuencia de los síntomas, la limitación que refiere el paciente en sus actividades cotidianas debida al asma, su frecuencia del uso de broncodilatadores y la percepción que tiene de su enfermedad. Cuenta con una consistencia interna de 0.84 (Na-

than et al., 2004) y proporciona la clasificación del control de la enfermedad consistente en asma controlada, asma parcialmente controlada y asma no controlada (cf. GINA, 2015).

*Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG).* En su versión adaptada para población mexicana, es un instrumento que mide la calidad de vida en enfermedades respiratorias crónicas como el asma; tiene una consistencia interna para cada subescala de 0.70 a 0.87. Valora la calidad de vida de acuerdo a tres categorías: afectación por los síntomas, actividades interrumpidas por la enfermedad e impacto psicológico, cuya suma proporciona un estimación total (Aguilar et al., 2000). Los resultados se observan en una escala de 0 a 100, donde las puntuaciones más altas indican una mayor afectación en la calidad de vida.

*Carta de consentimiento informado.* Dicho documento, que firman los pacientes, les informa las particularidades de su participación en el estudio y la responsabilidad que adquieren al hacerlo.

*Formatos para práctica en casa.* Dichos formatos se desarrollan en cada sesión de intervención.

## Procedimiento

### *Evaluación inicial y reunión informativa*

Dos semanas antes de la primera sesión terapéutica, se citó a los participantes para una entrevista individual, llevada a cabo con la ayuda de tres pasantes de Psicología, con el fin de recolectar los datos basales mediante el IAB, el TCA y del CRSG, así como la firma del formato de consentimiento informado. El personal del servicio de enfermería registró la presión arterial.

Después se realizó una reunión informativa con el fin de explicarles algunas consideraciones, tales como que el tratamiento constaría de diez sesiones semanales con duración de dos horas cada una, y la necesidad de que no faltaran a ninguna sesión. Además, se les habló sobre la importancia de apegarse al tratamiento farmacológico; aquellos que tuvieron dudas o dificultades para tomarlo fueron referidos a su médico tratante.

### *Intervención*

Empleando la modalidad grupal, la intervención se realizó en diez sesiones de dos horas de duración cada una. El terapeuta tuvo un rol directivo para llevar a cabo el entrenamiento mediante una exposición teórica y diversos ejercicios prácticos de las diferentes habilidades, de acuerdo a los componentes que integraban en el programa.

#### *1) Fase de educación y automonitoreo*

La terapia comenzó con un módulo educativo en el que se proporcionó información acerca de la enfermedad, los factores desencadenantes y la importancia de la adhesión al tratamiento farmacológico. A los pacientes se les entrenó en la técnica de medición del flujo espiratorio máximo (FEM) (Gómara, Román y Grupo Respiratorio de la Societat Balear de Medicina Familiar Comunitaria, 2002), identificándose el FEM ideal de acuerdo a sus características de sexo, edad y altura. Se les entrenó asimismo en la técnica de autocontrol utilizando una tarjeta indicadora del porcentaje de obstrucción, el cual se clasificó con colores verde, amarillo y rojo, y mostrándoles su utilidad para evaluar la gravedad de la crisis, decidir qué actitud tomar

de acuerdo al color y verificar la eficacia del tratamiento farmacológico.

#### *2) Fase de atención plena y compasión*

a. *Psicoeducación de la atención plena y su relación con el asma.* Se explicó que hay pensamientos que no se encuentran centrados en el presente, lo que produce una experiencia de malestar. Cuando la mente se centra en el pasado, surgirán emociones, sensaciones y conductas relacionadas con la sintomatología depresiva; cuando lo hace en eventos futuros, se experimentará sintomatología ansiosa. Esta desregulación emocional se relaciona con un desequilibrio de las funciones inmunitarias y con la activación del eje hipotalámico pituitario adrenal, o HPA (Nater, Skoluda y Strahler, 2013), lo que precipita inflamación corporal y la exacerbación de los síntomas de asma y de la ansiedad asociada.

b. *Psicoeducación de la experiencia del sufrimiento.* Se explicó que el sufrimiento es una condición presente en la vida de todos los seres. Se evalúa continuamente la experiencia externa e interna, pues se tiene la creencia de que la felicidad se encuentra en alcanzar aquellas cosas que son agradables y en evitar las que son desagradables; las primeras producen apego y las segundas aversión. Asimismo, cuando la persona es guiada por el deseo de alcanzar un estado, se genera en ella una experiencia de insatisfacción constante que no termina aun habiéndolo alcanzado.

c. *Psicoeducación de los eventos mentales.* Se le llaman “eventos mentales” o “internos” a las sensaciones, emociones y pensamientos que se caracterizan por ser percibidos únicamente por el individuo, por tener una duración breve y estar en continuo cambio. Estos eventos mentales son el resultado de la interpretación particular de la estimulación externa e interna; dicha interpretación está influida por la experiencia pasada y por normas y creencias que en muchos casos no son congruentes con la realidad.

d. *Entrenamiento en el entendimiento de la causalidad.* Se abordó la relación de causa y efecto explicando cómo a cada acción (ya sea un pensamiento, palabra o conducta) le corresponderá una reacción. Mediante un análisis cuidadoso, es posible advertir que al congregarse determinadas

causas y condiciones un resultado es inevitable, resultado que se convertirá en la causa y condición de otro fenómeno. De esta manera, se logra entender una secuencia ininterrumpida que explica todos los fenómenos.

e. *Entrenamiento en la percepción de la interdependencia.* Se explicó que la interrelación de los fenómenos es una de las características de la realidad. Los fenómenos surgen y se modifican debido a la combinación de una infinidad de factores. Cada fenómeno genera a su vez condiciones que ejercen un efecto parcial o determinante para que otro fenómeno surja, por lo que todos ellos son dependientes de las “partes” que los componen, por lo que carecen de identidad propia, sólida y permanente. Se analizó cómo todos los fenómenos carecen de identidad propia ya que son únicamente el resultado de la combinación de otros fenómenos.

f. *Entrenamiento en la percepción de la impermanencia.* “Impermanencia” se refiere a una más de las características de la realidad: el cambio constante de los fenómenos. Estos no pueden permanecer estáticos, por lo que se modifican de momento a momento de manera imperceptible a los sentidos en la mayoría de los casos. Las experiencias que surgen a partir de las sensaciones, emociones y pensamientos son cambiantes y no se mantienen por mucho tiempo. Debido a que los fenómenos son compuestos y dependen de causas y condiciones particulares para manifestarse, es imposible que permanezcan estáticos.

g. *Entrenamiento en la percepción del vacío.* Se explicó cómo la vacuidad es una de las características de la realidad y se refiere a que las cosas no tienen características propias sino que les son asignadas por el observador. De igual manera, se analizó cómo los juicios internos son producto de las percepciones que pueden cambiar a cada momento. Se estudió cómo la realidad de cada persona depende más de su estado interno que de los eventos externos, toda vez que es el observador quien genera su realidad a partir de sus percepciones.

h. *Entrenamiento en técnicas de meditación Shamata.* Se compone de dos habilidades: postura y respiración. En cuanto a la primera, considerando el escenario hospitalario, se utilizó en las sesiones la postura *Vairochana* de los siete puntos (Hangartner, 2013; Ricard, 2009), con la variación

de permanecer sentados: 1) sentarse en la orilla de la silla sin recargarse, 2) la mano derecha sobre la izquierda con la punta de los pulgares en contacto, 3) los ojos entreabiertos, dirigiendo la vista hacia abajo, 4) la espalda recta, 5) los hombros relajados, 6) los labios y dientes en posición natural, con la punta de la lengua tocando el paladar y 7) la barba ligeramente inclinada. Con relación a la respiración, se les indicó que la respiración debería ser natural, suave, calmada y silenciosa, observando la entrada y la salida del aire en la punta de la nariz. Cada sensación, pensamiento y emoción se reconocen y aceptan sin juzgarlos y luego “se sueltan”, regresando la atención a la respiración.

i. *Entrenamiento en la práctica informal de la atención plena.* Se enseñó a los participantes a dirigir y mantener intencionalmente la atención en la experiencia presente, cuidando que los pensamientos, el habla y las acciones se enfoquen a la situación que se experimenta en ese momento, y prestando atención a las sensaciones, al conjunto de los fenómenos y a su causalidad, impermanencia e interdependencia. Se enseñó a los participantes a realizar meditaciones al comer, caminar, lavarse las manos y encender la luz. La práctica entre sesiones incluyó meditaciones informales al cocinar, comer, bañarse, lavar platos y despertarse. Se motivó a que cada persona comenzara a generalizar su práctica en sus actividades diarias y comentara posteriormente su experiencia con el grupo.

j. *Psicoeducación de la compasión.* Se explicó que la compasión es una actitud consciente y voluntaria que i) cognitivamente, identifica el sufrimiento de los seres vivos, incluyendo al propio participante; ii) emocionalmente, reconoce el estado de aflicción, y iii) genera acciones para aliviar el sufrimiento. Se trata del componente activo de la atención plena, derivado de la motivación de no sufrir y ayudar a los demás a no sufrir dirigiendo la mente y la conducta hacia la generación de soluciones que hagan posible una experiencia de vida con mayor bienestar, basada en emociones positivas, y dando la misma importancia a todos los seres vivos. La compasión se diferencia de las acciones motivadas por la lástima, que se basa en emociones negativas, o de las expectativas de recibir un beneficio propio en respuesta a determinada acción.

k. *Entrenamiento en la práctica informal de la compasión*. Se refiere a la motivación correcta para realizar la práctica de la atención plena. Se explicó a los participantes que la práctica de la compasión implica realizar acciones que alivien el sufrimiento propio y el de los demás. Para ello, es necesario atender constantemente las actividades del diario vivir, reconocer el sufrimiento propio y ajeno y anhelar liberarse de él. Acto seguido, se generan acciones, palabras o pensamientos que detengan o contribuyan a cambiar tales experiencias. La práctica entre sesiones consistió en un ejercicio de meditación informal en el que debían elaborar una lista de las acciones propias que habían realizado para beneficiar a algún ser vivo, incluyéndose ellos mismos. De igual manera, se les indicó practicar para estar atentos constantemente a las acciones virtuosas que llevaran a cabo en el momento justo en el que las estuviesen realizando.

#### *Evaluación final y seguimiento*

Se realizó una evaluación al concluir el tratamiento (B), y una más de seguimiento tres meses des-

pues (C) mediante el IAB, el TCA y el CRSG y la evaluación de la presión arterial.

#### **Análisis estadístico**

Se utilizó la prueba de Wilcoxon, que es un análisis no paramétrico para dos muestras relacionadas cuando la variable dependiente es ordinal. Se buscaron efectos con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%.

## **RESULTADOS**

### **Sintomatología ansiosa**

En la evaluación A de la sintomatología ansiosa se registró una media correspondiente a un nivel leve de ansiedad; en la evaluación B, el promedio disminuyó a un nivel sin ansiedad, y se mantuvo de manera similar en la evaluación C (Tabla 2).

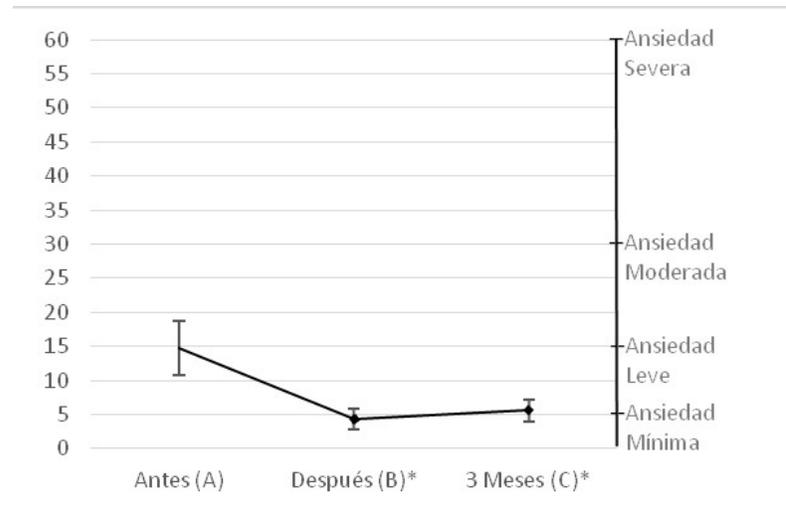
**Tabla 2.** Cambios en las variables de síntomas de ansiedad, presión arterial, control de asma y calidad de vida en las evaluaciones antes (A), después (B) y a los tres meses de seguimiento (C) (N = 11).

| Variable  | Media de la evaluación A | Media de la evaluación B | <i>p</i> | Media de la evaluación C | <i>p</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <b>Sintomatología ansiosa</b><br>(Puntuación del IAB)                     | 14.8                     | 4.4                      | .021*    | 5.6                      | .028*    |
| <b>Control de asma</b><br>(Puntuación del TCA)                            | 19.0                     | 21.7                     | .007*    | 21.3                     | .011*    |
| <b>Calidad de vida: Síntomas</b><br>(% de afectación del CRSG)            | 38.1                     | 23.5                     | .041*    | 20.8                     | .004*    |
| <b>Calidad de vida: Actividades</b><br>(% de afectación del CRSG)         | 30.1                     | 23.4                     | .123     | 18.1                     | .028*    |
| <b>Calidad de vida: Impacto Psicológico</b><br>(% de afectación del CRSG) | 26.5                     | 12.2                     | .007*    | 8.5                      | .008*    |
| <b>Calidad de vida: Escala General</b><br>(% de afectación del CRSG)      | 29.5                     | 17.5                     | .008*    | 13.5                     | .003*    |

*p* = probabilidad asociada; \*Efecto significativo.

Se encontraron diferencias significativas antes y después de la intervención, obteniéndose diferencias en A-B ( $z = -2.314$ ,  $p = 0.021$ ) y A-C ( $z = -2.193$ ,  $p = 0.028$ ), lo cual indica que se registró una dis-

minución de los síntomas de ansiedad posterior al tratamiento, misma que se mantuvo a los tres meses (Figura 1).

**Figura 1.** Medias de sintomatología ansiosa obtenidas con el BAI en A, B y C.

\* Efecto significativo B ( $p = .021$ ); C ( $p = .028$ )

### Control del asma

En la medición A se encontró una puntuación media correspondiente a un asma no controlada debido a que la mayor parte de la muestra se ubicó en esta categoría. Al terminar el tratamiento, el promedio de participantes presentó un asma parcialmente controlada, resultado que se mantuvo en la evaluación de seguimiento (véase Tabla 2). Se encontraron efectos significativos del tratamiento al comparar la evaluación A y B ( $z = -2.675, p = 0.007$ ), con resultados similares en la evaluación de seguimiento, como se aprecia al comparar A y C ( $z = -2.533, p = 0.011$ ), lo que indica que hubo una mejoría en el control de asma percibido y que este cambio se mantuvo a los tres meses.

### Calidad de vida

En cuanto a la CV relacionada a los síntomas de asma, en la evaluación basal se encontró una afectación mediana, la cual disminuyó en la evaluación posterior al tratamiento y siguió mejorando en el seguimiento (véase Tabla 2). Los resultados del efecto del tratamiento resultaron estadísticamente significativos, registrándose diferencias en

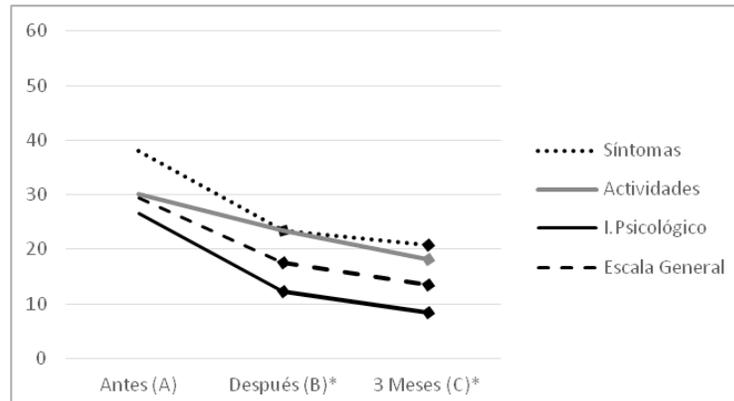
tre A-B ( $z = -2.045, p = 0.041$ ) y A-C ( $z = -2.845, p = 0.004$ ).

En la CV relacionada a la interrupción de actividades a causa del asma, se observó inicialmente una afectación menor; dicha valoración mejoró en la evaluación B y continuó haciéndolo en el seguimiento (véase Tabla 2). El efecto del tratamiento resultó estadísticamente significativo entre A y C ( $z = -2.192, p = 0.028$ ).

La CV relacionada con el impacto emocional que se evaluó antes del tratamiento indicaba una afectación menor. Tal sintomatología mejoró en la medición B y continuó progresando en el seguimiento (véase Tabla 2). Se encontraron diferencias significativas debidas a la intervención entre A-B ( $z = -2.701, p = 0.007$ ) y A-C ( $z = -2.666, p = 0.008$ ).

La escala general de CV presentó inicialmente una afectación baja, pero mejoró al concluir el tratamiento y siguió progresando en la evaluación C (véase Tabla 2). Se encontraron efectos significativos entre A-B ( $z = -2.667, p = 0.008$ ), B-C ( $z = -2.045, p = 0.041$ ) y A-C ( $z = -2.934, p = 0.003$ ). En la Figura 2, se aprecian los niveles de afectación de la calidad de vida, su evolución posterior al tratamiento y en el seguimiento a los tres meses.

**Figura 2.** Cambios en el porcentaje de afectación de la calidad de vida en las subescalas de síntomas, actividades, impacto psicológico y escala general del CRSG en las evaluaciones antes (A), después (B) y a los tres meses de seguimiento (C).



\*Efecto significativo;  $p < 0.05$

## DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de esta investigación obedecen a que la terapia mediante atención plena y compasión probó tener efectos positivos para disminuir tanto la sintomatología ansiosa como la asmática, al tiempo que mejoró el control de la enfermedad y la calidad de vida. Estos beneficios se mantuvieron incluso tres meses después de haber concluido el tratamiento.

De manera particular, en cuanto a la sintomatología ansiosa, se observó una importante mejoría tras el tratamiento, la cual se mantuvo aun tres meses después de concluido, lo que indica que el tratamiento basado en la atención plena y compasión es eficaz para disminuir este tipo de sintomatología. Dichos resultados coinciden con lo reportado por Simkin y Black (2014), que relaciona la práctica de la meditación con una mejor regulación emocional, la desactivación del sistema nervioso simpático y una disminución en el tamaño de la amígdala, que son funciones relacionadas con la respuesta fisiológica de la ansiedad. De igual manera, Pbert et al. (2012) también encontraron menores niveles de estrés percibido tras el tratamiento basado en la atención plena.

Otro indicador de las variables relacionadas al estado psicológico de los pacientes fue evaluado mediante la prueba de calidad de vida, en su escala de impacto emocional, la cual se observó con una menor afectación al terminar el tratamiento y aún con mejores resultados a los tres meses de se-

guimiento, lo que sugiere que el tratamiento empleado es efectivo para lograr un mayor bienestar relacionado con el estado emocional de pacientes con enfermedades que atañen al funcionamiento inmunológico y respiratorio.

La percepción de control del asma mejoró al finalizar el tratamiento y se mantuvo a los tres meses de seguimiento, lo que indica que los participantes pudieron llevar una vida con mayor funcionalidad en sus actividades escolares, laborales, sociales y familiares. Tales resultados apoyan los reportes previos acerca de que, al disminuir la sintomatología ansiosa, hay un impacto positivo en el control de asma, que se refleja en los síntomas del asma y en la limitación de las actividades derivada del padecimiento (Favreau et al., 2014). Este hallazgo también se corroboró en este estudio por medio del Cuestionario Respiratorio Saint George, en donde las escalas relacionadas a los síntomas y a la limitación de actividades mejoraron al finalizar el tratamiento, y más aún a los tres meses de haber finalizado el tratamiento. Anteriormente, Pbert et al. (2012) reportaron que la calidad de vida es un indicador en el que el tratamiento basado en la atención plena tiene un efecto positivo incluso a los doce meses de seguimiento tras la intervención en este tipo de pacientes.

La principal limitación de este estudio fue el carecer de grupo control en virtud de que se trató de un estudio piloto, una primera aproximación al tratamiento de los pacientes con asma mediante la terapia psicológica basada en la atención plena y

compasión, en la que se buscó evaluar su viabilidad de aplicación y la aceptación del mismo por parte del personal médico y de los propios pacientes.

En estudios posteriores será necesario ampliar el tamaño de la muestra y comparar el grupo de intervención con un grupo control, o bien compararlo con pacientes bajo el tratamiento psicológico cognitivo-conductual convencional que reciben por lo común.

Las terapias de conducta de tercera generación, al igual que la de atención plena y compasión, representan una opción viable y efectiva para tratar condiciones de salud relacionadas a estados emocionales como el asma, por lo cual es impor-

tante que se sigan investigando sus potencialidades en nuestro país para conocer las características particulares de estos pacientes y así proponer nuevas alternativas de tratamiento. La evidencia aportada da cuenta de la necesidad de abrir espacios en las instituciones de educación superior para que los profesionales de la salud mental puedan formarse en las terapias conductuales de tercera generación y realizar intervenciones en los centros de servicios de diversas especialidades médicas, lo que tendrá como resultado generar más investigación que ayude a ampliar la evidencia de su efectividad en diversos grupos clínicos de la población mexicana.

## REFERENCIAS

- Aguilar, M., Sotelo, M., Lara, A., García, Á., Sansores, R. y Ramírez, A. (2000). Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 13(2), 85-95.
- Bornemann, B. y Singer, T. (2013a). A cognitive neuroscience perspective: the resource model. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Bornemann, B. y Singer, T. (2013b). What do we (not) mean by training. En T. Singer, y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Caballero, N., Fernández, M., Salas, J., Chapela, R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2009). Efectos de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad de pacientes asmáticos. *Revista Española de Asma*, 1(4), 97-106.
- Favreau, H., Bacon, S., Labrecque, M. y Lavoie, K. (2014). Prospective impact of panic disorder and panic-anxiety on asthma control, health service use, and quality of life in adult patients with asthma over a 4-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 76, 147-155.
- García S., C., Fernández P., R., Martínez B., D., Franco M., F. y Pérez P., J. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública de México*, 54(4), S91-S97.
- Global Initiative for Asthma (2006). *Global strategie for management and control of asthma*. Disponible en línea: <http://www.ginasthma.org> (Recuperado el 15 de junio de 2015).
- Global Initiative for Asthma (2015). *From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Report*. New York: Global Initiative for Asthma.
- Gómara P., J.M., Román R., M. y Grupo de Respiratorio de la Societat Balear de Medicina Familiar Comunitaria (2002). Medidor de peak-flow: técnica de manejo y utilidad en atención primaria. *Medifam*, 12(3), 206-213.
- Goodwin, R., Bandiera, F., Steinberg, D., Ortega, A. y Feldman, J. (2012). Asthma and mental health among youth: etiology, current knowledge and future directions. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 6(4), 397-406.
- Greaves, C., Eiser, C., Seamark, D. y Halpin, D. (2002). Attack context: an important mediator of the relationship between psychological status and asthma outcomes. *Thorax*, 57, 217-221.
- Hangartner, D. (2013). A practical guide to classic buddhist meditation. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion: Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Lehrer, P., Feldman, J., Giardino, N., Song, H.-S. y Schmalzing, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 691-711.
- Mascaro, J., Pace, T. y Raison, C. (2013). Mind your hormones! The endocrinology of compassion. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17.
- Nater, U., Skoluda, N. y Strahler, J. (2013). Biomarkers of stress in behavioural medicine. *Psychiatry, Medicine and the Behavioural Sciences*, 26(5), 440-445.

- Nathan, R., Sorkness, C., Pharm, D., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J., Marcus, P., Murray, J. y Pendergraft, T. (2004). Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(1), 59-65.
- Pbert, L., Madison, M., Druker, S., Olendzki, N., Magner, R., Reed, G., Allison, J. y Carmody, J. (2012). Effect of mindfulness training on asthma. *Thorax*, 67(9), 769-776.
- Pérez Á., M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Pedagogía*, 5(2), 159-172.
- Put, C., van den Bergh, O., Lemaigre, V., Demedts, M. y Verleden, G. (2003). Evaluation of an individualised asthma programme directed at behavioural change. *European Respiratory Journal*, 21, 109-115.
- Ricard, M. (2009). *El arte de la meditación*. Barcelona: Urano.
- Rimington, L., Davies, D., Lowe, D. y Pearson, M. (2001). Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax*, 56(2), 266-271.
- Riveros, A., Castro, G. y Lara T., H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291-304.
- 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(2), 211-218.
- Ross, C., Davis, T. y Macdonald, F. (2005). Cognitive-behavioral treatment combined with asthma education for adults with asthma and coexisting panic disorder. *Clinical Nursing Research*, 14(2), 131-157.
- Secretaría de Salud (2015). *Anuario de Morbilidad 1984-2015*. Secretaría de Salud. Recuperado de: <http://epidemiologia.salud.gob.mx>.
- Simkin, D. y Black, N. (2014). Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 487-534.
- Tenzin Gyatzo (2010). *La meditación paso a paso*. Madrid: Grijalbo.
- Van Lieshout, R. y MacQueen, G. (2008). Psychological factors in asthma. *Allergy, Asthma, and Clinical Immunology*, 4(1), 12-28.
- Yorke, J., Fleming, S. y Shulldham, C. (2009). Psychological interventions for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-63.

# Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos

## *Loneliness, depression and quality of life in Mexican older adults*

*Christian Oswaldo Acosta Quiroz<sup>1</sup>, Jesús Tánori Quintana<sup>2</sup>, Raquel García Flores<sup>1</sup>, Sonia Beatriz Echeverría Castro<sup>1</sup>, Javier José Vales García<sup>1</sup> y Laura Rubio Rubio<sup>3</sup>*

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar el efecto independiente de la soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros como predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores. Participaron 489 mayores del sur del estado de Sonora (México) de entre 60 y 97 años, quienes completaron la escala ESTE para medir soledad, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el WHOQOL-OLD para medir su calidad de vida. Los resultados indican que son las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida, así como una mayor edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de una pareja.

**Palabras clave:** Adultos mayores; Soledad; Depresión; Calidad de vida.

### ABSTRACT

*Objective. The purpose of the present study was to analyze the independent predicting value of loneliness, age, presence-absence of health conditions, presence-absence of a partner and living alone or with others, for predicting depression and quality of life in elderly participants. Method. A total of 489 adults aged 60 to 97 from the northwestern state of Sonora (Mexico) participated. All participants completed the ESTE scale to measure self-perceived loneliness, the Yesavage Geriatrics Depression Scale and the WHOQOL-OLD to measure quality of life. Results. The main findings indicate that negative perceptions of life experiences in old age, perceived social and family isolation, as well as growing older, becoming ill, and not having a partner, are the main loneliness dimensions explaining depressive symptoms and poor quality of life in the elderly.*

**Key words:** Older adults; Loneliness; Depression; Quality of life.

## INTRODUCCIÓN

Rubio (2007) define la soledad como un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales. El aislamiento social, la carencia de redes sociales y la marginación pueden estar asociados al “estar solo”, pero la verdadera soledad asociada

<sup>1</sup> Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de Febrero 818 Sur, Cd. Obregón, Sonora, México, correos electrónicos: christian.acosta@itson.edu.mx, raquel.garcia@itson.edu.mx, soniae@itson.edu.mx y jvales@itson.edu.mx. Artículo recibido el 12 de enero y aceptado el 24 de marzo de 2017.

<sup>2</sup> Departamento de Educación, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de Febrero 818 Sur, Cd. Obregón, Sonora, México, correo electrónico: jesus.tanori@itson.edu.mx.

<sup>3</sup> Área de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Burgos, Facultad de Educación, c/ Villadiego s/n, 09001 Burgos, correo electrónico: lrrubio@ubu.es.

al “sentirse solo” entraña el sentimiento de nostalgia, tristeza y añoranza, aunque se esté acompañado físicamente de otras personas (Rubio y Aleixandre, 2001). El sentimiento de soledad puede vincularse a la falta de actividad y al aislamiento social, los que pueden desembocar en diversos trastornos afectivos, como la depresión. Una persona mayor que haya dejado de ser activa y que se encuentre aislada socialmente acabará por sufrir en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, manifestado en última instancia por el deterioro cognitivo y de la salud en general (Rubio, 2004). Cada día aumentan más las cifras de personas mayores que viven solas, que están institucionalizadas o que manifiestan síntomas asociados a la soledad, debido a que esta última es un problema que ha cobrado una enorme importancia por su alta incidencia y porque se relaciona con depresión, suicidio y diversos e importantes problemas de salud (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2007), sobre todo porque la depresión puede ser particularmente incapacitante cuando se experimenta en esa etapa de la vida en virtud de factores que la amplifican, como el declive en la capacidad de reserva, los escasos recursos financieros y la comorbilidad con enfermedades físicas, todo lo cual afecta las relaciones sociales y acelera los procesos de enfermedad (Moss, Scogin, Di Napoli y Presnell, 2012).

Sin embargo, la soledad en el adulto mayor no se relaciona directamente con la depresión, la cual está mediada por otras variables. Identificar las mismas es importante desde un punto de vista teórico en razón de que tales mediadores proporcionan una mayor comprensión del proceso por el cual ambas condiciones se relacionan, y también es benéfico desde un punto de vista práctico porque ayuda a reconocer qué aspectos de la vida de un adulto mayor requieren ser atendidos (Wan Mohd Azam et al., 2013).

Un estudio realizado por Alpass y Neville (2003) tuvo como objetivo establecer la relación entre soledad, apoyo social, depresión y salud física en 217 adultos mayores varones de la tercera edad. Las posibles relaciones entre estas variables se analizaron considerando el sexo, ingreso, educación, estado civil, vivir solo, número de enfermedades crónicas, tamaño de la red social, satisfacción con el apoyo social y salud percibida. El

análisis de regresión mostró una relación significativa entre la depresión y la soledad: cuando los participantes percibían una mayor soledad, alcanzaban puntajes más elevados de depresión, lo que sugiere que el aislamiento social puede influir en la experiencia de la misma.

En otro estudio, Adams, Sanders y Auth (2004) examinaron la relación entre la soledad y los síntomas depresivos en 163 adultos mayores residentes de centros de asistencia. Las posibles relaciones entre estas variables se analizaron considerando la edad, sexo, estado civil, ingreso, número de enfermedades crónicas, pérdidas, visitas por semana y actividades sociales y religiosas. Los resultados mostraron que los puntajes de soledad explicaban cerca de 8% de la varianza en los puntajes de depresión, lo que sugiere que la soledad es un factor de riesgo para los síntomas depresivos. Por otro lado, Drageset, Espehaug y Kirkevold (2012) analizaron la relación entre síntomas depresivos, sentido de coherencia y soledad social y emocional en 227 adultos mayores residentes de asilos. Las posibles relaciones entre estas variables se analizaron considerando el sexo, edad, estado civil, educación, tiempo de estancia en el asilo y comorbilidad. El análisis de regresión mostró que los puntajes de soledad se asociaron al apego y la integración social. Un estudio realizado por Wan Mohd Azam et al. (2013) tuvo como propósito establecer el rol del apoyo social en la relación entre soledad y depresión en 161 adultos mayores de una región rural, hallándose que la relación entre soledad y depresión está parcialmente mediada por el apoyo social.

Hay también una relación entre soledad y deterioro en la calidad de vida en dichas personas, definida esta última esta como “...la percepción de los individuos de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven, y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper y Power, 1998). Lim y Kua (2011), con el fin de establecer los efectos independientes e interactivos de vivir solo y de la soledad en los síntomas depresivos y los puntajes de calidad de vida en 2,808 personas de 55 años de edad no institucionalizadas y a lo largo de dos años de seguimiento, hallaron que la soledad fue un predictor más robusto que el vivir solo respecto a los puntajes de depresión. Sin to-

mar en cuenta la variable de soledad, el vivir solo no se asoció con los puntajes de depresión, pero al momento de establecer la interacción entre el vivir solo y la soledad, los puntajes de depresión asociados con la primera de esas variables fueron mayores en aquellos que se sentían solos, en comparación con aquellos que no se sentían así. Se encontraron asimismo patrones de asociación similar en los puntajes de calidad de vida, aunque no significativos. Los autores concluyen que vivir solo tiene un efecto reducido como predictor del bienestar psicológico de los mayores, pero en conjunto con la soledad empeora los efectos psicológicos de vivir solo.

De igual manera, Theeke, Turner, Moore y Campbell (2012), con el objetivo de analizar la relación entre soledad, depresión, apoyo social y calidad de vida, trabajaron con 60 adultos mayores de los montes Apalaches. En su análisis también consideraron la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ingreso, situación de vida y empleo de los participantes. Los resultados mostraron que los puntajes más altos de soledad correlacionaron con depresión, baja calidad de vida y escaso apoyo social. En otro estudio, Ekwall, Sivberg e Ingalill (2005) pretendieron establecer la relación entre la calidad de vida, soledad, cuidado de otras personas, red social, sexo, edad y estatus económico en 4,278 adultos mayores, de los cuales 783 eran cuidadores primarios de otro adulto mayor. El análisis de regresión mostró que la soledad y una reducida red social se asociaron significativamente con una baja calidad de vida en los cuidadores, así como en el total de la muestra. Por último, Li-Juan y Qiang (2007) estimaron la posible relación entre soledad, calidad de vida relacionada a la salud y factores socioeconómicos en 590 adultos mayores, 275 de los cuales vivían sin hijos y 315 con hijos, hallando que la soledad correlacionó negativamente con las diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud en ambos grupos.

Ejemplo de otros estudios referentes a la relación entre soledad, depresión, calidad de vida y diversas variables sociodemográficas en los adultos mayores es el de Conroy, Golden, Jeffares, O'Neill y McGee (2010) sobre el aburrimiento, la soledad, la interacción social y la depresión y su relación con el funcionamiento cognitivo en mayores. Dichos autores encontraron una relación

significativa entre el funcionamiento cognitivo y el apoyo social insuficiente, escasa actividad social y bajo nivel educativo. En cuanto a los efectos de la depresión, el estado de salud y la soledad sobre el bienestar psicosocial, Adegoke (2014) halló relaciones significativas entre la depresión geriátrica, el estatus de salud, la soledad y el bienestar psicosocial. En referencia a la percepción de la soledad y la depresión, Kilic, Karadag, Kocak y Korhan (2014) concluyen que la gente mayor que vive con su pareja e hijos en sus propios hogares experimenta menos depresión y escasos sentimientos de soledad. Los resultados de Acharyva (2012), que analizó cómo se relacionan la depresión, la soledad y los sentimientos de inferioridad en mujeres adultas mayores, muestran que las que residen en asilos sufren más depresión, más soledad y sentimientos más agudos de inseguridad, en comparación con aquellas que viven en el seno familiar.

En lo que respecta a la relación entre los problemas de audición, soledad y depresión en las personas mayores, Pronk, Deeg y Kramer (2013) encontraron efectos adversos significativos de la debilidad auditiva sobre la percepción de soledad. Y en cuanto al efecto protector de cuidar nietos en la reducción de la soledad y depresión en personas de estas edades, Tsai, Motamed y Rougemont (2013) muestran que tal actividad protege contra la depresión y la soledad.

En este contexto, y dado el fenómeno de transición demográfica que actualmente vive México, por la cual son los adultos mayores el grupo poblacional de mayor crecimiento en la actualidad, se ha vuelto esencial estudiar algunas variables importantes que afectan su vida. Hay en el país un vacío notable de investigaciones que aborden el problema de la soledad en adultos mayores y su relación con ciertas variables sociodemográficas, la depresión y la calidad de vida. Por ello, el objetivo de este estudio no experimental, seccional y explicativo (Sierra, 2003) fue analizar el efecto independiente de la soledad (social, conyugal y familiar, crisis existencial, agitación y actitud hacia el envejecimiento), edad, enfermedades, pareja y convivencia con otros, como predictores de depresión y escasa calidad de vida en esta población, primero en el total de los participantes del estudio y luego considerando su sexo.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 489 adultos mayores de entre 60 y 97 años ( $M = 69.61$ ,  $D.E. = 7.46$  años), captados mediante un muestreo intencional, no probabilístico o dirigido (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Sierra, 2003) en sus centros de reunión en los municipios de Cajeme y Navojoa, ambos del estado de Sonora (México). La Tabla 1 muestra sus características generales.

**Tabla 1. Características de la muestra.**

| Características                   | %    |
|-----------------------------------|------|
| Mujeres                           | 63.2 |
| Solteros o sin pareja             | 43.1 |
| Casados o con pareja              | 56.9 |
| Vivían solos                      | 14.9 |
| Vivían con hijos o algún familiar | 49.1 |
| Sin estudios                      | 13.9 |
| Con estudios primarios            | 45.4 |
| Con estudios secundarios          | 24.7 |
| Con estudios de bachillerato      | 5.9  |
| Con estudios universitarios       | 10.0 |
| Con al menos una enfermedad       | 52.6 |

### Instrumentos

Se aplicó a los participantes un formato de consentimiento informado, una hoja de datos sociodemográficos que aborda aspectos relativos al participante, como edad, sexo, estado civil, nivel máximo de estudios, estatus de salud y personas con quienes vive, así como los siguientes instrumentos:

*Escala ESTE* (Rubio y Aleixandre, 1991).

Se emplea para medir la soledad en adultos mayores. Creada por sus autores en España, la versión original consta de 34 ítems y cuatro factores: Soledad familiar, Soledad conyugal, Soledad social y Crisis existencial. La escala se construyó con base en cuatro instrumentos de amplio uso en la medición de la soledad: la Escala de Soledad de UCLA (Russell, 1996), con dos factores: Intimidad con otros y Sociabilidad; la escala SELSA (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) (DiTommaso y Spinner, 1993), con tres factores: Soledad

romántica, Relaciones con amigos y Relaciones con la familia; la escala ESLI (Oshagan y Allen, 1992), con dos factores: Soledad emocional y Soledad social, y la Escala de Satisfacción Vital de Filadelfia (Lawton, 1972), que se basa en el bienestar psicológico y la satisfacción personal. En adultos mayores del sur de Sonora (México), en un estudio previo aún no publicado, la escala ESTE mostró una estructura de cinco factores: Soledad social ( $\alpha = .909$ ), que se refiere al contacto que se tiene con otras personas, con una percepción media ( $M$ ) de 11.26; Soledad conyugal ( $\alpha = .892$ ), que hace alusión a la relación que se tiene con una pareja afectiva ( $M = 9.05$ ); Soledad familiar ( $\alpha = .830$ ), relativa al vínculo que se tiene con la familia en la actualidad ( $M = 3.39$ ); Agitación y actitud hacia el envejecimiento ( $\alpha = .818$ ), que se refiere a las percepciones negativas hacia las vivencias en la vejez ( $M = 5.96$ ), y Crisis existencial ( $\alpha = .739$ ) que es la forma en cómo el adulto mayor se percibe a sí mismo ( $M = 5.75$ ). Estos factores explican 60.1% de la varianza, con una consistencia interna  $\alpha$  de .924 en un total de 30 ítems.

*Escala de Depresión Geriátrica (EDG-15)* (Sheik y Yesavage, 1986).

Con 15 ítems que evalúan la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores, su consistencia interna en el sur de Sonora (México) fue de .84 (Acosta y García, 2007). Un puntaje igual a cinco puntos en la EDG-15 revela depresión, pero un puntaje igual o mayor a 10 es un claro indicador de la misma.

*WHOQOL-OLD* (Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011).

Para medir calidad de vida en adultos mayores, tiene 24 ítems en seis subescalas. Su consistencia interna en el sur de Sonora (México) (Acosta, Valles, Echeverría, Serrano y García, 2013) es de .84 para el total de sus reactivos. Dicha consistencia, para sus subescalas, es, a saber: Intimidad ( $\alpha = .87$ ;  $M$ , o percepción media, de 13.30), Muerte y agonía ( $\alpha = .89$ ;  $M = 14.25$ ), Participación/aislamiento ( $\alpha = .74$ ;  $M = 17.78$ ), Capacidad sensorial ( $\alpha = .80$ ;  $M = 14.27$ ), Autonomía ( $\alpha = .67$ ;  $M = 13.08$ ) y Actividades pasadas, presentes y futuras ( $\alpha = .57$ ;  $M = 10.70$ ).

## Procedimiento

Previo aprobación del Comité Institucional de Bioética del Instituto Tecnológico de Sonora, se abordó a los participantes del estudio en centros de reunión, ante quienes se dio lectura a un formato de consentimiento informado que señalaba la duración aproximada para responder los instrumentos (aproximadamente 30 minutos) y la posibilidad de declinar en responderlos en cualquier momento, formato que firmaron los participantes. Los instrumentos de medición fueron aplicados a cada participante de manera individual por estudiantes universitarios; por lo regular, las personas respondían sin ayuda, pero algunos participantes fueron asistidos en el llenado de los instrumentos por diversas razones. El estudio se desarrolló a lo largo de cinco meses.

El análisis de datos se hizo a través de una regresión lineal para identificar el poder explicativo de las diferentes dimensiones de la soledad (social, conyugal, familiar, crisis existencial, agitación y actitud hacia el envejecimiento) en la depresión y calidad de vida, en conjunto con la edad y tres variables nominales o ficticias (*dummy*): ocurrencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros. Estas tres variables se con-

sideran como variables independientes adicionales que aluden a la pertenencia a una u otra de las poblaciones señaladas en ellas. Una variable ficticia, o *dummy*, es una variable en el modelo de regresión que toma un número finito de valores y con el propósito de identificar diferentes categorías de una variable nominal que aluden a la presencia o no de un valor. El término “*dummy*” sirve únicamente para señalar que los valores reales que toman tales variables (generalmente 0, 1 y -1) no describen un nivel significativo de medida, sino que actúan únicamente para indicar o designar las categorías de interés (Silva, 1992).

## RESULTADOS

El primer análisis de regresión indica que las variables que predicen depresión en los adultos mayores participantes son agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad social, crisis existencial, soledad conyugal, soledad familiar y presencia o no de enfermedades. Tales variables no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y explican 52% de la varianza en depresión (Tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis de regresión para soledad y presencia de enfermedades como predictores de depresión en adultos mayores (n = 489).

| Pasos y variables predictoras                     | B    | EE B | B      | R <sup>2</sup> | ΔR <sup>2</sup> |
|---|------|------|--------|----------------|-----------------|
| Paso 1:<br>Agitación y actitud hacia el envejecer | 2.08 | .12  | .59*** | .34***         |                 |
| Paso 2:<br>Soledad social                         | 1.36 | .13  | .36*** | .46***         | .12             |
| Paso 3:<br>Crisis existencial                     | 1.02 | .19  | .21*** | .49***         | .03             |
| Paso 4:<br>Soledad conyugal                       | .33  | .09  | .12*** | .51***         | .02             |
| Paso 5:<br>Soledad familiar                       | .60  | .21  | .12**  | .51**          | .00             |
| Paso 6:<br>Presencia de enfermedades              | .68  | .23  | .09**  | .52**          | .01             |

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

El segundo análisis muestran que las variables que predicen la calidad de vida en los adultos mayores participantes son soledad social, agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad conyugal,

soledad familiar, edad y presencia o no de pareja. Tales variables no revelan colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y explican 53% de la varianza en calidad de vida (Tabla 3).

**Tabla 3.** Análisis de regresión para soledad, edad y presencia de pareja como predictores de calidad de vida en adultos mayores (n = 489).

| Pasos y variables predictoras                     | <i>B</i> | <i>EE B</i> | <i>B</i> | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|---|----------|-------------|----------|-----------------------|--------------|
| Paso 1:<br>Soledad social                         | -8.32    | .53         | -.57***  | .33***                |              |
| Paso 2:<br>Agitación y actitud hacia el envejecer | -5.08    | .48         | -.37***  | .45***                | .12          |
| Paso 3:<br>Soledad conyugal                       | -2.38    | .35         | -.23***  | .50***                | .05          |
| Paso 4:<br>Soledad familiar                       | -2.80    | .76         | -.15***  | .51***                | .01          |
| Paso 5:<br>Edad                                   | -.21     | .06         | -.11***  | .53***                | .02          |
| Paso 6:<br>Presencia de pareja                    | -2.44    | 1.12        | -.08*    | .53*                  | .00          |

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ 

El tercer análisis de regresión señala que las variables que predicen la depresión en los hombres mayores participantes en el estudio son soledad familiar y agitación y actitud hacia el envejeci-

miento, las que no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones moderadas y que explican 53% de la varianza en depresión (Tabla 4).

**Tabla 4.** Análisis de regresión para la soledad como predictor de depresión en hombres mayores (n = 180).

| Pasos y variables predictoras                     | <i>B</i> | <i>EE B</i> | <i>B</i> | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|---|----------|-------------|----------|-----------------------|--------------|
| Paso 1:<br>Soledad familiar                       | 2.98     | .25         | .66***   | .43***                |              |
| Paso 2:<br>Agitación y actitud hacia el envejecer | 1.39     | .23         | .36***   | .53***                | .10          |

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ 

El cuarto análisis de regresión muestra que las variables que predicen la calidad de vida en los hombres mayores participantes en el estudio son soledad familiar, agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad social, soledad conyugal y

edad. Dichas variables no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y explican 59% de la varianza en calidad de vida (Tabla 5).

**Tabla 5.** Análisis de regresión para la soledad y edad como predictores de la calidad de vida en hombres mayores (n = 180).

| Pasos y variables predictoras                     | <i>B</i> | <i>EE B</i> | <i>B</i> | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|---|----------|-------------|----------|-----------------------|--------------|
| Paso 1:<br>Soledad familiar                       | -10.31   | .90         | -.64***  | .42***                |              |
| Paso 2:<br>Agitación y actitud hacia el envejecer | -4.38    | .84         | -.32***  | .49***                | .07          |
| Paso 3:<br>Soledad social                         | -4.48    | 1.02        | -.30***  | .54***                | .05          |
| Paso 4:<br>Soledad conyugal                       | -2.74    | .71         | -.26***  | .58***                | .04          |
| Paso 5:<br>Edad                                   | -.278    | -.102       | -.14**   | .59**                 | .01          |

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

El quinto análisis muestra que las variables que predicen la depresión en las mujeres mayores participantes en el estudio son agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad social, crisis existen-

cial, edad y presencia de enfermedades, variables que no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y que explican 52% de la varianza en depresión (Tabla 6).

**Tabla 6.** Análisis de regresión para la soledad, edad y presencia de enfermedades como predictores de la depresión en mujeres mayores (n = 309).

| Pasos y variables predictoras                     | <i>B</i> | <i>EE B</i> | <i>B</i> | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|---|----------|-------------|----------|-----------------------|--------------|
| Paso 1:<br>Agitación y actitud hacia el envejecer | 1.19     | .15         | .58***   | .34***                |              |
| Paso 2:<br>Soledad social                         | 1.34     | .14         | .39***   | .47***                | .13          |
| Paso 3:<br>Crisis existencial                     | .93      | .22         | .19***   | .50***                | .07          |
| Paso 4:<br>Edad                                   | .04      | .01         | .105**   | .51**                 | .01          |
| Paso 5:<br>Presencia de enfermedades              | .56      | .27         | .08*     | .52*                  | .01          |

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

El último análisis de regresión muestra que las variables que predicen la calidad de vida en las mujeres mayores participantes en el estudio son soledad social, agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad conyugal, soledad familiar y

edad, mismas que no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y que explican 48% de la varianza en calidad de vida (Tabla 7).

**Tabla 7.** Análisis de regresión para la soledad y edad como predictores de la calidad de vida en mujeres mayores (n = 309).

| Pasos y variables predictoras                     | <i>B</i> | <i>EE B</i> | <i>B</i> | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|---|----------|-------------|----------|-----------------------|--------------|
| Paso 1:<br>Soledad social                         | -7.78    | .67         | -.55***  | .30***                |              |
| Paso 2:<br>Agitación y actitud hacia el envejecer | -4.94    | .61         | -.36***  | .42***                | .12          |
| Paso 3:<br>Soledad conyugal                       | -2.22    | .44         | -.22***  | .46***                | .04          |
| Paso 4:<br>Soledad familiar                       | -2.76    | 1.07        | -.12*    | .47*                  | .01          |
| Paso 5:<br>Edad                                   | -.176    | .08         | -.09*    | .48*                  | .01          |

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar el efecto independiente de las diferentes dimensiones de soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y tipo de convivencia en los puntajes de depresión y calidad de vida en adultos

mayores del sur del estado de Sonora, primeramente en el total de los participantes del estudio y luego considerando su sexo.

Los datos indican que los puntajes en las cinco dimensiones de soledad de la escala ESTE, así como la presencia de enfermedades, predicen los puntajes de depresión en el total de los adul-

tos mayores participantes, tal como lo informan Alpass y Neville (2003), Adams et al. (2004) y Drageset et al. (2012). Cabe mencionar que la dimensión “Agitación y actitudes hacia el envejecimiento”, que alude a las percepciones negativas de la persona respecto a sus vivencias en la vejez, fue la variable que más predijo los puntajes de depresión, lo que indica que las actitudes negativas hacia esa etapa son de suma importancia para explicar el deterioro en el bienestar, lo que puede considerarse un hallazgo significativo en cuanto que deben modificarse primordialmente los pensamientos negativos hacia la vejez para promover el bienestar en esa población y evitar así los síntomas de depresión. De igual manera, la dimensión “Soledad social” que se refiere al contacto que se tiene con otras personas, explica en gran parte los puntajes de depresión en los participantes. Ya Wan Mohd Azam et al. (2013) han afirmado que la relación entre soledad y depresión está parcialmente mediada por el apoyo social en el adulto mayor, lo que indica que deben reforzarse las redes de apoyo social para promover el bienestar y evitar la depresión.

No obstante, fueron las dimensiones “Soledad familiar” y “Agitación y actitud hacia el envejecimiento” las únicas que explican los puntajes de depresión, específicamente en los hombres. La dimensión “Soledad familiar”, que se refiere al vínculo que se tiene con la familia en la actualidad, explica en mayor parte esa condición, lo que sugiere que deben reforzarse las redes de apoyo familiar para promover el bienestar y evitar con ello la depresión en los hombres mayores. Tal como se mencionó anteriormente, también deben modificarse los pensamientos negativos hacia la vejez para promover un mayor bienestar. A su vez, específicamente en las mujeres, ocurrió algo similar a lo sucedido al total de los participantes, pues la dimensión de “Agitación y actitudes hacia el envejecimiento”, en conjunto con la dimensión de “Soledad social”, fue la variable que más predijo los puntajes de depresión, por lo que se requiere modificar sobre todo los pensamientos negativos hacia la vejez y reforzar las redes de apoyo social para promover el bienestar y evitar así la depresión en las mujeres mayores. Debe mencionarse que la presencia de enfermedades, en conjunto con la edad, predice en parte los puntajes de depresión

en las mujeres, al igual que en el total de los participantes, pues a mayor edad, mayores puntajes de depresión.

Por otro lado, los resultados indican que los puntajes en cuatro de las cinco dimensiones de soledad de la escala ESTE, así como la edad y la ausencia de pareja, predicen el deterioro en la calidad de vida del total de los participantes, tal como lo informan Ekwall et al. (2005), Li-Juan y Qiang (2007), Lim y Kua (2011) y Theeke et al. (2012).

Junto con la dimensión de “Agitación y actitudes hacia el envejecimiento”, la dimensión de “Soledad social” fue la variable que más predijo el deterioro en la calidad de vida, por lo que se insiste nuevamente en la necesidad de reforzar las redes de apoyo social y modificar los pensamientos negativos hacia la vejez para promover una mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

A su vez, la edad predice el deterioro en la calidad de vida, pues a mayor edad, menores puntajes en ésta, lo que es similar a lo informado por Acosta et al. (2013) en su estudio con adultos mayores del sur de Sonora, donde hallaron que los participantes de 60 a 79 años puntuaron más alto en calidad de vida, en comparación con los de 80 años en adelante. Este dato indica que la edad cronológica es una experiencia muy similar en todos los adultos mayores, pues deben enfrentar más retos entre más años tengan, por lo que se esperarían cambios consistentes en su calidad de vida.

También la falta de una pareja explica el deterioro en la calidad de vida, similar a lo reportado por Lim y Kua (2011), quienes señalan que vivir solo tiene un escaso efecto predictivo en el bienestar psicológico de los mayores, pero que en conjunto con la soledad empeora sus efectos psicológicos. De igual manera, Ekwall et al. (2005) encontraron que la soledad y una reducida red social se asocian significativamente con una baja calidad de vida en los adultos mayores, lo que apunta de nuevo a la necesidad de reforzar las redes de apoyo en la población mayor para fomentar su mejor calidad de vida.

No obstante, sobre todo entre los participantes masculinos del presente estudio, fueron las dimensiones de “Soledad familiar” y “Agitación y actitud hacia el envejecimiento” las que principalmente explican el deterioro en su calidad de vida, de modo semejante a las principales variables que

explican su depresión. De nueva cuenta, los datos sugieren que deben reforzarse las redes de apoyo familiar y modificarse los pensamientos negativos hacia la vejez para promover una mayor calidad de vida y un mayor bienestar en dicha población. Por su lado, específicamente en las mujeres, ocurrió algo similar a lo sucedido al total de los participantes, pues la dimensión de “Soledad social” fue la variable que más predijo el deterioro en la calidad de vida, en conjunto con la dimensión de “Agitación y actitud hacia el envejecimiento”, lo que subraya la necesidad de reforzar las redes de apoyo social y modificar los pensamientos negativos hacia la vejez para promover la calidad de vida y el bienestar en las mujeres mayores. Al igual que lo ocurrido al total de los participantes, la edad predijo en parte el deterioro en la calidad de vida de dichas mujeres, lo que obliga a poner una especial atención a las personas más senectas en cualquier forma de asistencia que se les brinde.

Se concluye que fueron las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente influyeron en los síntomas de depresión y en el deterioro de la calidad de vida de los participantes del presente estudio. Todo modelo psicosocial que pretenda asistir a esta población en lo referente a su soledad, depresión y calidad de vida debe considerar estas variables en su esquema de intervención. Una línea futura es diseñar intervenciones psicosociales dirigidas a modificar los pensamientos negativos hacia la vejez y a reforzar las redes de apoyo social en la familia, amistades, vecinos, grupos de reunión y demás. De igual manera, una mayor edad, las enfermedades y la ausencia de una pareja explicaron en gran medida los síntomas depresivos y el deterioro en la calidad de vida de los participantes, lo que sugiere poner especial atención en el futuro a individuos con características sociodemográficas similares.

## REFERENCIAS

- Acharyva, A. (2012). Depression, loneliness and insecurity feeling among the elderly female, living in old age homes of Agartala. *Indian Journal of Gerontology*, 26(4), 524-536.
- Acosta, Ch. y García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Acosta, Ch., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D. y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250.
- Adams, K., Sanders, S. y Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging and Mental Health*, 8(6), 475-485.
- Adegoke, T. (2014). Geriatric depression, health status and loneliness influencing psychosocial well-being of elderly persons from selected households in Ibadan, Nigeria. *Gender and Behaviour*, 12(1), 6256-6264.
- Alpass, F. y Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging and Mental Health*, 7(3), 212-216.
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, A. (2007). Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 153-163.
- Conroy, R., Golden, J., Jeffares I., O'Neill, D. y McGee, H. (2010). Boredom-proneness, loneliness, social engagement and depression and their association with cognitive function in older people: A population study. *Psychology, Health and Medicine*, 15(4), 463-473.
- DiTommaso, R. y Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adult, SELSA. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134.
- Drageset, J., Espehaug, B. y Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment –a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 965-974.
- Ekwall, A., Sivberg, B. y Hallberg, I. (2005). Loneliness as a predictor of quality among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- Harper, A. y Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Kilic, S., Karadag, G., Kocak, H. y Korhan E. (2014). Investigation of the old age perceptions with the loneliness and depression levels of the elderly living at home. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(1), 70-76.

- Lawton, M. (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): *Research planning and action for the elderly*. New York: Behavioral Publications.
- Li-Juan, L. y Qiang, G. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16, 1275-1280.
- Lim, L. y Kua, E. (2011). Living alone, loneliness, and psychosocial well-being of older persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011, 1-9. Disponible en línea: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/673181>.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging and Mental Health*, 15(5), 595-604.
- Moss, K., Scogin, F., Di Napoli, E. y Presnell, A. (2012). A self-help behavioral activation treatment for geriatric depressive symptoms. *Aging and Mental Health*, 16(5), 625-635.
- Oshagan, H. y Allan, R. (1992). Three loneliness scales: An assessment of their measurement properties. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 380-409.
- Pronk, M., Deeg, D. y Kramer, S. (2013). Hearing status in older persons: A significant determinant of depression and loneliness? Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Audiology*, 22, 316-320.
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: Portal Mayores.
- Rubio, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *INFAD, Revista de Psicología*, 19(2), 11-28.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (1991). La escala "ESTE": un indicador objetivo de la soledad en la tercera edad. *Geriatrka*, 15(9), 396-405.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Revista Multidisciplinaria en Gerontología*, 11(1), 23-28.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Sheikh, J. y Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.
- Sierra, R. (2003). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Theeke, L., Turner, R., Moore, J. y Campbell, H. (2012). Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 155-171.
- Tsai, F., Motamed, S. y Rougemont, A. (2013). The protective effect of taking care of grandchildren on elders' mental health? Associations between changing patterns of intergenerational exchanges and the reduction of elders' loneliness and depression 1993 and 2007 in Taiwan. *BioMed Central Public Health*, 13, 1-9.
- Wan Mohd Azam, W., Din, N., Ahmad, M., Ghazali, S., Ibrahim, N., Said, z., Ghazali, A., Shahar, S., Razali, R. y Maniam, T. (2013). Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5, 134-139.

# Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión<sup>1</sup>

## *Overweight/obesity and health-related quality of life: The mediating-moderating role of anxiety and depression*

Emmanuel A. Ruiz Acacio<sup>2</sup>, Mario E. Rojas Russell<sup>2,3</sup>,  
Karina Serrano Alvarado<sup>2</sup> y Malaquías López Cervantes<sup>3</sup>

### RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar el rol de la depresión y la ansiedad en la relación entre la obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud. Participaron 458 usuarias de un centro de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México, con un índice de masa corporal mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>, quienes contestaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y el Cuestionario de Salud SF-12, practicándoseles mediciones antropométricas. Los resultados mostraron asociaciones significativas entre la calidad de vida relacionada con la salud, el índice de masa corporal y la sintomatología depresiva y ansiosa. Mediante modelos de regresión lineal ajustados por edad y nivel socioeconómico, se halló que los síntomas depresivos desempeñaron un papel mediador en la relación citada, mientras que los síntomas de ansiedad tuvieron un papel moderador. Ambos modelos predijeron una baja calidad de vida relacionada con la salud. Estos resultados señalan que las mujeres que padecen sobrepeso u obesidad perciben una calidad de vida baja, asociada a la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva.

**Palabras clave:** Calidad de vida relacionada con la salud; Ansiedad; Depresión; Obesidad; Mujeres.

### ABSTRACT

Objective. *The aim of the present study was to identify the role of depressive and anxiety symptoms on the relationship between obesity and health-related quality of life.* Method. *A total of 458 women, users of a public primary health-care center in Mexico City, with a body mass index >25kg/m<sup>2</sup> participated. All participants' anthropometric measures were taken and they completed the Hospital Anxiety and Depression Scale, the SF-12 Health Questionnaire.* Results. *The study's main findings showed significant associations between perceived quality of life, body mass index, and depressive and anxiety symptoms. Linear regression modeling adjusted by age and socioeconomic status revealed depression symptoms having a mediating role in the aforementioned association. A second model analysis showed anxiety symptoms as moderator. Both models predicted low health-related quality of life. Results indicate that overweight or obese women perceived poor quality of life, in turn associated to anxious or depressive symptoms.*

**Key words:** Health-related quality of life; Anxiety; Depression; Obesity; Women.

<sup>1</sup> El financiamiento para el presente trabajo fue otorgado por el CONACYT, proyecto SALUD-2012-01-1811-18, y la UNAM, PAPIIT, Proyecto IN304812. Correspondencia: Dr. Mario E. Rojas Russell, correo electrónico: merr@unam.mx. (55)56-23-06-03. Artículo recibido el 16 de agosto y aceptado el 2 de octubre de 2016.

<sup>2</sup> Carrera de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Guelatao No. 66, Col. Ejército de Oriente, Del. Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Circuito Interior, Ciudad Universitaria, Av. Universidad 3000, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada una epidemia global de etiología multifactorial y de curso crónico que involucra aspectos genéticos y ambientales y estilos de vida (López y Rodríguez, 2008). Se define como una enfermedad caracterizada por un exceso de grasa corporal que tiene implicaciones negativas sobre la salud de quienes la padecen y que se desarrolla a partir de un desbalance entre la ingesta y el gasto de energía (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

La OMS ha estimado que en 2008 había cerca de 1,400 millones de adultos con sobrepeso, de los cuales 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. Se estima que en 2014 ya había 1,900 millones de adultos de 18 o más años con sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos (Ávila et al., 2012; OMS, 2014).

México ocupa el primer lugar en el mundo en cuanto a la prevalencia de la obesidad (Barquera, Campos y Rivera, 2013). Las cifras oficiales indican que casi 71 % de los adultos mayores de 20 años muestran sobrepeso, de los cuales casi una tercera parte son obesos (Gutiérrez et al., 2012).

La obesidad es un factor de riesgo de enfermedades tales como diabetes tipo 2; hipertensión arterial; problemas cardiovasculares y osteoarticulares; cáncer de mama, próstata, colon y endometrio, y apnea del sueño, entre otras (Barquera et al., 2013; Gutiérrez et al., 2012; OMS, 2014). Además, se considera una causa de estigma social (Lewis et al., 2011; Sikorski et al., 2011) y se encuentra relacionada con ciertos trastornos emocionales, como depresión y ansiedad (Andersen et al., 2009; Ebner y Latner, 2013; Thormann, Chittka, Minkwitz, Kluge y Himmerich, 2013). Asimismo, se ha descrito una relación dosis-respuesta entre el nivel de obesidad y el riesgo de padecer estos problemas de salud (Moreno, 2012).

Internacionalmente, se emplea el índice de masa corporal (IMC), que es la razón entre peso y estatura, como una forma de estimar la obesidad; de esta manera, a las personas cuyo IMC sea igual o superior a 25 kg/m<sup>2</sup> se les considera con sobrepeso, y como obesas a las que obtengan una puntuación igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (OMS, 2014).

Tomando en cuenta este marco de referencia, diversas investigaciones han abordado las implicaciones que tienen el sobrepeso y la obesidad en el estado de salud y el bienestar de los individuos, tanto en el ámbito físico como en el psicológico (Giuli et al., 2016; Ríos et al., 2008; Vetter et al., 2012), lo que generalmente se conoce como “calidad de vida” (CV), y en particular la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS en lo sucesivo).

Por CV se entiende la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive, en relación con sus expectativas, normas e inquietudes. Está influida de un modo complejo por la salud física del sujeto, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y relación con los elementos esenciales de su entorno (Cardona, Agudelo y Byron, 2005). La CVRS, por su parte, es un concepto más específico que representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del bienestar del paciente; es decir, refleja una reacción ante un problema de salud y abarca la salud mental y la física, al igual que sus consecuencias (Mooney, 2006). Sobre esta base, se sabe que la CVRS se ve afectada cuando se sufre un estado crónico, como la obesidad (Lee et al., 2013; Vetter et al., 2012).

En lo que respecta a los problemas en el estado de ánimo, algunos estudios han encontrado del mismo modo que la ansiedad y la depresión también afectan los dominios de la CVRS cuando se padece un estado crónico (Marchesini et al., 2003; Ruiz, Colín, Corlay, Lara y Dueñas, 2007; Vetere, 2008). Por ejemplo, Ríos et al. (2008) hallaron un nivel elevado de ansiedad y depresión en pacientes obesos, así como un deterioro en su CV, especialmente en las mujeres. En otro reporte, Nigatu, Reijneveld, de Jonge, van Rossum y Bültmann (2016) describieron un efecto sinérgico de la obesidad y la depresión sobre la CVRS.

Se ha hallado un efecto mediador de la depresión o la ansiedad en pacientes con otras enfermedades crónicas y su relación con la CV. Por ejemplo, García y García (2007) encontraron que el cuadro depresivo que se desencadenaba después de un infarto agudo al miocardio mediaba la relación entre dicho infarto y la CV. Por su parte,

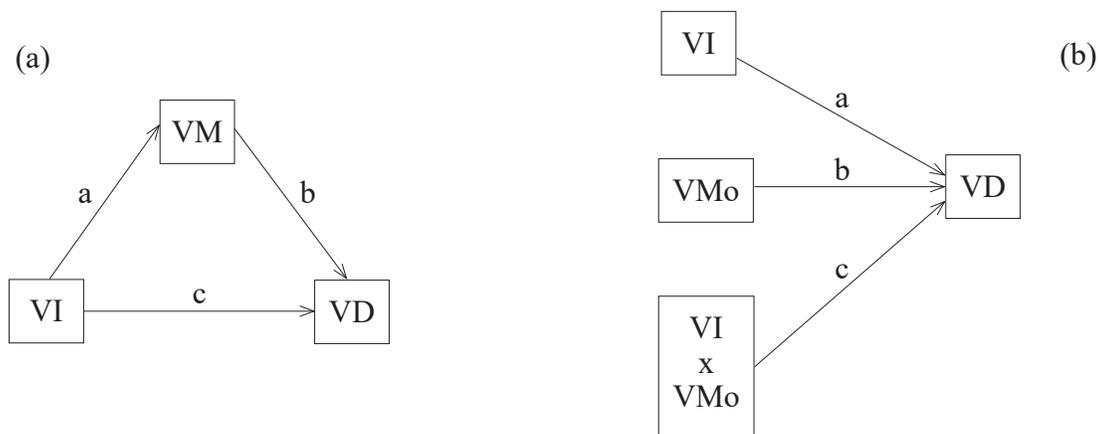
Carper et al. (2014) hallaron que un incremento en la depresión y la ansiedad mediaban una peor CV en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

A este respecto, Etchebarne, O'Connell y Roussos (2008) señalan que los análisis de mediación y moderación podrían ayudar en la aplicación de intervenciones centradas en el manejo de la ansiedad y la depresión –específicamente en la población obesa– cuyo objetivo es mejorar la CVRS.

De acuerdo con Baron y Kenny (1986), las variables *mediadoras* (VM) dan cuenta de la rela-

ción entre la variable independiente (VI) y la variable dependiente (VD); es decir, la función mediadora “representa el mecanismo generativo a través del cual la VI es capaz de influir sobre la VD de interés”. Por su parte, las variables *moderadoras* (VMo) afectan la dirección o la fuerza de la relación entre una VI y una VD (reduciéndola, aumentándola, anulándola o invirtiéndola). Funcionan como VI, es decir, se encuentran en un mismo nivel que la VI en lo que se refiere a su rol como variables causales (véase Figura 1).

**Figura 1.** Modelos de función mediadora (a) y moderadora de una tercera variable (b).



De este modo, debido a que no parece haber estudios que indaguen el papel mediador o moderador que pudieran desempeñar la ansiedad y la depresión en la relación obesidad-CVRS, el objetivo de la presente investigación fue identificar la relación que guardan ambas variables en el marco general de la asociación entre el sobrepeso/obesidad y la CVRS.

## MÉTODO

### Participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal<sup>4</sup> con una muestra de 458 mujeres de entre 18 y 65 años de edad ( $M = 42.5$ ;  $D.E. = 11.9$ ), alfabetizadas, usuarias de un centro de primer nivel de atención a la

salud en el oriente de la Ciudad de México, con un  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ . El método de selección fue no probabilístico. Se excluyeron mujeres embarazadas o que tuvieran contraindicado hacer ejercicio.

Del total de participantes, 37% tenían estudios de preparatoria o carrera técnica, más de la mitad eran amas de casa, y 62% dijeron ser casadas o vivir en unión libre (Tabla 1).

### Instrumentos

Las variables sociodemográficas se obtuvieron a través de preguntas directas sobre edad, sexo, estado civil y ocupación. Para determinar el nivel socioeconómico, se empleó una adaptación de la escala MacArthur de estatus social subjetivo, que correlaciona significativamente el nivel socioeconómico estimado con medidas objetivas, así como con indicadores de salud (Demakakos, Nazroo, Breeze y Marmot, 2008; Singh-Manoux, Adler y Marmot, 2003).

<sup>4</sup> Este estudio forma parte de una investigación más amplia acerca del efecto de intervenciones motivacionales sobre la disposición al cambio en personas con sobrepeso/obesidad.

**Tabla 1.** Descripción sociodemográfica de la muestra.

| Variable                                | n (%)      |
|---|------------|
| <i>Estado civil</i>                     |            |
| Soltera                                 | 119 (26.4) |
| Casada/unión libre                      | 280 (62.1) |
| Otro                                    | 52 (11.5)  |
| Total                                   | 451 (100)  |
| <i>Ocupación</i>                        |            |
| Profesional o técnica especializada     | 21 (4.6)   |
| Comerciante, trabajadora administrativa | 75 (16.5)  |
| Trabajadora manual no calificada        | 75 (16.5)  |
| Ama de casa                             | 251 (55.3) |
| Estudiante                              | 14 (3.1)   |
| Desempleada, jubilada, pensionada       | 18 (3.9)   |
| Total                                   | 454 (100)  |
| <i>Escolaridad</i>                      |            |
| Primaria o menos                        | 103 (22.6) |
| Secundaria                              | 150 (33)   |
| Preparatoria, carrera técnica           | 170 (37.4) |
| Profesionista o posgrado                | 32 (7)     |
| Total                                   | 455 (100)  |

Para medir la CVRS se empleó el cuestionario de salud SF-12 en su versión corta. Se trata de la IMIM-IMAS, SF, adaptada para España por Alonso et al. (1998) del SF-12 Health (cf. Vilagut et al., 2008). Es un cuestionario de 12 reactivos que cubren las ocho dimensiones del cuestionario original SF-36: Función física (2), Función social (1), Rol físico (2), Rol emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1) y Salud general (1), de las cuales se forman dos componentes: el de salud física (CSF-12) y de salud mental (CSM-12) (Ramírez, Agredo y Jerez, 2010; Ware, Kosinski y Keller, 1996).

Las opciones de respuesta son escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia y que proporcionan un perfil de salud que se resume en dos componentes: uno físico y el otro mental. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del reactivo, y las puntuaciones van de 0 a 100 (Gandek et al., 1998). El índice de confiabilidad reportado en población española fue de .80 (Vilagut et al., 2008).

Se evaluaron los síntomas depresivos y de ansiedad con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Dicha escala es una versión en español de la HADS de Zigmond y Snaith (1983). Se empleó la versión revisada por López et al. (2002)

para población obesa mexicana. Los coeficientes alfa de Cronbach encontrados en esos estudios fueron de 0.84 y 0.86, respectivamente. La escala está compuesta por 14 reactivos, siete de los cuales miden ansiedad y siete depresión. Utiliza una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de 0 a 3, para evaluar síntomas de ansiedad y depresión con relación al último mes. La puntuación total en cada subescala de siete preguntas se obtiene sumando los reactivos correspondientes en un rango de 0 a 21 (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007), considerándose una puntuación por encima de 11 como indicativa de sintomatología ansiosa o depresiva.

El sobrepeso u obesidad se definió mediante un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>. El peso corporal se obtuvo con una báscula digital marca TANITA, modelo UM-061, y la estatura con un estadímetro portátil marca SECA, modelo 206.

### Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis de factor confirmatorio de los tres constructos de interés: ansiedad, depresión y CVRS. Previa determinación del tipo de distribución de los datos, se hicieron análisis bivariados mediante un análisis de correlación entre estos constructos y el IMC.

Para identificar el efecto mediador o moderador, se empleó el método de Baron y Kenny (1986) mediante análisis de regresión múltiple para determinar la asociación entre las variables de interés y el efecto mediador de la depresión. Los modelos se ajustaron por nivel socioeconómico y edad debido a que estas dos variables se asociaron significativamente con los constructos de interés en los análisis bivariados previos. El análisis de mediación implica tres ecuaciones de regresión: la primera destinada a estimar la relación directa de X con Y (c); la segunda para evaluar el efecto de X sobre M (a), y la tercera para evaluar el efecto conjunto de X y M sobre Y.

A continuación se hizo el análisis de interacción. Al igual que en el modelo mediacional, los análisis se ajustaron por nivel socioeconómico y edad. En este caso, también se realizaron tres ecuaciones de regresión: en la primera se calcula el efecto directo de X sobre Y; en la segunda se toma en cuenta el valor de X sobre Y, y además el de Mo sobre Y como variables predictoras; final-

mente, la tercera ecuación evalúa el efecto de la interacción; así, el valor de  $X$  se multiplica por el de  $M_0$  para observar el efecto que tienen sobre  $Y$ .

Del mismo modo, se llevaron a cabo análisis complementarios con el programa MedGraph-I para evaluar la importancia del efecto mediador (Jose, 2014). Este programa proporciona una estimación de la magnitud de la mediación (total, parcial o nula) y calcula la significancia de la mediación a partir de la prueba de Sobel (1988). Además, ofrece una representación gráfica del efecto mediador al incluir los coeficientes de correlación anteriores y posteriores a la mediación (Jiménez, Musitu y Murgui, 2005). En todos los análisis se empleó el paquete estadístico STATA, versión 13.

### Procedimiento

Las participantes fueron abordadas e invitadas a colaborar mientras se encontraban en espera de ser atendidas en alguna de las salas del centro de salud. Después de explicarles el propósito y las características del estudio, se les pedía a ellas y a un

testigo firmar la carta de consentimiento informado para participar. Luego, se les entregaba un cuadernillo que incluía los instrumentos del estudio, el cual respondían en un lapso de entre 10 y 15 minutos. Concluido lo anterior, se les pesaba y se medía su estatura en un consultorio destinado a estas tareas. Finalmente, se agradecía su participación.

## RESULTADOS

### Propiedades psicométricas de los instrumentos

El análisis de factor confirmatorio mostró que los reactivos correspondientes se asociaron significativamente con la variable latente de ansiedad (de .61 a .72), depresión (de .41 a .65) y CVRS (de .31 a .69), ajustados mediante los índices de bondad de ajuste chi cuadrada ( $\chi^2$ ), índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI) y raíz del residuo cuadrático promedio de comparación (RMSEA) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Índices de bondad de ajuste de los análisis de factor confirmatorio de las escalas SF-12 y HADS.

| Constructo | $\chi^2$ (p) | CFI   | TLI   | RMSEA | $\alpha$ |
|------------|--------------|-------|-------|-------|----------|
| CVRS       | 49.8 (0.071) | 0.991 | 0.984 | 0.036 | 0.85     |
| Ansiedad   | 18.5 (0.102) | 0.993 | 0.987 | 0.042 | 0.82     |
| Depresión  | 19.2 (0.082) | 0.986 | 0.975 | 0.036 | 0.73     |

Del mismo modo, el análisis de consistencia interna mostró un coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) adecuada para cada constructo, pero en el caso de la CVRS se encontró que, al eliminar el reactivo número 1, el valor se incrementaba de .81 a .84. A partir de este hallazgo, todos los análisis con las puntuaciones de CVRS se hicieron sin tomar en cuenta dicho reactivo. Ninguna de las variables tuvo una distribución normal. Las medianas y los rangos intercuartiles del IMC, SF-12, ansiedad y depresión se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Medianas (Med) y rangos intercuartiles (RIC) de las variables analizadas.

| Variable  | Med (RIC)   |
|-----------|-------------|
| Edad      | 43.0 (8)    |
| IMC       | 32.6 (6.1)  |
| CVRS      | 59.3 (37.1) |
| Ansiedad  | 8 (7)       |
| Depresión | 6 (6)       |

En la Tabla 4 se muestran los coeficientes de correlación de Spearman entre las variables de interés.

**Tabla 4.** Correlaciones de Spearman de los variables de interés.

|      | IMC   | Ans    | Dep    | SF-12 |
|------|-------|--------|--------|-------|
| IMC  | 1     |        |        |       |
| Ans  | .04   | 1      |        |       |
| Dep  | .12*  | .60**  | 1      |       |
| CVRS | -.13* | -.60** | -.58** | 1     |

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .005$ .

Nota: IMC = obesidad, Ans = ansiedad;

Dep = depresión, SF-12 = CVRS.

Si bien se observaron correlaciones significativas entre el IMC y la depresión, con la CVRS fueron más bien bajas. No se observó una asociación entre la ansiedad y el IMC. En virtud de estos resultados –y tomando en cuenta lo propuesto por Baron y Kenny (1986)–, se probaron un modelo de me-



## Análisis de moderación

Los resultados permiten concluir que la ansiedad puede considerarse como una VMO, ya que se relaciona significativamente con la CVRS (ansiedad-CVRS =  $-.60$ ;  $p < .005$ ) pero no con la obesidad (obesidad-ansiedad =  $.0424$ ; n.s.). Para probar este efecto, se hizo un análisis de interacción con los datos de ansiedad e IMC centrados por la media para evitar un efecto de colinealidad.

Los resultados indican la presencia de una interacción entre obesidad y ansiedad en la predicción de una baja CVRS. Inicialmente, el IMC mostró una varianza explicada de 6%, lo que indi-

ca una relación significativa con CVRS ( $\beta = -.12$ ;  $p = 0.012$ ). Por su parte, la ansiedad mostró una varianza explicada de 39%, con una relación significativa hacia la CVRS ( $\beta = .59$ ;  $p = 0.00$ ). Por último, al evaluar el efecto de interacción se observó un incremento en la varianza explicada: de 6 a 40%, con un coeficiente de interacción significativo ( $\beta = .36$ ;  $p = 0.05$ ), de tal modo que si el nivel de IMC es mayor y hay síntomas ansiosos, la interacción de ambos potenciará una CVRS baja (Tabla 6).

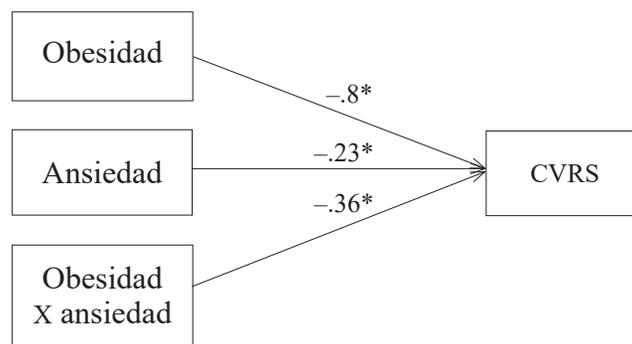
En la Figura 4 se puede observar el efecto de interacción significativo entre el IMC y los síntomas ansiosos en la predicción de una baja CVRS.

**Tabla 6.** Modelos de regresión lineal para el análisis de moderación de la ansiedad sobre la relación IMC-CVRS (n = 458).

| Modelos  | Variable                            | c.c  | c.r                   | SE                 | t                       | p                 | IC 95%                              | $\beta$              | R <sup>2</sup> |
|----------|-------------------------------------|------|-----------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------|
| Modelo 1 | IMC                                 | -.13 | -.48                  | .19                | -2.53                   | .01               | -.84 -.11                           | -.12                 | .05            |
| Modelo 2 | IMC<br>Ansiedad                     | -.60 | -.33<br>-2.74         | .15<br>.16         | -2.23<br>-16.3          | .03<br>.00        | -.62 -.04<br>-3.07 -2.4             | -.08<br>-.59         | .40            |
| Modelo 3 | IMC<br>Ansiedad<br>(IMC) (Ansiedad) |      | -.31<br>-1.08<br>-.04 | .15<br>1.06<br>.03 | -2.07<br>-1.02<br>-1.57 | .04<br>.30<br>.05 | -.61 -.02<br>-3.2 -1.0<br>-.11 -.01 | -.08<br>-.23<br>-.36 | .41            |

Nota. c.c. = coeficiente de correlación; c.r. = coeficiente de regresión; SE = Error Estándar; IC = Intervalo de confianza a 95%;  $\beta$  = beta estandarizada.

**Figura 4.** Efecto moderador (de interacción) de la ansiedad entre la obesidad y la CVRS ( $*p \leq .05$ ;  $**p < .005$ ).



Nota: los valores mostrados representan los coeficientes estandarizados.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar si la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa moderaban o mediaban la asociación entre obesidad y CVRS en una muestra de mujeres adultas con sobrepeso u obesidad. Los resultados sugieren que tales condiciones, junto con los síntomas depresi-

vos y ansiosos, afectan los dominios de la CVRS en tales mujeres. Los resultados son consistentes con estudios previos que reportan un deterioro significativo en la CVRS en pacientes obesos (Nigatu et al., 2016), principalmente mujeres (Mannucci et al., 2010; Moreno, 2012; Trujillo et al., 2010).

En el estudio se puso a prueba un modelo mediacional con la sintomatología depresiva como

variable mediadora y un modelo de interacción con la sintomatología ansiosa como variable moderadora. En el primer caso, los resultados muestran que la correlación entre obesidad y CVRS se explica mejor debido a la presencia de sintomatología depresiva. En el segundo, se puede concluir que la obesidad y la sintomatología ansiosa tienen un efecto sinérgico sobre el deterioro de la CVRS. Si bien este es el principal hallazgo, y las correlaciones son estadísticamente significativas, es importante señalar que dichas asociaciones fueron bajas, lo que puede deberse a las características de la muestra, pues las participantes no mostraron puntuaciones elevadas de sintomatología ansiosa o depresiva (Moreno, 2012; Trujillo et al., 2010). Otra situación que pudo haber afectado este resultado fue que el motivo de consulta de las participantes no era su condición de sobrepeso u obesidad, lo que disminuye la probabilidad de que percibieran un problema severo, lo cual a su vez puede disminuir una sintomatología ansiosa y depresiva (Mannucci et al., 2010). No obstante, el efecto mediador de la depresión y el moderador de la ansiedad parecen consistentes.

Este parece ser el primer estudio que aborda el rol mediador o moderador de la sintomatología depresiva o ansiosa en la correlación entre obesidad y CVRS. Algunos estudios ya habían tomado en cuenta el efecto mediador de la depresión en otras enfermedades crónicas, mas no en la obesidad. Este es el caso de García y García (2007), quienes concluyeron que el infarto agudo al miocardio y el cuadro depresivo que se desencadenaba posteriormente mediaba la relación entre el infarto y la calidad de vida. También encontraron que un incremento en la depresión y la angustia mediaba una peor calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Dichos resultados reflejan que estos factores psicológicos también están ligados a la CVRS en mujeres que sufren sobrepeso u obesidad.

Es importante señalar las limitaciones del estudio. En primer lugar, su naturaleza transversal impide hacer consideraciones causales sobre las variables estudiadas. Si bien la literatura muestra que el IMC, la depresión y la ansiedad pueden producir un deterioro en la CV, lo contrario también es posible, esto es, que la presencia de una baja CV

produzca un incremento del IMC y en los síntomas psicológicos relacionados con estos padecimientos.

En segundo lugar, el uso de una muestra no probabilística impide que los resultados puedan generalizarse a una población más grande, y el hecho de que los datos se hayan obtenido solo de mujeres impide realizar comparaciones. A este respecto, es importante señalar que si bien son las mujeres quienes padecen más sobrepeso y es en ellas en quienes se detectan más casos de depresión, son los hombres quienes más sufren obesidad y más propensos están a padecer un deterioro emocional importante (Gutiérrez et al., 2012).

Considerando estas limitaciones, se sugiere realizar estudios longitudinales con muestras más grandes y sopesar otras variables, como la presencia de enfermedades crónicas que podrían deteriorar más la CVRS. Además, sería importante incluir a hombres y a personas con peso normal. También se sugiere utilizar otros indicadores, como el índice cintura/cadera o el porcentaje de grasa, teniendo en cuenta las implicaciones que el IMC ha mostrado en las últimas décadas, así como también otros instrumentos, como los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, con el objetivo de evaluar dichos constructos en su totalidad, todo ello con la finalidad de identificar el proceso específico que desencadena una disminución de la CVRS.

Finalmente, debe señalarse que, debido a que la obesidad está asociada con el deterioro de la salud relacionada con los dominios psicológico, social y físico (Herpertz et al., 2003; Karlsson, Taft, Ryden, Sjostrom y Sullivan, 2007), su mejoría es una medida que los tratamientos a pacientes obesos deben considerar. Así pues, la relevancia del estudio radica en que identifica el mecanismo a través del cual la obesidad afecta la CVRS de estas pacientes, lo que hace posible observar que, si bien es importante centrar los esfuerzos en el tratamiento farmacológico, el ejercicio y la dieta, atender las variables de tipo psicológico (Herpertz et al., 2003; Karlsson et al., 2007) tendrá gran importancia para disminuir su impacto y mejorar el bienestar (Llewelyn y Kennedy, 2003; Stroebe, 2011).

Se puede vislumbrar un panorama prometedor para el desarrollo de intervenciones en pro de

una mejor CVRS para las personas con obesidad, pero será tarea de los profesionales que ya trabajan en este problema, así como de los que aún no

se integran y, por supuesto, de las autoridades encargadas de promover dicho trabajo, que ese panorama sea cada vez más promisorio.

## REFERENCIAS

- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Andersen, J.R., Aasprang, A., Bergsholm, P., Sletteskog, N., Våge, V. y Natvig, G.K. (2009). Predictors for health-related quality of life in patients accepted for bariatric surgery. *Surgery for obesity and related diseases. Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 5(3), 329-333. doi: 10.1016/j.soard.2008.11.012.
- Ávila J., L., Cano P., E., Molina A., M., Parrilla O., J.I., Ramos R., I. y Sosa C., A. (2012). *Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena: actualización 2012*. México: Secretaria de Salud.
- Baron, R.M. y Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barquera, S., Campos, I. y Rivera, J.A. (2013). Mexico attempts to tackle obesity: The process, results, push backs and future challenges. *Obesity Reviews*, 14(S2), 69-78.
- Cardona, A., Agudelo, G. y Byron, H. (2005). Construcción cultural del concepto de calidad de vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-99.
- Carper, M.M., Traeger, L., Gonzalez, J.S., Wexler, D.J., Psaros, C. y Safren, S.A. (2014). The differential associations of depression and diabetes distress with quality of life domains in type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(3), 501-510.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E. y Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67(2), 330-340. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.038>.
- Ebnetter, D.S. y Latner, J.D. (2013). Stigmatizing attitudes differ across mental health disorders: a comparison of stigma across eating disorders, obesity, and major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(4), 281-285.
- Etchebarne, I., O'Connell, M. y Roussos, A. (2008). Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en psicoterapia. *Revista de Investigaciones en Psicología*, 13(1), 33-56.
- Gandek, B., Ware, J.E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A. y Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- García V., E. y García G., D. (2007). La depresión tras el infarto agudo de miocardio. *Anales de Medicina Interna*, 24(7), 346-351.
- Gaviria A., M., Vinaccia, S., Riveros M., F. y Quiceno J., M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Giuli, C., Papa, R., Marcellini, F., Boscaro, M., Faloia, E., Lattanzio, F., Bevilacqua, R. (2016). The role of psychological well-being in obese and overweight older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(1), 171-172.
- Gutiérrez J., P., Rivera D., J., Shamah-Levy, T., Villalpando H., S., Franco, A., Cuevas N., L., Romero M., M. y Hernández Á., M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A.M., Langkafel, M., Senf, W. y Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*, 27(11), 1300-1314.
- Jiménez G., T.I., Musitu O., G. y Murgui P., S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36(2), 181-195.
- Jose, P.E. (2014). *ModGraph-I: A programme to graphically depict mediator among three variables. The internet version*. Disponible en línea: [http://www.vuw.ac.nz/psyc/staff/paul-jose/files/helpcentre/help1\\_intro.php](http://www.vuw.ac.nz/psyc/staff/paul-jose/files/helpcentre/help1_intro.php).
- Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjostrom, L. y Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31(8), 1248-1261.
- Lee, Y.J., Moon, K.-H., Choi, J.-H., Cho, M.-J., Shin, S.H. y Heo, Y. (2013). Validation of the Korean translation of obesity-related problems scale assessing the quality of life in obese Korean. *Journal of the Korean Surgical Society*, 84(3), 140-153. doi: 10.4174/jkss.2013.84.3.140.
- Lewis, S., Thomas, S.L., Warwick, B.R., Castle, D.J., Hyde, J. y Komesaroff, P.A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 73(9), 1349-1356.

- Llewelyn, S. y Kennedy, P. (2003). *Handbook of Clinical Health Psychology*. London: Wiley.
- López A., M.G. y Rodríguez C., M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, 421-430.
- López A., J.C., Vázquez V., V., Arcila M., D., Sierra O., Á.E., González B., J. y Salín P., R.J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Mannucci, E., Petroni, M.L., Villanova, N., Rotella, C.M., Apolone, G. y Marchesini, G. (2010). Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(90). doi: 10.1186/1477-7525-8-90.
- Marchesini, G., Bellini, M., Natale, S., Belsito, C., Isacco, S., Nuccitelli, C., Pasqui, F., Varaldi, L., Forlani, G. y Melchionda, N. (2003). Psychiatric distress and health-related quality of life in obesity. *Diabetes, Nutrition & Metabolism*, 16(3), 145-154.
- Mooney, A. (2006). Quality of life: questionnaires and questions. *Journal of Health Communication*, 11(3), 327-341.
- Moreno G., M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Nigatu, Y.T., Reijneveld, S.A., de Jonge, P., van Rossum, E. y Bültmann, U. (2016). The combined effects of obesity, abdominal obesity and major depression/anxiety on health-related quality of life: the LifeLines cohort study. *PLoS One*, 11(2), e0148871. doi: 10.1371/journal.pone.0148871.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Obesidad y sobrepeso. *Nota descriptiva N° 311*. Disponible en línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Ramírez V., R., Agredo Z., R.A. y Jeréz V., A.M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Salud Pública*, 12(5), 807-819.
- Ríos M., B.P., Rangel R., G.A., Álvarez C., R., Castillo G., F.A., Ramírez W., G., Pantoja M., J.P., Macías V., B.Y., Arrieta M., E.M. y Ruiz O., K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Angeles*, 6(4), 147-153.
- Ruiz F., L.G., Colín P., R.F., Corlay N., I.S., Lara M., M.C. y Dueñas T., H.J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30(2), 25-32.
- Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.H. y Riedel-Heller, S.G. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for public health: A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 661.
- Singh-Manoux, A., Adler, N.E. y Marmot, M.G. (2003). Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1321-1333. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00131-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00131-4).
- Sobel, M.E. (1988). Direct and indirect effects in linear structural equation models. En J. S. Long (Ed.): *Common problems/proper solutions: Avoiding errors in quantitative research* (pp. 46-64). Beverly Hills, CA: Sage.
- Stroebe, W. (2011). *Social psychology and health*. London: McGraw-Hill.
- Thormann, J., Chittka, T., Minkwitz, J., Kluge, M. y Himmerich, H. (2013). Obesity and depression: an overview on the complex interactions of two diseases. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 81(3), 145-153. doi: 10.1055/s-0032-1330351.
- Trujillo M., M.M., Ramallo F., Y., Pérez R., J., Linertova, R., González L., M., García P., L. y Duque G., B. (2010). Impacto de la obesidad en la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Española de Obesidad*, 8(3), 130-141.
- Verardi, V. y Croux, C. (2009). Robust regression in Stata. *The Stata Journal*, 9(3), 439-453.
- Vetere, G. (2008). Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Investigaciones*, 15, 51-55.
- Vetter, M.L., Wadden, T.A., Lavenberg, J., Moore, R.H., Volger, S., Perez, J.P., Sarwer, D.B. y Tsai, A.G. (2012). Relation of health-related quality of life to metabolic syndrome, obesity, depression, and comorbid illnesses. *International Journal of Obesity*, 35(8), 1087-1094. doi: 10.1038/ijo.2010.230.
- Vilagut, G., María V., J., Ferrer, M., Garin, O., López G., E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735. doi: 10.1157/13121076.
- Ware, J., Kosinski, M. y Keller, S.D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

# Relación entre religiosidad y ansiedad ante la violencia

## *Relationship between religiousness and anxiety in view of violence*

*Christian Alberto Mendoza-Nápoles<sup>1</sup>*

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar si las personas religiosas experimentan niveles menores de ansiedad ante la violencia que ha aquejado a Ciudad Juárez (México) en los últimos años. Participaron 145 personas elegidas aleatoriamente, independientemente de cualquier tipo de creencia religiosa. Para medir las variables se utilizó el Índice de Religiosidad de Duke, la Escala de Ansiedad ante la Violencia y la Escala de Ansiedad Manifiesta-A. En los resultados no se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre la ansiedad, la ansiedad ante la violencia y la religiosidad. Los resultados se discuten en función de otras investigaciones que han abordado el fenómeno, las cuales muestran asimismo diferencias en sus resultados.

**Palabras clave:** Ansiedad; Violencia; Religión; Ansiedad por violencia.

### ABSTRACT

*Objective. The purpose of the present study was to determine if religious people show less anxious symptoms in response to the recent violent atmosphere of Ciudad Juárez in northern Mexico. Method. A total of 145 individuals randomly selected, regardless of religious affiliation participated. All participants completed the Duke Religiosity Scale, the Scale of Anxiety in Violence, and the Manifest Anxiety Scale-A. Results. The main findings revealed no statistically significant correlations between anxiety, anxiety specific to violence, and religiousness. Results are discussed in terms of other studies that have approached this phenomenon, which also differ in their results.*

**Key words:** Anxiety; Violence; Religion; Anxiety by violence.

## INTRODUCCIÓN

### Religiosidad

En Ciudad Juárez (México) se ha llegado a alcanzar la cifra de 191 homicidios por cada 10 mil habitantes, por lo que en años pasados se le llegó a considerar como la ciudad más violenta del mundo (Quintana, 2010).

La importancia de realizar una investigación como la presente radica en que la violencia que ha estado ocurriendo en dicha ciudad ha provocado numerosos problemas en cuanto a la manera en que viven las personas hoy día; del mismo modo, es de gran importancia conocer de qué recursos disponen sus habitantes para afrontar tal situación.

En esta ciudad, al igual que en el resto del país, la religión que más se profesa es el cristianismo; de hecho, 82.37% de la población practica alguna religión relacionada con el cristianismo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010).

<sup>1</sup> Instituto de Ciencias Sociales y Administración, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Av. Universidad s/n, Col. Chamizal, 32300 Cd. Juárez, Chih., México, tel. (656)276-62-56, correo electrónico: christian\_amn@hotmail.com. Artículo recibido el 29 de noviembre de 2016 y aceptado el 3 de enero de 2017.

Es posible que las personas religiosas dispongan de maneras más efectivas para afrontar la violencia. En efecto, hay estudios que indican que obtienen los mismos beneficios que las personas que hacen ejercicio (Tardón, 2010), y otros en los que se reporta que pueden tener mejor salud y, por consiguiente, llegar a vivir entre tres y cinco años más que las personas que no son religiosas, aunque un factor que contribuye a que aquéllas tengan una esperanza de vida mayor es que es poco frecuente que se inmiscuyan en situaciones de riesgo para la salud (Martínez, 2017; Rivas, 2010). Otra relación entre religiosidad y salud alude a que en las familias que acuden a servicios religiosos hay una relación predictiva en cuanto a que por lo regular tienen buena salud y habilidades sociales adecuadas (Schottenbauer, Sprenak y Hellstorm, 2007), y asimismo que la religiosidad disminuye el estrés en situaciones en las que existe una amenaza potencial.

Se han aplicado algunas prácticas religiosas en la psicología para mejorar la salud de las personas; tal es el caso de la meditación que utilizan los budistas, que es una técnica utilizada en la psicología para relajar y disminuir la ansiedad. En la vida moderna es posible encontrar prácticas religiosas que, cuando se aplican a la psicología, generan nuevas técnicas para disminuir la ansiedad que provoca una vida compleja (Font, 1999).

Definir la religión es un concepto que abarca diversas acepciones; así, se puede referir a la experiencia que tiene que ver con Dios, con lo sagrado, con lo misterioso o con lo místico (Font, 1999). De esta manera, la fe religiosa se centra en el acto mismo de creer en un ser sobrenatural, o con todo aquello que tiene que ver con algo que se considera superior al hombre. La religión se puede abordar asimismo desde la psicología mediante la utilización de ciertos términos provenientes del psicoanálisis, como “inconsciente” y “consciente”.

Según se cree, las creencias religiosas son necesarias para el desarrollo de cualquier persona, y se establecen por medio de dos procesos: el primero es creer en algo, y el segundo es verificar esa creencia; es así como los niños de corta edad comienzan su desarrollo cognitivo: en un principio tienen ciertas creencias que después verifican. Para algunos, cuando el niño recibe el amor de sus

padres se va formando en él la creencia en Dios, aunque también puede darse el caso de que tal creencia se vea distorsionada al no tener padres que lo provean de ese amor durante el proceso de formación.

Dentro del cristianismo, poner toda la confianza en Jesús es la creencia principal; el individuo cree que dicho vínculo *proviene* de Jesús y no de la persona misma.

La religión ha ayudado a la humanidad a tener esperanzas y a soportar de una mejor manera las situaciones adversas. En el *Malestar en la cultura*, Freud (1929/1976) propuso que ciertas ideas que se plantean en la religión (como por ejemplo creer en un ser omnipotente y en los dogmas que establece la Iglesia, las cuales podrían considerarse como ideas delirantes) no llegan a ser patológicas porque no cumplen con los síntomas de un delirio, aunque no descarta que pudiera surgir alguna patología en algún individuo a causa de la religión, como podría ser el fanatismo. En la citada obra, Freud también hace otra analogía entre el complejo de Edipo y la religión, analogía en la que hace referencia a que la religión surge en virtud de la culpa del hijo por haber matado al padre; no obstante, la descarta en cuanto que señala que no se puede llegar a formular esta idea por el breve tiempo que dura ese complejo.

La religión podría ser una herramienta muy útil ante una dificultad, pues para muchas personas el bienestar y la seguridad se pueden lograr cuando se tiene una conexión con otros seres, existentes o no, por lo que es posible que la ansiedad aparezca cuando la conexión con lo divino no existe o es muy débil. Al carecer la persona de una conexión con una entidad superior o divina, puede sentirse amenazada en diversas situaciones y, por lo tanto, disponer de menos recursos para enfrentarlas.

Las dificultades que surgen en la vida del hombre moderno, sujeta a cambios constantes, pueden ser más amenazantes cuando no se tiene una conexión de tipo religioso. Para muchos, la violencia que se manifiesta en diversas partes del mundo a causa de problemas individuales, sociales, culturales y demás, se podría disminuir probablemente mediante la práctica religiosa al experimentar los individuos menos ansiedad en las situaciones de peligro; de hecho, se ha demostrado que las perso-

nas religiosas que oran y meditan activan ciertas partes de la corteza cerebral, lo que los conduce a tener un mayor autocontrol (Martínez, 2009).

### **Ansiedad**

La ansiedad se define como “un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable” (Sarason, 2006, p. 238), es experimentada por todas las personas sin excepción, y se puede explicar en gran parte por el ritmo de vida acelerado que se tiene en la actualidad, por lo que el ambiente en que se vive experimenta constantes cambios que no permiten adaptarse fácilmente y de manera sana a los mismos (Sarason, 2006).

Hay personas que en ocasiones padecen un exceso de ansiedad a causa de que se privan de experimentar las circunstancias positivas de la vida. Los síntomas que pueden aparecer cuando una persona sufre ansiedad son un acelerado ritmo cardíaco, dificultad para respirar, diarrea ocasional, inapetencia, trastornos de sueño, traspiración excesiva, mareos y desmayos.

Sarason (2006) también señala que la ansiedad se puede confundir con el miedo. Si bien la ansiedad y el miedo son dos manifestaciones diferentes, presentan los mismos síntomas. La diferencia entre ambos es que la ansiedad es inconsciente y el miedo es consciente, es decir, en la ansiedad se siente temor, pero la persona no sabe la razón del mismo; por el contrario, cuando se siente miedo el sujeto sabe el porqué de sus síntomas.

El citado autor refiere asimismo que las personas que sufren ansiedad se preocupan por las circunstancias futuras que pudieran ocurrir, o analizan situaciones pasadas enfocándose más en su lado negativo que en el positivo; es de esta manera como la misma persona genera ansiedad.

Si bien es normal hasta cierto punto que se experimente ansiedad ante alguna situación de peligro, con mucha frecuencia los pensamientos negativos son automáticos en las personas ansiosas. Cuando reciben amenazas, por ejemplo, reaccionarán de una manera más exagerada que quienes no lo son.

El término “neurótico” fue desarrollado en el psicoanálisis por Freud (1929/1976). Se suponía a las personas neuróticas como personas ansiosas.

En la actualidad se considera que trastornos muy diversos son efecto de la ansiedad. Un trastorno de este tipo se desarrolla en virtud de diferentes aspectos biológicos, sociales y psicológicos del individuo, entre los cuales la violencia puede ser uno de los factores que mayor carga tiene en la causación de la ansiedad.

Hay distintas técnicas que se utilizan para disminuir la ansiedad, entre las cuales se incluyen la relajación, pensar en forma realista, aprender a aceptar realidades que no se pueden cambiar, hacer ejercicio físico o ponerse metas sensatas. Pero también se ha podido comprobar que la experiencia religiosa libera hormonas y neurotransmisores que reducen el estrés en situaciones en las cuales las personas pueden sentirse amenazadas (McGuire y Tiger, 2017).

### **Violencia**

La violencia es una fuerza que se libera para poder obtener algo. Utilizarla afecta el bienestar, el desarrollo y la estabilidad de la víctima, que se ve privada de su estado natural, con lo que pierde su equilibrio. Se han propuesto varias teorías para explicarla, como la de la frustración-agresión, que señala que la frustración puede ser un factor que desencadene la violencia, o la que postula la existencia de un impulso de agresión primitivo, natural, que posee un individuo y que lo hace ser violento (Gómez, 2005).

La agresividad es diferente a la violencia ya que la primera se halla en la naturaleza biológica de todos los seres humanos, es decir, que les es innata, mientras que la violencia surge por variables que tienen que ver con la cultura. La agresividad es necesaria para la supervivencia de las personas, a diferencia de la violencia, que no lo es (Sanmartín, 2009).

Un ejemplo que refiere el mismo Sanmartín es cuando alguien intenta ahorcar a una persona; la víctima experimentará ciertas reacciones (como hacer gestos que indican dolor), que harán que el agresor tenga compasión y la libere. No ocurre lo mismo con los psicópatas, quienes no sienten compasión alguna por los demás. La violencia utiliza en ocasiones instrumentos (por ejemplo un arma de fuego), lo que hace que haya una distancia cor-

poral entre la víctima y el victimario; en este caso el agresor y la víctima no tienen contacto físico, sino que, al separarlos ese instrumento, disminuye la compasión del atacante. Entre más distancia se tenga del atacante, menos compasión tendrá este.

Sanmartín (2009) refiere que existen otros tipos de instrumentos que provocan la violencia, los cuales no tienen que ver con algún objeto físico sino con el ámbito cognitivo; tal es el caso de las ideologías; cuando no se utilizan de manera adecuada, se convierten en instrumentos que incitan violencia. Un tipo de violencia de tipo ideológica es el racismo, en el cual aparece la violencia porque se pretende dañar físicamente o psicológicamente a quien no tiene las mismas características de la persona o el grupo racista.

Así, los objetivos del presente estudio correlacional, prospectivo, transversal y cuantitativo (cfr. Hernández, Fernández y Baptista, 2014) fueron, a saber: *a*) evaluar si la religiosidad es un factor que incide para que las personas experimenten menos ansiedad ante la violencia; *b*) determinar si las personas religiosas sufren menos ansiedad por la situación de violencia que se ha vivido en Ciudad Juárez en los últimos años, y *c*) determinar qué componentes religiosos favorecen la disminución de la ansiedad en situaciones de violencia.

## MÉTODO

### Participantes

Se encuestó a 145 personas, de las cuales la mayoría fueron mujeres. Las edades de los participantes fueron de 17 a 61 años, con una media de 24.04 y una desviación estándar de 9.03. La Tabla 1 muestra las características religiosas, familiares y escolares de los mismos.

### Instrumentos

Se aplicaron tres diferentes escalas:

*Escala de Ansiedad ante la Violencia (EAV)* (Esparza, Quiñones, Quiñones y Assael (2013).

Desarrollada a partir de las investigaciones de sus autores sobre la violencia en Ciudad Juárez, la escala consta de 20 reactivos, cuyas respuestas son

**Tabla 1.** Características de los participantes.

| Característica               | Porcentaje |
|------------------------------|------------|
| <b>Sexo</b>                  |            |
| Hombres                      | 36.6       |
| Mujeres                      | 63.4       |
| <b>Religión</b>              |            |
| Católicos                    | 77.9       |
| Sin religión                 | 12.5       |
| Cristianos                   | 5.5        |
| Ateos                        | 2.8        |
| Bautistas                    | 1.4        |
| <b>Familia</b>               |            |
| Con padres casados           | 72.4       |
| Con padres divorciados       | 12.4       |
| Con padres en unión libre    | 4.8        |
| Con padres solteros          | 4.1        |
| Con padre o madre viudos     | 2.8        |
| Con padres fallecidos        | 3.4        |
| <b>Escolaridad</b>           |            |
| Sin estudios                 | 0.7        |
| Primaria                     | 4.1        |
| Secundaria                   | 6.9        |
| Preparatoria                 | 11.0       |
| Profesional o nivel superior | 72.2       |

de opción múltiple: nada, poco, más o menos, mucho y demasiado, que corresponden a los siguientes valores 1, 2, 3, 4, 5; respectivamente. Se contestaron con "NA" los reactivos que no eran aplicables al participante (véase Anexo).

*Escala de Ansiedad Manifiesta (AMAS-A)* (Reynolds, Richmond y Lowe, 2007).

Se utilizó esta escala para medir la ansiedad de los participantes. El instrumento consta de 36 reactivos, divididos en cuatro subescalas: inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, preocupaciones sociales/concentración, y mentira. La primera subescala consta de 14 ítems; cuando la persona obtiene puntuaciones altas, tenderá a internalizar la ansiedad y consumirá un exceso de energía emocional, ya que tendrá pensamientos con ideas improductivas. La segunda subescala consta de 9 ítems e indica la propensión a la sintomatología somática. La tercera subescala consta de 7 reactivos y valora la ansiedad de acuerdo al punto de vista de los demás respecto de las actividades sociales

y la vida cotidiana. La última subescala mide si la persona mintió en el instrumento. Las respuestas a los reactivos son de tipo dicotómico; al momento de contestar el instrumento, la persona indica si la conducta expuesta en el enunciado corresponde o no a ella.

*Índice de Religiosidad de Duke* (IRD) (Koenig, Meador y Parkerson, 1997).

Para medir la religiosidad se utilizó el Índice de Religiosidad de Duke, que mide la participación religiosa. La escala consta de siete reactivos, que a su vez se dividen en las siguientes subescalas: asistencia religiosa (qué tanto acude la persona a servicios religiosos), actividad religiosa (qué tanto realiza la persona prácticas religiosas) y religiosidad intrínseca (qué tanta motivación tiene la persona para practicar la religión). Los reactivos de la escala se contestan señalando en una escala de 1 a 7 la frecuencia con la que la persona realiza la actividad señalada en los mismos.

### Procedimiento

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia de la población de Ciudad Juárez en di-

versos espacios. A cada uno de los participantes se le aplicaron los instrumentos señalados arriba, y después se correlacionaron los valores obtenidos. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

### RESULTADOS

Al correlacionar el IRD con la EAV se obtuvo  $r = 0.02$ ,  $p = 0.80$ ; entre el IRD y la AMAS-A,  $r = 0.12$ ,  $p = 0.16$ , por lo cual no existe correlación entre las variables medidas con estos instrumentos. Entre el IRD y la EAV se obtuvo una  $r = 0.76$  y  $p = 0.25$ . Al correlacionar el IRD y el AMAS-A se obtuvo  $r = 0.94$ ,  $p = 0.26$ ; por lo tanto, no se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre las variables que se midieron con estas escalas. Al correlacionar la subescala de religiosidad intrínseca del IRD con la EAV, el resultado fue  $r = -0.08$ ,  $p = 0.32$ , por lo que se concluye que no existe correlación entre estas dos escalas; de igual manera, no hay correlación entre la escala de religiosidad intrínseca y el AMAS-A:  $r = -0.00$ ,  $p = 0.97$  (Tabla 2).

**Tabla 2.** Resultados de las correlaciones entre las variables asistencia religiosa, actividad religiosa, religiosidad intrínseca y ansiedad debida a la violencia y ansiedad medida con el AMAS-A.

|                                | Subescalas del Índice de Religiosidad de Duke |                     |                         |
|--------------------------------|---|---------------------|-------------------------|
|                                | Asistencia religiosa                          | Actividad religiosa | Religiosidad intrínseca |
| Ansiedad debida a la violencia | 0.02  | 0.76                | -0.08                   |
|                                | 0.80  | 0.02                | 0.32                    |
| Ansiedad (AMAS-A)              | 0.12  | 0.09                | -0.00                   |
|                                | 0.16  | 0.26                | 0.97                    |

Así, se obtuvo que la asistencia a prácticas religiosas, la práctica de actividades religiosas, la motivación intrínseca de la persona para practicar la religión y la ansiedad por la violencia no se asociaron con la ansiedad. No obstante, se encontró una correlación estadísticamente significativa ( $p = 0.01$ ) entre la EAV y el AMAS-A ( $r = .225$ ,  $p = .01$ ). Es decir, dados los resultados obtenidos en el presente estudio, se encontró que la religiosidad y la ansiedad no tienen una relación de tipo asociativa; únicamente se encontró una asociación entre las variables relacionadas con la ansiedad: la

ansiedad provocada por la violencia y la ansiedad que no mide específicamente violencia, la cual se midió con el AMAS-A.

### DISCUSIÓN

La presente investigación contrasta con los resultados de otras investigaciones que demuestran que las personas religiosas tienen menos problemas de salud. Schottenbauer et al. (2007) analizaron datos de niños del tercer grado escolar del National

Head Start-Public School Early Childhood Transition Demonstration sobre la importancia de la religiosidad familiar y los comportamientos religiosos en la salud, los logros académicos, las habilidades sociales y los problemas de comportamiento. Los padres copiaron los comportamientos religiosos familiares, que después se reprodujeron al acudir a programas espirituales, prediciendo varios aspectos del bienestar de los menores, independientemente del estilo de crianza; de igual manera, que la familia acuda a servicios religiosos predice significativamente la salud y las habilidades sociales de los menores.

Se ha encontrado asimismo que entre mayor es la espiritualidad, menor es el nivel de ansiedad-estado en una muestra no probabilística de 190 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (Vázquez, Zavala y Whetsell, 2006), quienes concluyen que la religiosidad incide en el bienestar de pacientes que sufren una enfermedad crónica como la diabetes.

No obstante, en el presente estudio no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la religiosidad, la ansiedad y la ansiedad ante la violencia. La hipótesis planteada de que las personas religiosas manifiestan un nivel menor de ansiedad ante la violencia no pudo confirmarse; de hecho, los resultados indican que tal ansiedad puede surgir independientemente de que sean religiosas. Dados los resultados hallados, la hipótesis de investigación fue rechazada y se aceptó la hipótesis nula, que indica que las personas religiosas no muestran un nivel menor de ansiedad ante la violencia. De igual manera, se esperaba un resultado contrario al del estudio realizado por Rivera y Montero (2012) en una muestra de 193 adultos mayores evangélicos de la Ciudad de México, una de cuyas conclusiones fue que la vida espiritual tiene un papel marginal en el desajuste psicológico, no obstante que se le considere como el establecimiento de una relación satisfactoria con Dios.

En un estudio longitudinal hecho en mujeres caucásicas gemelas del estado de Virginia (Estados Unidos), Wade y Kendler (2001) hallaron una mayor incidencia de la ansiedad generalizada y una mayor frecuencia de asistencia a prácticas religiosas, lo que complementa la presente investigación en cuanto que no se halla una mejoría de

la ansiedad ante la violencia en los individuos religiosos.

En un estudio de Campos et al. (2004) se encontró que rezar –aunque no participar en ceremonias– se asoció y predijo la reacción de rumiación, activación y ansiedad ante el atentado 11-M en España a las tres semanas y a los dos meses de ocurrido, lo que sugiere que rezar ancla la construcción de creencias sociales positivas en un aumento de la ansiedad y la afectividad negativa.

En el presente estudio no se validó la Escala de Ansiedad ante la Violencia ya que la muestra no fue representativa de la población de Ciudad Juárez; sin embargo, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre dicha escala y el AMAS-A, lo que es un indicador de que se pudo medir realmente la ansiedad provocada por la violencia vivida en la localidad.

El conocimiento que se aporta en esta investigación es que se puede sufrir ansiedad ante las situaciones violentas, independientemente de si se tienen creencias religiosas. En consecuencia, la ansiedad es un factor general que no depende de la religiosidad de una persona. Los resultados encontrados en esta investigación reafirman el hecho de que la ansiedad es experimentada por todas las personas porque es necesaria para su supervivencia (Sarason, 2006).

La información generada por el presente estudio puede servir como apoyo para buscar otro tipo de ayuda, pues cuando una persona sufre un exceso de ansiedad ante la violencia las prácticas religiosas probablemente no disminuirán aquélla. Sin embargo, como se ha expuesto en las citadas investigaciones, la relación entre religiosidad y una menor ansiedad ante la violencia es al parecer un fenómeno más complejo, toda vez que se han obtenido diferentes resultados según las distintas condiciones en que se hallan los sujetos. Es posible que en el presente estudio se pudiera haber llegado a conclusiones generalizables a la población estudiada si se hubiese obtenido una muestra más grande.

Se recomienda, en consecuencia, emprender más investigaciones sobre este tópico dadas las discrepancias halladas en los diversos estudios, y también porque la bibliografía al respecto es considerablemente escasa en lo referente a la relación entre la religiosidad y la ansiedad ante la violencia.

## REFERENCIAS

- Bourne, E. (2004). *Haga frente a la ansiedad*. Barcelona: Amat.
- Campos, M., Páez, D., Fernández, P., Igartúa, J., Méndez, D., Moscoso, S., Palomero, C., Pérez, J., Rodríguez, M., Salgado, J. y Tasado, C. (2004). Las actividades religiosas como formas de afrontamiento de hechos estresantes y traumáticos con referencia en manifestaciones del M-11. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 287-298.
- Esparza, O., Quiñones, J., Quiñones, S. y Assael, M. (2013). Relación entre ansiedad y depresión en víctimas de violencia en Ciudad Juárez. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(Especial), 871-873.
- Font, J. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Freud, S. (1929/1976). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, P. (2005). *XVI, ¿otro siglo violento?* Madrid: Días Santos.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI.
- Koenig, H., Meador, K. y Parkerson, G. (1997). Religion index for psychiatric research: a 5-item measure for use in health outcome studies. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 885-886.
- Martínez, Y. (2017). La religión es un eficaz regulador del comportamiento humano. *Tendencias de las Religiones*, 5 de abril. Disponible en línea: [http://www.tendencias21.net/La-religion-es-un-eficaz-regulador-del-comportamiento-humano\\_a2874.html](http://www.tendencias21.net/La-religion-es-un-eficaz-regulador-del-comportamiento-humano_a2874.html).
- McGuire, M. y Tiger, L. (2017). *God's brain*. Westminster, MD: Prometheus Books.
- Quintana, V. (2010). "Medias verdades sobre la violencia en Chihuahua". Periódico *La Jornada*, 22 de enero. Disponible en línea: <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/22/opinion/017a2pol>.
- Reynolds, C., Richmond, B. y Lowe, P. (2007). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A)*. México: El Manual Moderno.
- Rivas, Y. (2010). Tener creencias religiosas mejora la salud y prolonga la vida. *Demayores.com*, 13 de diciembre. Disponible en línea: <http://www.demayores.com/2010/01/06/tener-creencias-religiosas-mejora-la-salud-y-prolonga-la-vida/>.
- Rivera, A. y Montero, M. (2012). Ajuste psicológico y vida religiosa en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 13(3), 895-906.
- Sanmartín, J. (2009). *La violencia y sus claves*. Madrid: Ariel.
- Sarason, I. (2006). *Psicología anormal*. México: Pearson/Prentice-Hall.
- Schottenbauer, M., Spertak, S. y Hellstorm, I. (2007). Relationship between religious behaviors and child well-being among third-grade children. *Mental Health Religion & Culture*, 10(2), 191-198.
- Tardón, L. (2010). Las creencias religiosas pueden prolongar la esperanza de vida. *elmundo.es Salud*, 7 de enero. Disponible en línea: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/12/23/neurociencia/1261586312.html>.
- Vázquez, O., Zavala, M. y Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*, 6(1), 8-21.
- Wade, T. y Kendler, S. (2001). Parent, child, and social correlates of parental discipline style: A retrospective, multi-informant investigation with females twins. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36(4), 177.

## ANEXO 1

### Escala de Ansiedad ante la Violencia

**Instrucciones.** La ansiedad es el estado de agitación, inquietud o aflicción del ánimo. A continuación se le preguntará la cantidad de ansiedad que usted siente en varias áreas de su vida a raíz de la violencia que se presenta en la ciudad. A todos nos causa ansiedad esta situación en diferentes niveles. Por favor, indique en cada pregunta qué tanta ansiedad experimentó usted a lo largo de todo el día durante esta última semana. Escoja la opción que más se acerca a lo que usted siente.

Las opciones de respuesta son: 1 = Nada, 2 = Poco, 3 = Más o menos, 4 = Mucho, 5 = Demasiado.

Si la pregunta no se aplica a usted, conteste "NA".

- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca la violencia que ocurre en la ciudad?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca salir fuera de su hogar durante el día?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca salir fuera de su hogar durante la noche?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca salir a comprar el mandado?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca usar el transporte público?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca manejar su coche durante el día?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca manejar su coche durante la noche?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca salir de compras a la tienda?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca llevar a sus hijos a la escuela?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca estar en su trabajo?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca ir al cine?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca ir a comer a un restaurante?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca ir a servicios religiosos los fines de semana?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca ir a visitar a amistades a sus casas?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad le provoca ir a visitar a otros familiares a sus casas?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad siente cuando sus hijos salen de la casa durante el día?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad siente cuando sus hijos salen de la casa durante la noche?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad siente cuando va caminando por la calle?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad siente cuando está de compras en un centro comercial?
- \_\_\_ ¿Qué tanta ansiedad siente al estar en su casa?

# Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento

## *Compensatory health beliefs: Implications for health and treatment adherence*

Juan Pablo Ogueda Fuentes y Enrique Barra Almagiá<sup>1</sup>

### RESUMEN

Las creencias compensatorias de salud son creencias de que el efecto negativo de una conducta no saludable puede ser compensado, minimizado o neutralizado mediante la ejecución de una conducta saludable. Tales creencias surgen en respuesta a un conflicto motivacional. Aunque en algunas ocasiones las creencias compensatorias de salud pueden tener resultados positivos para la misma, en general se ha encontrado una relación negativa entre ambas. Hay cuatro mecanismos principales para explicar esta relación: la conducta compensatoria no neutraliza todas las consecuencias negativas de la conducta no saludable, no se realiza, tiene un efecto directo sobre la salud y, por último, las creencias compensatorias tienen efectos sobre la adherencia al tratamiento. Se requiere más investigación para confirmar la validez de dicho constructo, en especial en el contexto latinoamericano.

**Palabras clave:** Creencias compensatorias; Salud; Adherencia al tratamiento.

### ABSTRACT

*Compensatory health beliefs are beliefs expected to compensate, minimize or neutralize the negative effects of unhealthy behavior by facilitating the performance of healthy behaviors. These beliefs are supposed to arise in response to a motivational conflict. Although compensatory health beliefs may sometimes have positive health outcomes, a negative relationship between compensatory beliefs and health has generally been found. There would be four main mechanisms to explain this lack of relationship: first, compensatory behavior does not neutralize all negative consequences of unhealthy behavior; second, compensatory behavior is not actually performed, third, compensatory behaviors have a direct effect only on health itself, and fourth, compensatory beliefs affect mainly treatment adherence. We conclude that more research is needed to confirm the validity of the construct, especially in the Latin American context.*

**Key words:** Compensatory beliefs; Health; Treatment adherence.

Según el modelo de creencias compensatorias de salud (Rabiau, Knäuper y Miquelon, 2006; Radtke y Scholz, 2012), tales creencias surgen de un conflicto motivacional generado por el deseo de involucrarse en una conducta que se anticipa como placentera pero no saludable (por ejemplo, comer un alimento alto en azúcar) y una meta u objetivo de salud contradictorio con la conducta anterior (por ejemplo, bajar de peso). Este conflicto entre un deseo y un objetivo incompatible genera un estado de malestar caracterizado como un conflicto motivacional, culpa anticipatoria o, como también se le conoce, disonancia cognoscitiva (Rabiau et al., 2006). Cuando una persona percibe que sus creencias acerca de sí misma se ven amenazadas de alguna manera, buscará estrategias que le hagan posible retomar un estado de equilibrio (Swann y

---

<sup>1</sup>Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Concepción, Chile, correos electrónicos: jogueda@udec.cl y ebarra@udec.cl. Artículo recibido el 11 de enero y aceptado el 28 de enero de 2017.

Brooks, 2012), y una de las posibles estrategias de autorregulación que puede utilizar es la de crear o mantener ciertas creencias compensatorias de salud. Dicha estrategia es una de las más populares y sencillas, pues no requiere acomodo cognitivo alguno ni un autocontrol conductual estricto; por el contrario, permite “lo mejor de ambas partes”, es decir, cumplir el deseo y mantener los ideales o metas relativas a la salud (Kaklamanou y Armitage, 2012).

Respecto al momento en que surgen estas creencias, el modelo inicial señala que las mismas aparecen antes de la conducta no saludable y como una respuesta al conflicto motivacional (Knäuper, Rabiauu, Cohen y Patriciu, 2004; Rabiau et al., 2006). No obstante, otras investigaciones han hallado que pueden surgir luego de ocurrida la conducta no saludable (Werle, Wansink y Payne, 2011), o incluso aparecer de manera anticipatoria en ausencia de una conducta no saludable (Kronick y Knäuper, 2010).

## RELACIÓN ENTRE CREENCIAS COMPENSATORIAS Y SALUD

Aunque las creencias compensatorias de salud son eficaces para reducir la disonancia cognoscitiva producida por un conflicto motivacional, la investigación ha demostrado que sus efectos en la salud son en su mayoría negativos (Radtke y Scholz, 2012).

Un cuerpo importante de investigación en este campo ha encontrado que la tendencia a emplear esas creencias se relaciona con distintas conductas de riesgo para la salud, como una alimentación no saludable o un consumo elevado de calorías (Allan, Johnston y Campbell, 2010; Kronick, Auerbach, Stich y Knäuper, 2011), una baja adherencia al tratamiento (Kronick et al., 2011; Miquelon, Knäuper y Vallerand, 2012; Rabiau, Knäuper, Nguyen, Sufrategui y Polychronakos, 2009; Taut y Baban, 2008), fumar y una baja disposición a dejar de hacerlo (Radtke, Scholz, Keller y Hornung, 2012; Radtke, Scholz, Keller, Knäuper y Hornung, 2011), consumo de alcohol (Hein, 2014) y un escaso reporte de síntomas (Knäuper et al., 2004). También se ha encontrado una relación entre las creencias compensatorias en salud

y variables tales como una baja autoestima, una imagen corporal negativa, estrés y una pobre autoeficacia (LePage, Crowther, Harrington y Engler, 2008; Radtke et al., 2012; Radtke, Kaklamanou, Scholz, Hornung y Armitage, 2014). Por otra parte, se ha encontrado asimismo que usar creencias compensatorias de salud, y sobre todo conductas compensatorias frecuentes, es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, depresión y más creencias compensatorias, lo que podría interpretarse como un círculo vicioso (LePage et al., 2008).

Aunque en general la relación entre creencias compensatorias y salud es negativa, se han hallado algunas situaciones en las que sostener dichas creencias puede tener efectos positivos. Una de tales circunstancias ocurre en las etapas iniciales de los procesos de cambio conductual, en las cuales esas creencias pueden tener un efecto motivador de la conducta, pues considerar que la compensación es posible reduce la dificultad percibida de la tarea y, por ende, el objetivo se percibe como alcanzable. Lo anterior funciona solo en las etapas iniciales, pues en las posteriores las creencias compensatorias no solo afectan el cumplimiento de las metas, sino que disminuyen la motivación. En relación con esto último, se ha visto que las intenciones de compensar disminuyen con el tiempo (Radtke et al., 2014).

Otra situación en que las creencias compensatorias no tendrían un efecto negativo se produce cuando la conducta no saludable es simple o esporádica, de manera que la compensación puede “reparar” o compensar el efecto negativo, e incluso comprometer a la persona en conductas saludables; por ejemplo, crear el hábito de hacer ejercicio físico después de las ocasiones en que no se respeta la dieta. No obstante, las circunstancias en que esto ocurriría serían poco comunes, dado que la conducta no saludable tiene habitualmente efectos negativos múltiples en la salud, y la conducta compensatoria puede, en el mejor de los casos, compensar algunas de ellas, pero no todas (Rabiauu et al., 2006).

Al revisar la literatura, se encuentran cuatro mecanismos principales a través de los cuales las creencias compensatorias afectan negativamente a la salud:

*1) La conducta compensatoria que es producto de la creencia compensatoria no abarca todas las consecuencias negativas.*

Como ya se mencionó, debido a la multiplicidad de consecuencias negativas que puede tener para la salud una conducta no saludable, es muy difícil que una conducta compensatoria abarque todas las consecuencias de la conducta de riesgo (Rabiau et al., 2006), lo que constituye una primera forma a través de la cual tales creencias afectan la salud. Por ejemplo, ingerir la llamada “comida rápida” y luego hacer ejercicio físico puede compensar parcialmente las calorías consumidas, pero no lo hará por la fruta y verdura que no se consumieron durante ese periodo. En esta línea, una creencia compensatoria de salud puede ser correcta, parcialmente correcta o incorrecta respecto a los juicios que la persona hace de las consecuencias de la conducta no saludable, pues la función de la creencia es resolver la disonancia, no proporcionar un juicio exacto de la realidad (Knäuper et al., 2004). En una investigación en la cual se estudió a personas mientras comían, se encontró que pensar en hacer ejercicio hacía que estimasen de peor manera las calorías que estaban consumiendo (Werle et al., 2011). En ese sentido, las creencias compensatorias pueden ser ideas erróneas de salud que podrían provocar importantes riesgos.

*2) La conducta compensatoria nunca se lleva a cabo.*

Puede que la conducta compensatoria que se planea de acuerdo a la creencia compensatoria no se realice finalmente debido a una serie de factores, entre los que se encuentran un largo periodo de tiempo entre la conducta no saludable y la conducta compensatoria, tras de lo cual la disonancia disminuye y hace innecesaria esa última; el objetivo o meta de salud perseguido no es relevante o significativo para la persona; una baja capacidad de planificación, que derivaría en no concretar la intención en planes concretos, o la aparición de obstáculos reales que impidan la ejecución de la conducta. En cualquier caso, la conducta compensatoria nunca se lleva a cabo, por lo que la persona únicamente se embarca en una conducta de riesgo y utiliza mecanismos cognitivos para evitar el malestar generado (Allan et al., 2010; Nooijer, Puijk-Hekman y van Assema, 2009).

*3) Efecto directo de la conducta compensatoria sobre la salud.*

En algunas ocasiones, una conducta compensatoria en sí misma puede tener efectos sobre la salud. En un estudio de LePage et al. (2008) se investigó a mujeres que utilizaban como conductas compensatorias el ayuno y el ejercicio físico intenso cuando no cumplían con la dieta que se habían impuesto. Los resultados mostraron que la conducta compensatoria en sí, es decir, ayunar y hacer un ejercicio para el cual no estaban físicamente preparadas, producía en ellas altos niveles de estrés.

*4) Efecto de las creencias compensatorias sobre la adherencia al tratamiento.*

Quizás uno de los aspectos más estudiados de las creencias compensatorias de salud es su relación con la adherencia al tratamiento. Al respecto, se encuentra abundante evidencia que indica una relación negativa entre el uso de esas creencias y el logro de metas relacionadas con salud, como por ejemplo terminar un tratamiento. Es decir, a mayor tendencia a utilizar creencias compensatorias, menor adherencia (Kronick et al., 2011; Miquelon et al., 2012; Rabiau et al., 2009; Taut y Baban, 2008). Aunque la mayor parte de los estudios se han enfocado en la adherencia a regímenes alimentarios, otras investigaciones señalan el efecto nocivo de las creencias en la adherencia a otros tratamientos. En estudios con pacientes diabéticos, por ejemplo, se ha encontrado que mantener creencias compensatorias se relaciona con controles menos regulares de los niveles de glucosa y glicemia, además de un control metabólico más pobre y una menor adherencia a los regímenes alimenticios (Nguyen, Knäuper y Rabiau, 2006; Rabiau et al., 2009). En una investigación en adolescentes diabéticos se encontró que las creencias compensatorias de salud explicarían la adherencia incluso sobre otras variables, como el conocimiento de la enfermedad (Rabiau et al., 2009). En otro estudio con pacientes coronarios se halló que sostener creencias compensatorias se relacionaba con una menor adherencia a los regímenes de cuidado, especialmente los alimenticios (Taut y Baban, 2008). También se han encontrado este tipo de relaciones en las adicciones, especialmente de tabaco y alcohol, en las que se ha observado que las creencias compensatorias se relacionan

con un mayor consumo y, lo que es más importante, con una menor intención de abandonar dichas conductas de riesgo (Hein, 2014; Radtke et al., 2011; Radtke et al., 2012).

Respecto a la conducta alimentaria, las creencias compensatorias predicen el consumo calórico y el logro de las metas relacionadas con tal conducta (Miquelon et al., 2012; Radtke et al., 2014). Por otro lado, se ha visto que la capacidad planificadora y las intenciones conductuales de hacer dieta no logran explicar por sí solas la evitación de conductas no saludables (Allan et al., 2010).

Como principales factores asociados a la relación entre la adherencia al tratamiento y las creencias compensatorias se hallan la motivación y la autoeficacia. En términos generales, una motivación autónoma relacionada con las metas de salud de la persona (y que estas metas sean autoconcordantes o significativas para ella) reduciría el efecto de las creencias compensatorias, haciendo incluso innecesaria su aparición (Miquelon et al., 2012; Taut y Baban, 2008). Por otro lado, la relación entre autoeficacia y creencias compensatorias se ha estudiado extensamente y es parte integral del modelo de tales creencias (Knäuper et al., 2004; Rabiau et al., 2006). Las investigaciones han encontrado que el uso de esas creencias se relaciona con una baja autoeficacia, mientras que una alta autoeficacia se relaciona con el bajo o nulo uso de creencias compensatorias (Radtke et al., 2012). En una investigación con pacientes coronarios se hallaron datos que reafirman la estrecha relación entre las creencias compensatorias y la autoeficacia. Al evaluar los factores que explicarían la adherencia al tratamiento, relacionada principalmente con seguir regímenes alimenticios, se vio que la combinación entre dichas creencias y la autoeficacia explicaban más de la mitad de la varianza total (Taut y Baban, 2008).

## FUTURAS INVESTIGACIONES

El concepto y el modelo de creencias compensatorias en salud son relativamente nuevos y han ido ganando un espacio dentro de la psicología de la salud en los últimos años. Como todo concepto nuevo, es todavía necesaria mucha investigación para resolver algunas de las limitaciones que han ido apareciendo. Una de las principales dificultades tiene que ver con la medición de las creencias compensatorias en salud. Varios estudios han descrito problemas para utilizar la escala original planteada por Knäuper et al. (2004), por lo que se han elaborado adaptaciones propias, cada una con distintas limitaciones metodológicas (Kaklamanou et al., 2012; Kaklamanou, Armitage y Jones, 2013; Nooijer et al., 2009; Poelman, Vermeer, Vyth y Steenhuis, 2012; Radtke et al., 2011). Por otro lado, hacen falta más investigaciones basadas en este modelo en poblaciones clínicas para probar su validez en tal contexto; por ejemplo –alejándose un poco del ámbito de la salud–, sería interesante evaluar las creencias compensatorias de agresores en casos de violencia intrafamiliar. Finalmente, tampoco se han dado a conocer iniciativas de intervención basadas en dicho modelo.

El concepto de creencias compensatorias de salud, al igual que muchos otros, ha demostrado ser sensible a los cambios culturales. En algunos estudios sobre esas creencias se han hallado diferencias significativas cuando se comparan muestras de distintos países, como Gran Bretaña, Canadá, Países Bajos y Suiza (Kaklamanou et al., 2012; Nooijer et al., 2009; Radtke et al., 2012). Debido a que aún no se ha publicado ningún estudio hecho en países de habla hispana, uno de los principales desafíos de la investigación sobre el concepto aludido es estudiar la adecuación, validez e impacto de este modelo en el contexto latinoamericano.

## REFERENCIAS

- Allan, J., Johnston, M. y Campbell, N. (2010). Unintentional eating. What determines goal-incongruent chocolate consumption? *Appetite*, 54, 422-425.
- Hein, S. (2014). *Compensatory health beliefs and behaviors on alcohol consumption versus the theory of planned behavior*. Tesis inédita de pregrado. Enschede (Países Bajos): Universidad de Twente. Disponible en línea: [http://essay.utwente.nl/64789/1/Hein,%20S.V.%20-%20s1076906%20\(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/64789/1/Hein,%20S.V.%20-%20s1076906%20(verslag).pdf).
- Kaklamanou, D. y Armitage, C. (2012). Testing compensatory health beliefs in UK population. *Psychology & Health*, 27, 1062-1074.

- Kaklamanou, D., Armitage, C. y Jones, C. (2013). A further look into compensatory health beliefs: A think aloud study. *British Journal of Health Psychology*, 18, 139-154.
- Knäuper, B., Rabiauu, M., Cohen, O. y Patriciu, N. (2004). Compensatory health beliefs: Scale development and psychometric properties. *Psychology and Health*, 19, 607-624.
- Kronick, I., Auerbach, R., Stich, C. y Knäuper, B. (2011). Compensatory beliefs and intentions contribute to the prediction of caloric intake in dieters. *Appetite*, 57, 435-438.
- Kronick, I. y Knäuper, B. (2010). Temptations elicit compensatory intentions. *Appetite*, 54, 398-401.
- LePage, M., Crowther, J., Harrington, E. y Engler, P. (2008). Psychological correlates of fasting and vigorous exercise as compensatory strategies in undergraduate women. *Eating Behaviors*, 9, 423-429.
- Miquelon, P., Knäuper, B. y Vallerand, R. (2012). Motivation and goal attainment. The role of compensatory beliefs. *Appetite*, 58, 608-615.
- Nguyen, T., Knäuper, B. y Rabiauu, M. (2006). The role of compensatory beliefs and self-efficacy on treatment adherence in adolescents with type 1 diabetes. *McGill Science Undergraduated Research Journal*, 1, 7-10.
- Nooijer, J., Puijk-Hekman, S. y van Assema, P. (2009). The Compensatory Health Beliefs Scale: Psychometric properties of a cross-culturally adapted scale for use in the Netherlands. *Health Education Research*, 24, 811-817.
- Poelman, M., Vermeer, W., Vyth, E. y Steenhuis, I. (2012). "I don't have to go to the gym because I ate very healthy today": The development of a scale to assess diet-related compensatory health beliefs. *Public Health Nutrition*, 16, 267-273.
- Rabiauu, M., Knäuper, B. y Miquelon, P. (2006). The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: The compensatory health beliefs model. *British Journal of Health Psychology*, 11, 139-153.
- Rabiauu, M., Knäuper, B., Nguyen, T., Sufategui, M. y Polychronakos, C. (2009). Compensatory beliefs about glucose testing are associated with low adherence to treatment and poor metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Health Education Research*, 24, 890-896.
- Radtke, T., Kaklamanou, D., Scholz, U., Hornung, R. y Armitage, C. (2014). Are diet-specific compensatory health beliefs predictive of dieting intentions and behaviors? *Appetite*, 76, 36-43.
- Radtke, T. y Scholz, U. (2012). Enjoy a delicious cake today and eat healthily tomorrow: Compensatory health beliefs and their impact on health. *The European Health Psychologist*, 14, 37-40.
- Radtke, T., Scholz, U., Keller, R. y Hornung, R. (2012). Smoking is Ok as long as I eat healthily: Compensatory health beliefs and their role for intentions and smoking within the health action process approach. *Psychology & Health*, 27, 91-107.
- Radtke, T., Scholz, U., Keller, R., Knäuper, B. y Hornung, R. (2011). Smoking-specific compensatory health beliefs and the readiness to stop smoking in adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 16, 610-625.
- Swann, W. y Brooks, M. (2012). Why threats trigger compensatory reactions: The need for coherence and quest for self-verification. *Social Cognitions*, 30, 758-777.
- Taut, D. y Baban, A. (2008). Examination of the relationship between self-regulatory strategies and healthy eating patterns in coronary heart disease patients. The relevance of compensatory health beliefs. *Cognition, Brain and Behavior*, 12, 219-231.
- Werle, C., Wansink, B. y Payne, C. (2011). Just thinking about exercise makes me serve more food. Physical activity and caloric compensation. *Appetite*, 56, 333-335.



# Emociones, sucesos vitales y niveles de células CD4+ en personas que viven con sida

## *Emotions, life events, and levels of CD4+ cells in people living with AIDS*

Rodrigo Cantú Guzmán<sup>1</sup>, Javier Álvarez Bermúdez<sup>2</sup>  
y Ernesto Torres López<sup>3</sup>

### RESUMEN

Las personas que viven con sida se enfrentan a muy diversos estresores, lo que conlleva conflictos emocionales surgidos a partir de las repercusiones sociales de la enfermedad, como rechazo y estigmatización en el entorno laboral, familiar y social. A partir de una muestra total de 121 pacientes con sida de la ciudad de Monterrey (México), se realizó un estudio de comparación del nivel de células CD4+ y algunas variables psicosociales. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la resignación positiva y a los problemas en las relaciones interpersonales con amistades y compañeros de trabajo, teniendo menor resignación positiva el grupo de pacientes que se encontraban en una etapa más grave de la enfermedad. Por el contrario, el grupo con menor nivel de enfermedad mostró tener dificultades con amistades y compañeros de trabajo. Estos resultados muestran que existen diferencias en la vivencia del suceso de enfermedad en relación a la etapa y al nivel de gravedad de la misma y su repercusión contextual, lo que lleva a dar prioridad a la intervención psicológica.

**Palabras clave:** Sida; Variables psicosociales; CD4+; Sucesos de vida; Emociones.

### ABSTRACT

*Objective. The present study sought to explore various components of the HIV-positive status. People living with AIDS face a number of stressors which entail emotional conflicts arising from such social impact of the disease as rejection and stigmatization at work, in the family and in other social milieus. Method. Participants included a total sample of 121 patients with AIDS from the city of Monterrey (Mexico). Comparisons between high and low levels of the condition were used to examine the association of the level of CD4+ cells and some psychosocial variables. Results. The main findings revealed significant differences related to "positive resignation" and interpersonal problems with friends and co-workers. Also, patients who at more advanced stages of the disease showed less positive resignation. The group with the lowest levels of the disease reported difficulties with friends and coworkers. These results portray differences in the way these events are experienced in relation to disease stage, its severity and its contextual impact. Therefore these aspects should have priority when designing and applying psychological interventions.*

**Key words:** AIDS; Psychosocial variables; CD4+; Life change events; Emotions.

---

<sup>1</sup> Consulta de Psicología del Departamento de Servicios Médicos y Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Gonzalitos y Haití, Col. Mitras Centro, 64060 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-48-69-02, correo electrónico: rodrigocantu@yahoo.com. Artículo recibido el 14 de noviembre y aceptado el 16 de diciembre de 2016.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-33-67-44, correo electrónico: jabnl@hotmail.com.

<sup>3</sup> Departamento de Inmunología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Gonzalitos y Dr. Carlos Canseco, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, tel.(81)83-33-10-58, correo electrónico: ernesto\_torreslopez@yahoo.com.

El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) es el factor etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Este virus difiere de otros porque infecta células del sistema inmune, específicamente los linfocitos “T” cooperadores (LTh-CD3+/ CD4+) que portan el marcador CD4+, que son células con propiedades de regulación protectora y cooperadora. El sida puede llegar manifestarse muchos años después del contagio. Desarrollar el síndrome significa que el virus se ha internado en las células CD4+ del sistema inmune y que el sujeto infectado presenta enfermedades oportunistas. El sida es una enfermedad adquirida ya que no proviene de la carga genética, y su forma de transmisión es sanguínea, sexual o perinatal (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Quienes viven con el sida se enfrentan a muy diversos estresores, los cuales van desde los económicos, fisiológicos y socioculturales hasta los psicológicos, los que producen una gran amenaza a la salud física o mental. Asimismo, en lo que se refiere al malestar psicológico (emocional), algunos de los problemas que se encuentran relacionados son la baja autoestima, el miedo a perder el atractivo físico, la somatización, los síntomas obsesivo-compulsivos, los conflictos relativos a la orientación sexual y el abuso de sustancias, entre otros (Carrobles, Remor y Rodríguez, 2003).

Desde los inicios de la epidemia del sida se han ido documentando en diversos estudios las consecuencias y el impacto emocional que genera la noticia de la infección por VIH. Las personas en tal condición parecen ser muy vulnerables cuando reciben el diagnóstico, cuando más tarde aparecen algunos síntomas, y cuando empiezan a experimentar la pérdida de otras personas infectadas que pertenecen a su contexto social, aunque también algunos estudios reportan que muchos han experimentado una mejoría emocional con el paso del tiempo y la adaptación a la enfermedad (Cantú, Álvarez, Torres y Martínez, 2012; Siegel y Lekas, 2002).

Los conflictos emocionales se pueden desencadenar debido a las repercusiones sociales de la enfermedad, como cuando se declara, por ejemplo, que se es portador del VIH, lo que conlleva manifestaciones de rechazo y estigmatización en

el entorno laboral, familiar, de pareja y de amigos (Remor, Ballester, Espada y Gordillo, 2008). Remor et al. (2008) afirman que delimitar las relaciones que guardan las variables psicológicas para el proceso de enfermedad, y asimismo las relaciones entre sí, constituye uno de los objetivos para la consolidación de una intervención psicológica en el ámbito de las personas infectadas por VIH, lo que presupone una mejor adaptación a la enfermedad.

Ortiz (1993) (cf. Bravo y Serrano, 1997), en un trabajo basado en grupos de apoyo con hombres homosexuales infectados con VIH, reportó que uno de los conceptos clave en la disciplina de la psicología de la salud, el soporte social, fue determinante en el beneficio de los participantes. En efecto, los grupos de ayuda mutua han sido una gran aportación a la rehabilitación social de los afectados de sida. De acuerdo con Rivera y Gallardo (2005), los programas terapéuticos ayudan a la aceptación de la enfermedad y a la facilitación de técnicas de afrontamiento para ésta y para la muerte.

Con el objetivo principal de estudiar grupos de apoyo para personas con infección por VIH, conocer cómo el sida se construye socialmente de forma negativa y facilitar cambios en conductas autodestructivas, Carrobles et al. (2003) analizaron el afrontamiento, el apoyo social percibido y el estrés emocional en dichos pacientes. Exploraron la relación de tres estilos de afrontamiento: el activo-conductual, el activo-cognitivo y el de evitación, además de ocho estrategias de afrontamiento específicas: crecimiento personal, expresión activa y búsqueda de información, confianza activa en los otros, implicación activa-positiva, distracción, rumiación pasiva-cognitiva, resignación pasiva y evitación –todos ellos usados por los sujetos en diferentes etapas de la infección por VIH–, además del apoyo percibido por parte de su entorno. Entre los aspectos más relevantes que se encontraron fue la relación entre el afrontamiento y el apoyo social percibido con el estrés, lo que indica que los individuos que usaban el afrontamiento por evitación no se protegían del estrés y manifestaban mayor ansiedad y depresión.

En un metaanálisis realizado por Chida y Vedhara (2009) de 36 artículos, mismos que incluyen cien diferentes relaciones entre aspectos psico-

sociales y la enfermedad por VIH, se explica que los tipos de personalidad, los estilos de afrontamiento y el malestar psicológico (estados afectivos negativos), y no los estímulos estresores como tales (eventos de vida u otros), se relacionan más estrechamente con un pobre pronóstico; sin embargo, ello dependerá de la percepción que la persona tenga de dichos eventos estresores.

Autores como Swaans et al. (2008), que han estudiado el problema en población africana, afirman que para comprender cómo afrontan las personas la infección por VIH se tiene que poner atención en sus creencias, tales como suponer que han sido embrujados o pensar que la enfermedad es la voluntad de Dios, así como el conocimiento que poseen de los tratamientos tradicionales; como resultado, suplican el perdón y el apoyo, o bien aceptan su condición. Referente a la infección por VIH, se encontró que las personas no la niegan, pero es muy común que solo lo hagan en su propio hogar.

Sikkema et al. (2000) describen los sentimientos de sufrimiento relacionados al duelo por la pérdida de personas cercanas que padecían VIH; asimismo, reportan que aquellas personas que padecen VIH sufren aún más la pérdida de un ser querido por esa causa, ya que ellos observan en otros lo que les ocurrirá a ellos mismos.

En el caso de personas con VIH, se ha encontrado que un afrontamiento activo, como la búsqueda de información sobre la enfermedad y sus tratamientos, está relacionado con una mayor calidad de vida (Friedland, Renwick y Mccoll, 1996). Otros estudios de diversas variables psicosociales relativas al afrontamiento de la enfermedad crónica encuentran que el tener conflictos sociales está relacionado con conductas de afrontamiento asociadas al aislamiento social, con conductas de ira y con pensamientos mágicos, y asimismo con estados afectivos negativos. El estigma de la enfermedad está relacionado a su vez con las interacciones sociales conflictivas de las personas, con las dificultades que tienen para comunicar a sus parejas su condición de seropositivas (Shacham et al., 2008) y con conductas de riesgo de quienes viven en el ambiente caótico de las familias inestables, muchas de ellas caracterizadas por el uso de sustancias por los padres o por el abandono (Kadivar, Garvie, Sinnock, Heston y Flynn, 2006),

lo que se traduce en estados afectivos negativos (Fleishman et al., 2000).

Autores como Siegel y Schrimshaw (2007) afirman que la mayoría de los pacientes con sida experimentan niveles altos de depresión y ansiedad, así como niveles bajos de emociones positivas; sin embargo, Olley y Bolajoko (2008) indican que muchos de los pacientes que viven con esta condición refieren haber crecido como personas, o bien encuentran un sentido y ciertos beneficios que se derivan de la enfermedad. Los autores citados, en un estudio llevado a cabo con personal militar en Nigeria, hallaron que los soldados seropositivos tenían una calidad de vida menor que los seronegativos, lo que posiblemente está relacionado a que los primeros habrían experimentado un mayor número de sucesos de vida o mostraban síntomas de trauma o de estrés postraumático. También se encontró que el personal seropositivo llevaba a cabo menos conductas de riesgo sexual en comparación con los seronegativos, y por último, que el estrés postraumático predecía un menor funcionamiento en todos los dominios medidos.

De acuerdo con Jenkins y Guarnaccia (2003), las personas con sida tienen dificultades de tipo financiero o para tener una actividad laboral estable; como una forma de afrontamiento, buscan el apoyo social en otros pacientes o en comunidades de pacientes, esperando no solo un soporte más positivo sino menos consecuencias negativas en sus interacciones sociales. Turner-Cobb et al. (2002) encontraron que quienes están más satisfechos y seguros con sus relaciones interpersonales, están más comprometidos con su enfermedad y más propensos a tener una mejor adaptación al padecimiento. O'Cleirigh, Ironson, Fletcher y Schneiderman (2008), a su vez, señalan que la expresión emocional en cuanto al impacto de la enfermedad al ser diagnosticada puede tener implicaciones adicionales en la salud y en el sistema inmune como tal de las personas, y generar por tanto una mejor calidad de vida.

### **El biomarcador CD4+ y los estudios de comportamiento en personas con sida**

El recuento de células CD4+ ofrece un indicador de pronóstico y estado de salud del sistema inmu-

ne. El valor de la carga viral sirve para determinar la cantidad de partículas VIH que existen en la sangre. Las células CD4+, o células T, ayudan a montar una respuesta inmune ante las infecciones y se les considera un factor que permite evaluar el estado del sistema inmune, por la cual la medición del número de estas células en un milímetro cúbico de sangre es relevante para identificar el pronóstico del sida. Con base en los resultados de estas pruebas, se pueden tomar decisiones para iniciar el tratamiento antirretroviral, así como para hacer el seguimiento y evaluación del funcionamiento de los medicamentos (Carter, 2010).

A partir de los conteos de células CD4+ se han establecido categorías estándar, las cuales coinciden en países como México y Estados Unidos, entre otros, las cuales incluyen tres clasificaciones: *a)* Categoría 1, que consiste en un conteo igual o mayor de 500 CD4+, que se describe como un estadio asintomático del sida; *b)* Categoría 2, con un conteo de entre 200 y 499 CD4+, período en el cual aparecen condiciones sintomáticas en las personas infectadas por VIH, y *c)* Categoría 3, con un conteo de células por debajo de las 200 CD4+, que cumple con las condiciones clínicas de sida, el cual es el estadio más grave de la enfermedad (Centers for Disease Control and Prevention, 1993; Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2010; Secretaría de Salud, 2000).

De acuerdo con Moskowitz (2003), las emociones positivas en pacientes con sida están relacionadas a un menor riesgo de muerte o a que la enfermedad se agrave. Otros autores han encontrado que los niveles depresivos pueden estar asociados a la disminución o a un bajo nivel en el conteo de células CD4+ (Burack et al., 1993), e igualmente se ha encontrado lo contrario, esto es, la falta de asociación (Lyketsos et al., 1993).

Autores como Jia et al. (2007) refieren que existen interacciones entre el número de células CD4+ y las dimensiones de la calidad de vida, y que el nivel de la misma puede variar dependiendo de la trayectoria de la enfermedad o del estado en que se encuentre según el conteo de dichas células.

## MÉTODO

Se realizó un estudio de comparación de los factores de la escala de emociones y de la escala de sucesos vitales, contenidas en el instrumento desarrollado por Cantú (2012) y Cantú y Álvarez (2013), y diferencias entre los grupos de acuerdo a una clasificación del nivel de enfermedad, que incluye pacientes con menos de 200 CD4+, con 200 a 499 CD4+ y con más de 499 CD4+.

## Participantes

La muestra total, de conveniencia, se constituyó con 121 pacientes con sida, quienes se atendían en un centro de salud de la ciudad de Monterrey (México). Dicha muestra tuvo una distribución por género de 96 hombres y 25 mujeres, con una edad promedio de 39.2 y una desviación estándar de 10.1. En cuanto a su estado civil, 65 participantes eran solteros, 20 casados, 8 viudos, 6 separados, 4 divorciados y 18 que vivían en unión libre. En cuanto a su nivel escolar, 10 de ellos no tenían estudios, 26 contaban con primaria, 34 con secundaria, 26 con preparatoria, 10 tenían nivel técnico, 14 estudios universitarios y 1 el nivel de posgrado. Al momento del estudio, los participantes tenían un tiempo promedio de diagnóstico de 67.1 meses (5 años aproximadamente), con una desviación estándar de 53.4 meses (4 años aproximadamente).

En lo que se refiere a los criterios de inclusión, debían ser pacientes, hombres o mujeres, diagnosticados con infección por VIH, mayores de edad, que estuvieran recibiendo tratamiento médico, que fuesen pacientes ambulatorios dispuestos a participar de manera voluntaria, que hablaran español y que fuesen capaces de responder a la entrevista.

## Instrumento

*Batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedad Crónica* (Cantú, 2012; Cantú y Álvarez, 2013).

Este instrumento consta de un apartado de datos sociodemográficos y otro de datos generales del padecimiento; seis preguntas control generales relacionadas a cómo se siente, cómo maneja y cómo

es su relación con la enfermedad, así como una evaluación general del médico y el servicio médico. Incluye cinco subescalas con cinco reactivos de respuesta tipo Likert referentes a las dimensiones de estudio o a variables psicosociales, las cuales son las siguientes:

1) *Creencias/conceptualización* (9 reactivos). Cuenta con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .80. El análisis factorial exploratorio arrojó tres factores que explican 65.4% de la varianza total. Dichos factores son, a saber: *a)* Enfermedad relacionada a la muerte y que afecta gravemente la salud (física, emocional y familiar), *b)* Enfermedad relacionada a la incapacidad y *c)* Enfermedad relacionada a un castigo y que se contrajo por mala suerte.

2) *Emociones* (20 reactivos). Con un coeficiente  $\alpha$  de .75, el análisis factorial exploratorio arrojó tres factores que explican 56.9% de la varianza total. Los tres factores son los siguientes: *a)* Emociones positivas, *b)* Emociones negativas y *c)* Resignación positiva.

3) *Afrontamiento* (13 reactivos). Cuenta con un coeficiente  $\alpha$  de .74. El análisis factorial exploratorio arrojó los siguientes cuatro factores que explican 59.1% de la varianza total: *a)* Afrontamiento evasivo, *b)* Afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional no familiar, *c)* Afrontamiento activo positivo y *d)* Afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional en pareja y familia.

4) *Soporte social* (21 reactivos). Tiene un coeficiente  $\alpha$  de .90. El análisis factorial exploratorio arrojó los siguientes cinco factores que explican 68.6% de la varianza total: *a)* Apoyo de padres, *b)* Apoyo familiar y de amistades, *c)* Apoyo interpersonal, *d)* Apoyo de la pareja y *e)* Apoyo del médico.

5) *Sucesos vitales* (8 reactivos). Con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .73, el análisis factorial exploratorio arrojó dos factores que explican 51.9% de la varianza total: *a)* Problemática en las relaciones familiares y *b)* Problemática en las relaciones con amistades o compañeros de trabajo.

## Análisis

Se utilizaron análisis de varianza (ANOVA) para comparar los factores de la escala de emociones de acuerdo al biomarcador CD4+ y sus tres clasificaciones en el grupo de pacientes con sida.

## Procedimiento

En las entrevistas a los participantes, el investigador principal, en conjunto con alumnos en prácticas profesionales de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Metropolitana de Monterrey; una alumna en una estancia del programa Invierno de Investigación, de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; un psicólogo y una médica epidemióloga, todos ellos voluntarios, aplicaron la batería resultante de los análisis psicométricos de Cantú (2012) en el centro de salud donde se llevó a cabo el estudio.

## Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos éticos generales del estudio, se consideraron en primer lugar los que consigna la institución donde se hizo el estudio y su Comité de Ética. Los puntos que se tomaron en cuenta fueron los de proporcionar al participante la explicación acerca de lo que trata el estudio al que se invita, a quien se le debe reiterar que su participación es voluntaria y confidencial. El participante puede abandonar el estudio si así lo desea, lo que no afecta el servicio o los tratamientos médicos que esté recibiendo o que pueda recibir en el futuro.

## RESULTADOS

Este estudio abordó los factores resultantes de las escalas de emociones y de sucesos de vida de la batería de evaluación antes descrita. La escala de emociones, como se menciona anteriormente, se clasificó en tres factores de acuerdo a los análisis psicométricos, los cuales se han detallado en estudios previos (Cantú, 2012; Cantú y Álvarez, 2013): 1) Emociones positivas: ilusión, confianza, esperanza, optimismo, seguridad, ánimo, alivio, alegría y tranquilidad; 2) Emociones negativas: sufrimiento, miedo, tristeza, desesperación, enojo, ansiedad, culpa, soledad y vergüenza, y 3) Resignación positiva: resignación y calma. De igual modo, en cuanto a la escala de sucesos vitales, se pudieron clasificar en dos factores, describiéndolos como: 1) Problemática en las relaciones familiares: divorcio, abandono, abuso sexual, ruptura

de la relación sentimental, discusiones fuertes con familiares que no viven en casa y discusiones fuertes con pareja o cónyuge, y 2) Problemática en las relaciones con amistades o compañeros de trabajo: discusiones o problemas con amistades y conflictos con jefes o compañeros de trabajo.

A continuación se hizo un ANOVA (Tabla 1) para comparar los factores según la cantidad de células CD4+ en el grupo de pacientes con sida. Se llevó a cabo la clasificación indicada líneas atrás.

**Tabla 1.** Análisis de varianza de acuerdo a variables de emociones y sucesos de vida respecto a la clasificación de niveles de células CD4+.

| Variable   | Suma de cuadrados | g.l. | Media cuadrática | F     | Sig.  |
|--|-------------------|------|------------------|-------|-------|
| Emociones positivas                                | 272.797           | 2    | 136.398          | 2.471 | .090  |
| Emociones negativas                                | 73.841            | 2    | 36.921           | .378  | .657  |
| Resignación positiva                               | 65.862            | 2    | 32.931           | 4.736 | .011* |
| Problemática familiar                              | 61.273            | 2    | 30.637           | 2.617 | .079  |
| Problemática con amistades o compañeros de trabajo | 12.892            | 2    | 6.446            | 3.641 | .030* |

\* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Por medio de estos análisis se hallaron diferencias significativas en cuanto a los grupos clasificados por la cantidad de células CD4+ en los pacientes con sida. Se encontraron diferencias significativas con valor de  $p < .05$  en cuanto a la resignación positiva y a la problemática en las relaciones interpersonales con amistades y compañeros de trabajo, teniendo menor resignación positiva el grupo de pacientes con menor conteo de células, lo que

se pudo corroborar con un análisis descriptivo y luego *post hoc*. Como se muestra en las Tablas 2 y 3, dicho grupo presentaba diferencias significativas con los otros dos. Por el contrario, quienes tuvieron mayor puntaje en cuanto a dificultades con amistades y compañeros de trabajo fueron los del tercer grupo de clasificación, con el conteo mayor de células CD4+, también contrastado con el *post hoc*.

**Tabla 2.** Estadísticas descriptivas en relación a las variables emociones y sucesos de vida respecto a los niveles de células CD4+.

| Grupo de clasificación CD4+ | Variable                | N  | Media | D.E. |
|-----------------------------|-------------------------|----|-------|------|
| < 200                       | Resignación positiva    | 21 | 10.90 | 3.28 |
|                             | Problemas con amistades | 20 | 3.10  | 1.41 |
| 200-499                     | Resignación positiva    | 51 | 12.80 | 2.45 |
|                             | Problemas con amistades | 50 | 2.42  | .95  |
| > 499                       | Resignación positiva    | 23 | 13.09 | 2.37 |
|                             | Problemas con amistades | 21 | 3.24  | 1.92 |

**Tabla 3.** Análisis *post hoc* en relación a los niveles de células CD4+.

| Variable  | (I) CD4+<br>recategorizada | (J) CD4+<br>recategorizada | Diferencia<br>de medias (I-J) | Error<br>típico | Sig. |
|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------|------|
| Problemática con amistades<br>o compañeros de trabajo | <200                       | 200-499                    | .680                          | .352            | .057 |
|   |                            | >499                       | -.138                         | .416            | .741 |
|   | 200-499                    | < 200                      | -.680                         | .352            | .057 |
|   |                            | > 499                      | -.818*                        | .346            | .020 |
|   | > 499                      | < 200                      | .138                          | .416            | .741 |
|   |                            | 200-499                    | .818*                         | .346            | .020 |
| Resignación positiva                                  | <200                       | 200-499                    | -1.899*                       | .684            | .007 |
|   |                            | > 499                      | -2.182*                       | .796            | .007 |
|   | 200-499                    | < 200                      | 1.899*                        | .684            | .007 |
|   |                            | > 499                      | -.283                         | .662            | .670 |
|   | >499                       | < 200                      | 2.182*                        | .796            | .007 |
|   |                            | 200-499                    | .283                          | .662            | .670 |

\* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

## DISCUSIÓN

A partir de los datos, se corroboró, al igual que en otros estudios y teorías relacionadas a la psicología social (Álvarez, 2002; Falvo, 1991; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Moscovici, 1998), que el suceso de enfermedad crónica se define, más allá de un mero proceso fisiológico, como un fenómeno psicosocial, esto es, como una vivencia que involucra diversos procesos psicológicos emocionales, comportamentales y representacionales dentro de un contexto social que se va modificando a la par del desarrollo de las mismas interacciones sociales en torno a la enfermedad crónica. En este caso, los procesos emocionales cambian de un estado inicial a uno avanzado, como se ha corroborado en otros estudios previos (Cantú, 2012; Cantú, Álvarez, Torres y Martínez, 2012).

En cuanto a sentir resignación positiva, una resignación asociada a emociones positivas, tales como tranquilidad y calma, la cual pudiera estar asociada a la aceptación general del diagnóstico de sida, se hallaron diferencias significativas en los grupos clasificados por la cantidad de células CD4+ y sus estados afectivos. Los que se encontraban en el estadio de menor conteo de células, o bien en el más grave (que entraña ya el cuadro clínico), tienen una menor resignación positiva, lo que coincide con otros estudios que han encon-

trado asociaciones entre esos conteos de células (< 200 CD4+) y estados afectivos negativos asociados a depresión o a menor calidad de vida (Burrack et al., 1993; Jia et al., 2007). Por el contrario, quienes obtuvieron el mayor puntaje en cuanto a dificultades con amistades y compañeros de trabajo fueron los del tercer grupo de clasificación, esto es, aquellos con el conteo mayor de células, lo que posiblemente esté asociado a los contextos en donde se desenvuelven los pacientes y al estigma negativo general hacia la enfermedad, independientemente del estado de salud o del desarrollo negativo de la enfermedad de la persona.

A manera de reflexión final, los datos resultantes de este estudio, que incluye evaluaciones e indicadores psicosociales (escalas de evaluación de emociones y sucesos vitales asociados a la enfermedad crónica) y fisiológicos (niveles de células CD4+) en personas que viven con sida, muestran que hay diferencias considerables en la vivencia de la enfermedad en relación a la etapa y nivel de gravedad. Lo anterior induce a dar prioridad a la intervención o a la asistencia psicológica en las diferentes etapas del padecimiento, ya en cuanto al impacto emocional y aceptación del mismo en una etapa inicial, y a las interacciones y al contexto social en general de la persona que vive dicha situación en una etapa avanzada.

## REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Bravo, M. y Serrano, I. (1997). La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buela-Casal, L. Fernández R. y T. J. Carrasco J. (Comps.): *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Burack, J.H., Barrett, D.C., Stall, R.D., Chesney, M.A., Ekstrand, M.L. y Coates, T.J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2568-2573.
- Cantú G., R. (2012). *Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: una evaluación psicosocial en cáncer, sida, diabetes e hipertensión*. Tesis no publicada de Doctorado. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cantú G., R. y Álvarez, J. (2013). Batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica: niveles de confiabilidad y estructura factorial. *Revista Electrónica de Medicina, Salud y Sociedad*, 4(1), 59-80. Disponible en línea: <http://www.medicinasaludsociedad.com>.
- Cantú G., R., Álvarez, J., Torres, E. y Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172.
- Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez A., L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carter, M. (2010). *CD4, carga viral y otras pruebas*. Londres: NAM. Disponible en línea: [http://www.aidsmap.com/v634436470-425970000/file/1004226/CD4\\_viral\\_load\\_booklet\\_SPA\\_v3\\_pdf.pdf](http://www.aidsmap.com/v634436470-425970000/file/1004226/CD4_viral_load_booklet_SPA_v3_pdf.pdf).
- Centers for Disease Control and Prevention (1993). *1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance: case definition for AIDS among adolescents and adults*. Atlanta, GA: Author. Disponible en línea: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). *HIV*. Atlanta, GA: Author. Disponible en línea: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/basic/index.htm>.
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (2010). *Laboratorio de Carga Viral*. México: Autor. Disponible en línea: [http://www.cenavece.salud.gob.mx/indre/interior/lab\\_carga\\_viral.html](http://www.cenavece.salud.gob.mx/indre/interior/lab_carga_viral.html).
- Chida, Y. y Vedhara, K. (2009). Adverse psychosocial factors predict poorer prognosis in HIV disease: A meta-analytic review of prospective investigations. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 434-445. doi: 10.1016/j.bbi.2009.01.013.
- Falvo, D.R. (1991). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Caithersburg, ML: Aspen Publishers, Inc.
- Fleishman, J.A., Sherbourne, C.D., Crystal, S., Collins, R.L., Marshall, G.N., Kelly, M., Bozzette, S.A., Shapiro, M.F. y Hays, R.D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-infected persons. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 421-453.
- Friedland, J., Renwick, R. y Mccoll, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 8(1), 15-32. doi: 10.1080/09540129650125966.
- Jenkins, S.R. y Guarnaccia, C.A. (2003). Concerns and coping with HIV: comparisons across groups. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 15(3), 409-421.
- Jia, H., Uphold, C.R., Zheng, Y., Wu, S., Chen, G.J., Findley, K. y Duncan, P.W. (2007). A further investigation of health-related quality of life over time among men with HIV infection in the HAART era. *Quality of Life Research*, 16, 961-968. doi: 10.1007/s11136-007-9214-4.
- Kadivar, H., Garvie, P.A., Sinnock, C., Heston, J.D. y Flynn, P.M. (2006). Psychosocial profile of HIV-infected adolescents in a Southern US urban cohort. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 18, 544-549. doi: 10.1080/13548500500228763.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. En S. Rachman (Ed.): *Medical psychology* (pp. 17-30). New York: Pergamon.
- Lyketsos, C.G., Hoover, D.R., Guccione, M., Senterfitt, W., Dew, M.A., Wesch, J., VanRaden, M.J., Treisman, G.J. y Morgenstern, H. (1993). Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. Multicenter AIDS Cohort Study. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2563-2567.
- Moscovici, S. (1998). Social consciousness and its history. *Culture and Psychology*, 4(3), 411-429.
- Moskowitz, J.T. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65, 620-626.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., Fletcher, M.A. y Schneiderman, N. (2008). Written emotional disclosure and processing of trauma are associated with protected health status and immunity in people living with HIV/AIDS. *British Journal of Health Psychology*, 13, 81-84. doi:10.1348/135910707X250884.
- Olley, B.O. y Bolajoko, A.J. (2008). Psychosocial determinants of HIV-related quality of life among HIV-positive military in Nigeria. *International Journal of STD & AIDS*, 19, 94-98.

- Ortiz C., R. (1992). Grupos de apoyo para hombres gay HIV seropositivos: un estudio de caso en Puerto Rico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 189-200.
- Remor, E., Ballester A., R., Espada S., J.P. y Gordillo M., V. (2008). La investigación e intervención psicológica en el ámbito de la infección por VIH en España: una revisión. En J. A. Piña L. y J.J. Sánchez-Sosa (Comps.): *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH*. México: Plaza y Valdés.
- Rivera, J. y Gallardo, C. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud: claves de un nuevo modelo socio-sanitario*. México: Plaza y Valdés.
- Secretaría de Salud (2000). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM- 010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana*. México: Autor. Disponible en línea: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html>.
- Shacham, E., Reece, M., Ong'or, W.O., Omollo, O., Monahan, P.O. y Ojwang, C. (2008). Characteristics of psychosocial support seeking during HIV-related treatment in Western Kenya. *AIDS, Patient Care and STD's*, 22(7), 595-601.
- Siegel, K. y Lekas, H. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*, 16(4), 69-76.
- Siegel, K. y Schrimshaw, E.W. (2007). The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women living with HIV/AIDS. *AIDS Behavior*, 11, 421-433. doi: 10.1007/s10461-006-9186-3.
- Sikkema, K.J., Kalichman, S.C., Hoffmann, R., Koob, J.J., Kelly, J.A. y Heckman, T.G. (2000). Coping strategies and emotional wellbeing among HIV-infected men and women experiencing AIDS-related bereavement. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 12(5), 613-624.
- Swaans, K., Broerse, J., Van Diepen, I., Saiomon, M., Gibson, D. y Bunders, J. (2008). Understanding diversity in impact and responses among HIV/AIDS-affected households: the case of Msinga, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 7(2), 167-178. doi: 10.2989/AJAR.2008.7.2.2.519.
- Turner-Cobb, J.M., Gore-Felton, Ch., Marouf, F., Koopman, Ch., Kim, P., Israelski, D. y Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 337-353.



# Análisis predictivo del bienestar emocional en pacientes con cáncer de mama

## *Predictive analysis of emotional wellbeing in breast cancer patients*

Sheila Pintado<sup>1</sup>

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue llevar a cabo un análisis predictivo del bienestar emocional de pacientes con cáncer de mama a partir de las variables más estudiadas en el ámbito de la psicooncología. La muestra de participantes consistió en 131 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, a las que se les aplicaron una entrevista clínica semiestructurada y las escalas HADS, BSI, RSES y FSFI como pruebas de evaluación. Los resultados mostraron una capacidad predictiva del modelo de 41% en el caso de la depresión y de 27.1% en el de la ansiedad. Además, se observó que las variables analizadas tenían un diferente valor predictivo. Como conclusión, la presente investigación aporta datos nuevos sobre el estudio del bienestar emocional en estas pacientes, mostrando datos y valores predictivos concretos de las variables más estudiadas en la literatura del campo.

**Palabras clave:** Cáncer de mama; Bienestar; Análisis predictivo; Ansiedad; Depresión.

### ABSTRACT

*Objective. The purpose of the present study was to conduct a predictive analysis of the emotional wellbeing of patients with breast cancer by addressing the variables more frequently studied in Psycho-Oncology. Method. A total of 131 women diagnosed with breast cancer completed a semi structured interview and the questionnaires HADS, BSI, RSES y FSFI. Results. Data analyses revealed 41% of predictive capacity of the model in the case of depression and 27.1% in the case of anxiety, with other variables differing in their capacity of prediction. These findings contribute new data about the emotional wellbeing in such patients, by showing data and predictive values of the most studied variables in the field's literature.*

**Key words:** Breast cancer; Well-being; Predictive analysis; Anxiety; Depression.

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigua Grecia y hasta la actualidad, numerosos autores se han interesado en la definición y estudio del bienestar emocional, coincidiendo en que el bienestar emocional es una evaluación global y positiva que el individuo hace de la vida, con afectos y emociones positivas y ausencia de negativas, como la ansiedad y la depresión (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Ellison y Smith, 1991; Fredrickson y Joiner, 2002).

El cáncer de mama es una enfermedad crónica que afecta ese bienestar emocional y el ajuste psicológico de las pacientes que lo padecen. El mero diagnóstico de cáncer supone una situación estresante, y el

---

<sup>1</sup> Universidad de las Américas Puebla, Ex Hacienda Sta. Catarina Mártir, 72820 San Andrés Cholula, Pue., México, correo electrónico: maria.pintado@udlap.mx. Artículo recibido el 31 de enero y aceptado el 30 de marzo de 2017.

posterior desarrollo de la enfermedad afecta los diversos ámbitos de la vida de una persona, como el personal, laboral, académico o social, lo que implica un considerable reajuste físico y psicológico ya que, además de tener que enfrentarse a la enfermedad y sus tratamientos, las mujeres deben adaptarse a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que eso conlleva (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Después del tratamiento –sea o no conservador–, la mujer suele manifestar respuestas de tipo depresivo, relacionadas ya con el temor a una recaída, ya con el tratamiento en sí. Los efectos secundarios (alopecia por la quimioterapia, quemaduras y acartonamiento de la piel por la radioterapia local, pérdida de la fertilidad y aparición de sintomatología menopáusica prematura) son otros de los factores que contribuyen a la posterior aparición de la depresión (Torrás et al., 2005).

Para Font (1994) hay dos formas de abordar la adaptación en pacientes con cáncer. La primera consiste en estudiar el ajuste emocional del paciente, entendido como un bajo nivel de ansiedad y depresión ante la enfermedad, que es como se ha evaluado habitualmente el bienestar emocional en pacientes con cáncer (Carver et al., 2005; Ganz et al., 2002; Hanson-Frost et al., 2000; Pintado, 2013; Pintado et al., 2011; Schover et al., 1995). La segunda forma es el tipo de estrategias que se utilizan ante la enfermedad, como el cumplimiento de la prescripción médica, la negación o aceptación de la enfermedad, y las expectativas de resultados y autoeficacia (Font, 1994).

Normalmente, se suele entender –y los estudios así lo avalan– que las pacientes con cáncer de mama tienen una mayor propensión a deprimirse y a experimentar ansiedad tras ser diagnosticada la enfermedad y después del tratamiento en virtud de la posible mutilación de la mama o de los efectos secundarios de la quimioterapia (Barreto y Pintado, 2011; Bellver, 2007; Janz et al., 2014; Olivares, Naranjo y Alvarado, 2007; Pintado y Barreto, 2011; Toledo, Ferrero y Barreto, 1994; Torrás et al., 2005; Zhao et al., 2001).

Existe una serie de variables que intervienen e influyen en el bienestar emocional. Habitualmente, se ha encontrado en las investigaciones específicas hechas al efecto que el bienestar emocional de las pacientes se ve disminuido o alterado

por la cirugía radical (Al Ghazal, Fallowfield y Blamey, 2000; Toledo et al., 1994) debido a una baja autoestima y a la distorsión de la imagen corporal (Al Ghazal et al., 2000; Avis, Crawford y Manuel, 2004; Berterö, 2002; Compas y Luecken, 2002; Fobair et al., 2006; Manos, Sebastián, Bueno, Mateos y De la Torre, 2005; Paterson, Lengacher, Donovan, Kip y Toftthagen, 2016; Petronis, Carver, Antoni y Weiss, 2003; Sebastián et al., 2007; Wong-Kim y Bloom, 2005; Yurek, Farrar y Andersen, 2000).

Además, se ha observado que las pacientes poco satisfechas con su relación de pareja o con alteraciones en su funcionamiento sexual muestran mayores niveles de ansiedad y depresión (Carver et al., 2005; Geue, Schmidt, Sender, Sauter y Friedrich, 2015; Fernández, De González y Múnera, 2002; Graziottin y Rovei, 2007; Poinso, Brédart, This, De La Rochefordière y Dolbeault, 2005; Wimberly, Carver, Laurenceau, Harris y Antoni, 2005; Wimberly, Carver y Antoni, 2008).

A partir de la literatura científica especializada al respecto, las preguntas planteadas en la presente investigación fueron las siguientes: ¿Pueden estas variables predecir el bienestar emocional de una muestra de mujeres con cáncer de mama? Si es así, ¿tienen el mismo valor predictivo todas esas variables?

Atendiendo tales preguntas de investigación, el objetivo de este estudio fue llevar a cabo un análisis predictivo del bienestar emocional de tales pacientes a partir de las variables más estudiadas en el ámbito de la psicooncología: la imagen corporal, el tipo de cirugía, la autoestima, la sexualidad y la satisfacción con la pareja.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra de participantes consistió en 131 mujeres de nacionalidad española, diagnosticadas con cáncer de mama, con una media de edad de 55.12 años (D.E. = 9.91). En 44.3% de los casos (n = 58) se había practicado mastectomía radical, y en 55.7% (n = 73) cirugía conservadora.

Los criterios de inclusión fueron que hubiese transcurrido al menos un año tras el tratamiento

adyuvante para que los efectos secundarios no influyeran al momento de la entrevista; no encontrarse en una fase avanzada de la enfermedad; tener la competencia necesaria para cumplimentar las pruebas, y aceptar y firmar un formato de consentimiento informado.

## Instrumentos

Para recabar los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

*Entrevista clínica semiestructurada*, mediante la cual se recogieron datos sociodemográficos y clínicos.

*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)* (Zigmond y Snaith, 1983).

Se trata de un cuestionario autoaplicado de catorce ítems para evaluar el bienestar emocional, integrado por dos subescalas de siete ítems: una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Se evalúa en una escala tipo Likert de cuatro puntos (rango 0-3) y presenta una fiabilidad de .81.

*Escala de Imagen Corporal (BSI)* (Hopwood, Fletcher, Lee y Al Ghazal, 2001).

Es una escala que consta de diez ítems con formato de respuesta en escala Likert de cuatro alternativas, con un rango de 0 (“nada”) a 3 (“mucho”). El subgrupo de cáncer de mama de la primera versión muestra una fiabilidad de .85.

*Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)* (Rosenberg, 1965).

Es una de las escalas más utilizadas en la evaluación global de la autoestima; consta de diez ítems y tiene una fiabilidad de .87.

*Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI)* (Rosen et al., 2000).

Se trata de un cuestionario autoadministrado en el que la paciente debe responder 19 cuestiones diferentes y seleccionar, en cada una de ellas, una de las seis respuestas posibles que mejor describa su situación durante las últimas cuatro semanas (0 indica que no ha habido actividad sexual; 1 indica el mayor deterioro funcional y 5 el menor). Tiene seis

subescalas: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, con una fiabilidad de .82.

La satisfacción con la pareja fue medida mediante el siguiente ítem: “¿En qué medida se siente satisfecha con su relación de pareja? (Nada: 0... Muchísimo: 10)”.

## Procedimiento

En primer lugar, se presentó el proyecto a un comité de ética siguiendo los estándares de la Declaración de Helsinki de 1964 acerca de la investigación en humanos, mismo que se aceptó.

Después, se reclutó a las pacientes de consulta externa de la Unidad de Oncología, adonde acudían a una revisión médica, a quienes se invitó a participar en la investigación. Una vez que aceptaban y firmaban el formato de consentimiento informado, se procedió a la recogida de datos, la cual consistió en el pase de pruebas en un único momento de evaluación.

Los datos obtenidos se codificaron en una base de datos y luego se analizaron mediante el programa estadístico SPSS, versión 17.

## RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple utilizando como variables dependientes la depresión y la ansiedad, siendo las variables independientes el tipo de cirugía, la satisfacción con la pareja, la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad.

### Análisis predictivo de la depresión a partir de las variables analizadas

El modelo predictivo de la depresión obtuvo  $p < .001$ , lo que indica que fue significativo.

La capacidad predictiva del modelo, valorada mediante el R cuadrado corregido, fue de .410. Esto significa que el modelo predice 41% de la depresión a partir de las siguientes variables ordenadas en función de su importancia en la predicción, y teniendo en cuenta el estadístico beta: autoestima, satisfacción con la relación de pareja, imagen corporal, funcionamiento sexual y tipo de cirugía. Tales resultados se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Predicción diferencial de la depresión.

| Variable                     | Coeficiente no estandarizado |              | Coeficiente tipificado beta | t      | Sig. |
|------------------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------|--------|------|
|                              | B                            | Error típico |                             |        |      |
| (Constante)                  | 18.798                       | 2.222        |                             | 8.461  | .000 |
| Autoestima                   | -.288                        | .059         | -.402                       | -4.903 | .000 |
| Imagen corporal              | .100                         | .045         | .201                        | 2.229  | .028 |
| Sexualidad                   | -.067                        | .033         | -.185                       | -2.074 | .041 |
| Satisfacción con la relación | -.409                        | .152         | -.236                       | -2.696 | .008 |
| Cirugía                      | -.779                        | .737         | -.094                       | -1.058 | .293 |

Como se puede observar, las variables más significativas en el caso de la depresión fueron, de mayor a menor, la autoestima ( $p < .01$ ), la satisfacción con la relación de pareja ( $p < .01$ ), la imagen corporal ( $p < .05$ ) y el funcionamiento sexual ( $p < .05$ ). El tipo de cirugía en este estudio no resulta ser significativo para predecir depresión ( $p > .05$ ).

### **Análisis predictivo de la ansiedad a partir de las variables analizadas**

El modelo predictivo de la ansiedad fue significativo ( $p < .001$ ) y la capacidad predictiva del mo-

delo, evaluada mediante el R cuadrado corregido, fue de .271; lo que indica que el modelo predice 27.1% de la ansiedad a partir de las siguientes variables ordenadas en función de su importancia en la predicción: autoestima, satisfacción con la relación, tipo de cirugía, imagen corporal y funcionamiento sexual (Tabla 2).

Sin embargo, es posible observar que las variables más significativas para predecir la ansiedad fueron la autoestima ( $p < .01$ ) y la satisfacción con la relación de pareja ( $p < .01$ ). En este caso, la imagen corporal, la sexualidad y el tipo de cirugía no resultaron ser significativos ( $p > .05$ ).

**Tabla 2.** Predicción diferencial de la ansiedad.

| Variable                     | Coeficiente no estandarizado |              | Coeficiente tipificado beta | t      | Sig. |
|------------------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------|--------|------|
|                              | B                            | Error típico |                             |        |      |
| (Constante)                  | 23.749                       | 2.719        |                             | 8.734  | .000 |
| Autoestima                   | -.313                        | .072         | -.397                       | -4.349 | .000 |
| Imagen corporal              | .063                         | .055         | .115                        | 1.146  | .255 |
| Sexualidad                   | -.009                        | .040         | -.022                       | -.226  | .822 |
| Satisfacción con la relación | -.484                        | .186         | -.254                       | -2.607 | .011 |
| Cirugía                      | -1.285                       | .901         | -.141                       | -1.426 | .157 |

## **DISCUSIÓN**

El cáncer de mama afecta la calidad de vida y el bienestar emocional de las mujeres que lo sufren; como se ha comprobado en la literatura científica, los síntomas más prevalentes son la depresión y la ansiedad.

El bienestar emocional está influido por múltiples factores, y los más estudiados han sido los relacionados con el tipo de cirugía, la autoestima, la imagen corporal, las disfunciones en el ámbito sexual y la satisfacción con la pareja (Al Ghazal et al., 2000; Avis et al., 2004; Berterö, 2002; Carver et al., 2005; Compas y Luecken, 2002; Fernández

et al., Fobair et al., 2006; Geue et al., 2015; Graziottin y Rovei, 2007; Manos et al., 2005; Petronis et al., 2003; Poinot et al., 2005; Sebastián et al., 2007; Toledo et al., 1994; Wimberly et al., 2005; Wimberly et al., 2008; Wong-Kim y Bloom, 2005; Yurek et al., 2000).

El presente estudio ha permitido dar un paso más allá en el análisis del bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama al reportar el efecto predictivo de estas variables y el peso que tiene cada una de ellas.

En efecto, mediante el análisis de las variables mencionadas anteriormente se obtuvo un modelo que predice 41% de la depresión y 27.1% de la ansiedad.

Estos resultados arrojan nueva información sobre el estudio del bienestar emocional; si bien en muchas investigaciones se le ha estudiado de manera global, sin separar los síntomas de ansiedad de los de depresión, en el presente estudio se insiste en la necesidad de una mayor especificidad y en atender la sintomatología particular.

En cuanto al peso predictivo de las variables, se observa que la autoestima, seguida de la satisfacción con la relación de pareja, son las variables que tuvieron la mayor capacidad predictiva, tanto en el caso de la depresión como en el de la ansiedad.

En la depresión, las alteraciones en la imagen corporal y el funcionamiento sexual desempeñan un importante papel; sin embargo, en la ansiedad este papel es secundario. El tipo de cirugía, en ambos casos, es la variable que menos relación guarda con la depresión, al contrario de lo que muchos autores han hallado mediante el análisis correlacional (Al Ghazal et al., 2000; Toledo et al., 1994).

En la ansiedad, además, los resultados obtenidos en el análisis predictivo de este estudio no concuerdan con los resultados de otros autores, en los que sí se encontraron correlaciones significativas entre esta variable y las distorsiones en la imagen corporal y el funcionamiento sexual (Fobair et al., 2006; Paterson et al., 2016; Wimberly et al., 2005; Yurek et al., 2000).

Algunas de las limitaciones de este estudio son, por una parte, que no se tuvo en cuenta la edad de las participantes ni el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Como se ha visto en otras investigaciones, las mujeres más jóvenes muestran más y más graves alteraciones en su autoestima e imagen corporal, lo que puede afectar en mayor medida su bienestar emocional. Además, en algunos estudios se ha encontrado que al comienzo de la enfermedad son más comunes los síntomas ansiosos, apareciendo más síntomas depresivos conforme la misma avanza.

Por otra parte, aunque la mayoría de los estudios analiza las variables propuestas en este trabajo, hay otros factores asociados que podrían estar interviniendo, como el apoyo social percibido, la información sobre la enfermedad y su pronóstico, y otros estresores que están presentes en la vida de las pacientes simultáneamente con la enfermedad.

En conclusión, el presente estudio aporta datos nuevos sobre el bienestar emocional en las pacientes con cáncer de mama al mostrar datos y valores predictivos concretos de las variables más estudiadas en la literatura. Pese a ello, es necesario no limitar los esfuerzos y continuar analizando y evaluando otras variables para aumentar la capacidad predictiva del modelo propuesto.

## REFERENCIAS

- Al-Ghazal, S., Fallowfield, L. y Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36, 1938-1943.
- Avis, N., Crawford, S. y Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 13, 295-308.
- Barreto, P. y Pintado, S. (2011). Imagen corporal y cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 24(2), 54-59.
- Bellver, A (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 133-142.
- Berterö, C. (2002). Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL. *Psycho-oncology*, 11, 356-364.

- Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S. y Derhagopian, R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology, 24*(5), 508-516.
- Compas, B. y Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science, 11*(3), 111-114.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302.
- Ellison, C.W. y Smith, J. (1991). Toward an integrative measure of health and well-being. *Journal of Psychology & Theology* (Special issue), *19*(1), 35-48.
- Fernández, M.S., De González, M.O. y Múnera, A.M. (2002). La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 53*(2), 179-183.
- Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. y Bloom, J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology, 15*, 579-594.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología, 61*, 41-50.
- Fredrickson, B.L. y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science, 13*(2), 172-175.
- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B., Rowland, J., Meyerowitz, B. y Belin, T. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute, 94*(1), 39-49.
- Geue, K., Schmidt, R., Sender, A., Sauter, S. y Friedrich, M. (2015). Sexuality and romantic relationships in young adult cancer survivors: satisfaction and supportive care needs. *Psycho-oncology, 24*(11), 1368-1376.
- Graziottin, A. y Rovei, V. (2007). Sexuality after breast cancer. *Sexologies, 16*, 292-298.
- Hanson-Frost, M., Suman, V., Rumns, T., Dose, A., Taylor, M., Novotny, P., Johnson, R. y Evans, R. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-oncology, 9*(2), 221-231.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. y Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer, 37*, 189-197.
- Janz, N.K., Friese, C.R., Li, Y., Graff, J.J., Hamilton, A.S. y Hawley, S.T. (2014). Emotional well-being years post-treatment for breast cancer: prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. *Journal of Cancer Survivorship, 8*(1), 131-142.
- Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M.J., Mateos, N. y De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología, 2*(1), 103-116.
- Olivares, G., Naranjo, M.E. y Alvarado, S. (2007). Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *Gamo, 6*(4), 87-90.
- Paterson, C.L., Lengacher, C.A., Donovan, K.A., Kip, K.E. y Tofthagen, C.S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer Nursing, 39*(1), 39-58.
- Petronis, V., Carver, C., Antoni, M. y Weiss, S. (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: partial replication and extension. *Psychology & Health, 18*(1), 1-13.
- Pintado, S. (2013). Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología, 10*(1), 199-200.
- Pintado, S. y Barreto, P. (2011). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria, 24*(4), 130-140.
- Pintado, S., De la Torre, O., Blasco, K., Alonso, L., Diego, R., Muntó, E. et al. (2011). Bienestar emocional y autoestima en mujeres con cáncer de mama. *Memorias de la 1 Jornada de Innovación en la Investigación*, Valencia (España), 7-9 de marzo.
- Poinsot, R., Brédart, A., This, P., De La Rochefordière, A. y Dolbeault, S. (2005). The impact of hormone treatment on the quality of life and sexuality of breast cancer patients. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie, 3*, 161-169.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*, 191-208.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schover, L., Yetman, L., Tuason, L., Meiser, E., Esselsfym, C., Hermann, R., Grundfest-Broniatowski, S. y Dowden, R. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer, 75*(1), 54-64.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud, 18*(2), 137-161.
- Toledo, M., Ferrero, J. y Barreto, M.P. (1994). Aspectos psicológicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática, 28*, 82- 90.

- Torras, M.T., Pedregosa, M., Català, M., Paredes, E., García, A., Masgrau, X., Roig, I. y Modéjar, A. (2005). Depresión y cáncer de mama, ¿hay alguna relación entre ellos? *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 73, 20-23.
- Wimberly, S., Carver, C. y Antoni, M. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology & Health*, 23(1), 57-72.
- Wimberly, S., Carver, C., Laurenceau, J.P., Harris, S.D. y Antoni, M. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 300-311.
- Wong-Kim, E. y Bloom, J. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-oncology*, 14, 564-573.
- Yurek, D., Farrar, W. y Andersen, B. (2000). Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 697-709.
- Zhao, W., Whu, J., Zhu, M., Fam, S., Si, S. y Lian, H. (2001). Depression, anxiety and coping style in patients with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 286-289.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Depression and Anxiety Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.



# Violencia mutua en el noviazgo: perfil psicosocial víctima-victimario en universitarios

## *Mutual dating violence: Psychosocial victim-victimizer profiles in university students*

*Manoella Alegría del Ángel y Adriana Rodríguez Barraza<sup>1</sup>*

### RESUMEN

La violencia en el noviazgo es un fenómeno que puede seguir un patrón bidireccional; sin embargo, generalmente el hombre es designado como victimario y a la mujer como víctima, sin considerar la posibilidad de que ambos pueden desempeñar ambos roles. El objetivo del presente estudio fue determinar el perfil psicosocial víctima-victimario en universitarios que muestran violencia mutua en el noviazgo. Para ello, se utilizó el método cualitativo, entrevistándose a 22 estudiantes. Mediante el análisis de discurso, se encontraron factores individuales, relacionales, familiares y socioculturales como parte del perfil de los jóvenes con violencia mutua. Se concluye que la violencia es aprendida y que existe una ruptura de los roles tradicionales que no es completamente positiva.

**Palabras clave:** Violencia mutua, Noviazgo, Estudiantes universitarios; Perfil víctima-victimario.

### ABSTRACT

*Although dating violence is a phenomenon that can follow a bidirectional model, the man is generally designated as the victimizer and the woman as the victim. This assumption does not consider the possibility that both parts of the dyad may play a dual role. Objective. The purpose of the present study was to determine the psychosocial victim-victimizer profile in university students showing mutual violence in dating. Method. Qualitative methods and analyses were used on in-depth interviews from 22 students. Results. Through a discourse analysis technique, individual, relational, family, and sociocultural factors were identified as part of profiles of young people engaging in mutual violence. It is concluded that violence is learned, pointing in the direction of a breakdown of traditional roles that is not entirely positive.*

**Key words:** Mutual violence; Dating; University students; Victim-victimizer profile.

## INTRODUCCIÓN

**E**n la última década, los estudios sobre la violencia en el noviazgo han revelado que este fenómeno es más común de lo que se pensaba (Rey, 2009). Cualquier joven puede ejercerla como producto de lo que ha aprendido a lo largo de su vida, lo que hace que en tal relación ocurran actos violentos; una vez trasgredidos los límites relacionados con el respeto hacia la otra persona, su empleo como una herramienta de control se hace cada vez más habitual (Blázquez y Moreno, 2010; Corral, 2009).

---

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, correos electrónicos: maalegría@uv.mx y adriarodriguez@uv.mx. Artículo recibido el 6 de julio y aceptado el 26 de septiembre de 2016.

Es importante señalar que ni hombres ni mujeres se vuelven violentos súbitamente, lo cual ha significado un verdadero reto conceptual y metodológico porque, dependiendo de la perspectiva teórica o ideológica adoptada para su explicación, prevalecerán los factores individuales, estructurales o culturales (Rojas, 2011), sin olvidar que en la mayoría de los casos se considera al hombre como victimario y a la mujer como víctima, lo que alude a la fuerza o debilidad que se han adjudicado a cada uno de los sexos (Fajardo, Fernández y Escobar, 2002).

Aunque el estudio de la violencia en las parejas se ha centrado históricamente en la mujer, hoy día el ejercicio de la misma entre los sexos está disminuyendo en las parejas de novios, o incluso invirtiéndose (Peña et al., 2013). Si bien la sociedad actual tiene sus raíces en el sistema patriarcal, existe un despertar femenino que supone un cambio, de manera que los estereotipos tradicionales de hombre y mujer han perdido su carácter de referentes únicos en la construcción de las identidades, así como en la percepción y vivencia de lo femenino y lo masculino como consecuencia de los cambios sociales, económicos y culturales (Rojas, 2011).

Por lo anterior, el estudio de la violencia en las relaciones de noviazgo ha adquirido especial relevancia. En primer lugar, se ha encontrado que la violencia previa al matrimonio aumenta la probabilidad de que se repita a lo largo del primer año y medio de convivencia; en segundo lugar, dicho estudio puede ayudar a la comprensión general del fenómeno en las relaciones íntimas, y en tercer lugar, su conocimiento puede ayudar a planear y fomentar su prevención (Peña et al., 2013). Ahí radica la importancia de continuar investigando dicho fenómeno.

### **Violencia mutua**

La violencia es un fenómeno que no toma una forma determinada; de hecho, hay condiciones en la pareja que siguen un patrón unidireccional, y hay otras en que la pauta adquiere una forma simétrica (Ibaceta, 2011); es decir, tanto hombres como mujeres son susceptibles de recibir o de ejercer violencia en su relación de noviazgo. De eso se trata la violencia mutua (Giordano, Soto, Manning y

Longmore, 2010; Johnson, 2006; O'Leary, Smith, Avery-Leaf y Cascardi, 2008; Salazar y Vinet, 2011).

Hay diversas investigaciones (Celis y Rojas, 2015; Chiodo et al., 2011; Comezaña, 2006; Corral, 2009; Cuenca, 2013; Fernández-González, 2013; Fernández-Fuertes y Fuertes, 2010; Giordano et al., 2010; González, Muñoz y Graña, 2003; Hernández, 2015; Leal, Reinoso, Rojas y Romero, 2011; Medeiros y Straus, 2006; Moral y López, 2014; O'Leary et al., 2008; Pacheco y Castañeda, 2013; Pantelides y Manzelli, 2005; Valdivia y González, 2014) que demuestran la existencia de esta forma de violencia en las parejas jóvenes.

Las parejas de novios con personas casadas y aquellas que cohabitan se diferencian entre sí en que en las segundas hay menos violencia mutua (Straus, 2006). En el mismo estudio se analizó el dominio que se ejerce en la pareja. Tanzania, Rusia, Irán, Taiwán y China continental fueron los países con mayor dominación masculina; por el contrario, Suecia, Holanda, Canadá, Suiza y Malta obtuvieron los puntajes más bajos en tal dominación, ya que han promovido la igualdad de género y gozan de un mayor desarrollo económico y modernidad, lo cual se relaciona con la disminución de la estructura tradicional. En suma, las puntuaciones en la escala de dominancia fueron mayores en las mujeres que en los hombres en 24 de 32 países comparados.

Finalmente, el dominio —ya sea por parte de la pareja masculina o la femenina— está fuertemente asociado con una mayor probabilidad de que ambos miembros sean violentos, si bien el dominio femenino está todavía más relacionado con la violencia que el masculino (Straus, 2006).

### **Factores de la violencia**

Existen distintas variables implicadas en la violencia, y más concretamente con el riesgo de que se repita un determinado hecho violento (Loinaz, Irureta y Doménech, 2010; Pueyo, 2009). En la actualidad, se identifican varios factores de riesgo de violencia en el noviazgo que se centran fundamentalmente en factores biográficos y personales (variables demográficas, históricas y clínicas), factores interpersonales (familiares) y socio-culturales (contextuales y ecológicas) (Sebastián et

al., 2010). Según Rubio, Carrasco, Amor y López (2015), tales factores, para simplificar su estudio, se pueden englobar en dos grandes categorías: factores (inter)personales (de tipo biológico, conductual, psicológico y relacional) y factores situacionales (relacionados con el entorno físico, histórico, familiar, económico, social y comunitario).

Para Póo y Vizcarra (2008), los factores que favorecen la violencia pueden ser individuales, relacionales, familiares o socioculturales:

*a)* Entre los individuales pueden enlistarse la autoestima disminuida, inmadurez, inadecuada modulación de emociones, celos y carencias afectivas, miedo, justificación de la violencia, interiorización de los valores y roles tradicionales, estrés y rasgos antisociales, así como otros rasgos patológicos, como impulsividad, paranoia, inseguridad y personalidad depresiva, historia de abuso sexual y, en menor medida, consumo de drogas y alcohol (cf. Botero et al., 2016; Dasgupta, 2002; Heredia, González y González, 2013; López, 2004; Leen et al., 2013; Medeiros y Straus, 2006; Pastor, Reig, Fontoba y García, 2011; Póo y Vizcarra, 2008; Saldivia, 2011).

*b)* Los relacionales incluyen el surgimiento y mantenimiento de la violencia, tiempo de la relación, conflictos de pareja, problemas de comunicación, falta de respeto, infidelidad y diferencias de poder y rol que desempeña el grupo de pares; también el rol victimizado de la mujer en una situación ganancial que adopta ésta en la relación violenta y la falta de redes de apoyo (cf. Haglund, Belknap y Garcia, 2012; Leen et al., 2013; Medeiros y Straus, 2006; Póo y Vizcarra, 2008; Saldivia, 2011; Valdivia y González, 2014).

*c)* Los familiares se refieren a las estrategias violentas para resolver problemas, la violencia observada entre los padres (insultos, críticas y humillaciones entre ellos) y la observación de conducta controladora, la violencia de los padres hacia los hijos (castigos corporales, críticas, humillaciones y palabras hirientes) (cf. Dasgupta, 2002; Gámez, Straus y Hershberger, 2010; Haglund et al., 2012; Póo y Vizcarra, 2008; Villafañe, Jiménez, Carrasquillo y Vázquez, 2012).

*d)* Entre los socioculturales se incluyen las condiciones del entorno que facilitan la expresión de conductas violentas, las expectativas que la comunidad tiene sobre el comportamiento de la po-

blación universitaria, los valores y actitudes, las normas que dan por sentado el control de los hombres sobre las mujeres, la aceptación de la violencia como vía de resolución de conflictos, la noción de la masculinidad unida al dominio, el honor y los roles de género rígidos (cf. Dasgupta, 2002; Póo y Vizcarra, 2008; Saldivia, 2011).

En el estudio realizado por Pasos, Oliva y Hernando (2014), el sexismo, la escasa tolerancia a la frustración y la existencia de problemas externos fueron los factores relacionados con la práctica de comportamientos violentos en las relaciones de pareja.

### Perfil psicosocial víctima-victimario

Hay una importante cantidad de motivos, razones y tipos de conflictos que están relacionados con la violencia (Pueyo, 2009); se han hecho análisis de aquellos asociados a la perpetración y la victimización por separado, en los que las dicotomías mujer-víctima y hombre-victimario siguen imperando en una realidad social donde ya no tienen cabida, al menos en el caso de las parejas jóvenes. Es importante enfatizar que es poco lo que se sabe acerca de los factores de riesgo que diferencian los perfiles de la violencia en el noviazgo para solo la víctima, solo el victimario o el perfil mutuamente violento, pues los factores que predicen la perpetración de la violencia no son necesariamente los mismos factores que predicen la victimización (Chiodo et al., 2011).

Los estudios que profundizan acerca del perfil de la víctima generalmente apuntan a mujeres con un promedio de edad de 30 años, casadas o que cohabitan con su pareja, que acatan los roles tradicionales de género, de nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, con estudios básicos, desempleadas o con empleos escasamente remunerados, con pocas redes de apoyo, aisladas socialmente y que además sufren estrés postraumático o depresión (Echeburúa, Fernández y Corral, 2008, 2009; Fajardo et al., 2002; Sanz, Rey y Otero, 2014; Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007). Por otra parte, en los resultados de una investigación de González y Fernández (2014) en hombres víctimas de la violencia se identificaron variables como la condición migratoria y el haber padecido violencia en la infancia como las más significati-

vas, pero también la edad, la educación y el hecho de desarrollar o no una actividad laboral. Cuenca y Graña (2016) confirman que los síntomas de hostilidad, los rasgos de personalidad impulsiva, el límite antisocial, el consumo de alcohol y la experiencia de victimización tiene un mayor impacto en hombres y mujeres de 18 a 29 años.

Diversas investigaciones (Amor, Echeburúa y Loinaz, 2009; Echeburúa et al., 2008; Foshee et al., 2008; Giordano et al., 2010; JaenCortés, Rivera, Amorín y Rivera, 2015; Loinaz y Echeburúa, 2010; López, 2004; Rivera, Allen, Rodríguez, Chávez y Lazcano, 2007) describen el perfil del victimario, considerando exclusivamente varones, casados o que cohabitan, mayores que sus víctimas, quienes suelen ser dominantes y controladores, celosos o posesivos y con características antisociales y estereotipos de género muy marcados, que tienen una imagen muy negativa de sí mismos y que tienden a recurrir con más frecuencia al consumo de drogas; con frecuencia pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, aunque también a clases sociales más altas, y con historial de violencia; además, son impulsivos y carecen de empatía.

Por otro lado, dado que las posiciones de víctima y victimario tienen un manifiesto carácter relacional, las mujeres son capaces de asumir conductas violentas, reformulándose en consecuencia un desequilibrio del poder (Ferrer, 2009). En este sentido, Rubio et al. (2015) afirman que las variables asociadas tanto a la agresión cometida como a la sufrida son, a saber: actitudes favorables a la violencia, actitudes negativas sobre la mujer, alteraciones psicopatológicas y de la personalidad, antecedentes de violencia de pareja, autoestima baja, conductas sexuales de riesgo, déficit en habilidades de comunicación y solución de problemas, estereotipos de género, ideación y conductas suicidas, problemas escolares y bajo rendimiento académico, violencia intrafamiliar, influencia de personas violentas con sus parejas, apoyo social escaso, hábitos de crianza disfuncionales y estrés psicosocial.

Asimismo, los resultados de un estudio de Chiodo et al. (2011) indican que la perpetración de la delincuencia, el rechazo de los padres y el acoso sexual son factores característicos de las mujeres con violencia mutua, en comparación con el grupo no violento. Las mujeres mutuamente

violentas obtuvieron calificaciones más bajas y mostraron pobre autoeficacia y una menor participación en la comunidad y la escuela, y asimismo tasas más altas de agresión entre pares, menos propensión a usar condones y más a haber considerado el suicidio.

Como se ha visto, la violencia mutua en las relaciones de noviazgo es más común de lo que se había pensado; de hecho, la violencia de pareja puede ser ejercida y recibida por ambos sexos. A pesar de que existe evidencia acerca de la mutualidad de las conductas violentas en la población universitaria (Celis y Rojas, 2015; Chiodo et al., 2011; Comezaña, 2006; Corral, 2009; Cuenca, 2013; Fernández, 2013; Fernández-Fuertes y Fuertes, 2010; Giordano et al., 2010; González et al., 2003; Hernández, 2015; Leal et al., 2011; Medeiros y Straus, 2006; Moral y López, 2014; O'Leary et al., 2008; Pacheco y Castañeda, 2013; Pantelides y Manzelli, 2005; Valdivia y González, 2014), no se ha profundizado en la caracterización de un perfil que haga referencia a tal dinámica de pareja. Por tal motivo, la finalidad del presente estudio fue llevar a cabo una exploración de las variables y factores propios de los jóvenes universitarios que reciben o ejercen violencia en el noviazgo, y determinar el perfil psicosocial víctima-victimario en los noviazgos con violencia mutua.

## MÉTODO

La presente investigación utilizó una metodología cualitativa y un enfoque exploratorio, descriptivo y transversal. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2008), es exploratoria porque el perfil de los jóvenes que muestran violencia mutua en el noviazgo es un tema poco estudiado; es descriptiva debido a que busca especificar las características de los participantes para poder describirlos, y es transversal porque se miden las características de los participantes en un momento dado (cf. Pavón y Gogeoascoechea, 2010).

### Participantes

La muestra fue no probabilística y de tipo discrecional, pues la selección se hizo de acuerdo a los

siguientes criterios de inclusión: ser estudiante universitario matriculado, tener un noviazgo de por lo menos un año y exhibir violencia mutua en la relación, criterios cuyo cumplimiento se confirmó mediante un cuestionario de datos generales. La muestra estuvo constituida por 22 estudiantes (diez hombres y doce mujeres) del área de Humanidades de la Universidad Veracruzana, en Xalapa (México), con edades de entre 18 y 24 años y promedio de edad de 20.75 años (D.E. = 1.49) y una duración del noviazgo de entre uno y cuatro años. La participación de los jóvenes fue voluntaria y sus datos tratados confidencialmente.

### Recolección de datos

Previamente, se usó la versión revisada de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS-2) (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) para comprobar la violencia mutua en el noviazgo de los participantes, uno de los criterios de inclusión.

También se utilizó la entrevista semiestructurada basada en una guía de preguntas, en la que el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (Hernández et al., 2008). En el presente estudio, dicha técnica se usó con la finalidad de indagar sobre los factores que formaran parte del perfil de los jóvenes con violencia mutua en su relación. Dicha entrevista incluyó una ficha de datos generales y una guía de trece preguntas abiertas divididas en las siguientes áreas temáticas: factores individuales, familiares, relacionales y socioculturales de la violencia mutua.

### Procedimiento

De acuerdo al código de conducta de la American Psychological Association (2010) y al código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2009), se obtuvo la autorización institucional por escrito del director del Área de Humanidades y de la administración de la ex Unidad de Humanidades de la mencionada universidad. Se abordó a los universitarios de forma individual, a quienes se informó acerca de la investigación, su propósito y forma de participación por medio de sus respuestas a un cuestionario y a una entrevista; se les dijo además que la información obtenida

sería presentada como un conjunto de datos con un mero carácter informativo, asegurándoles asimismo su completo anonimato.

A los jóvenes que consintieron participar se les aplicó la CTS-2 con la finalidad de comprobar la mutualidad de las conductas violentas en sus relaciones de noviazgo. A quienes cumplieron con los criterios de inclusión arriba señalados se les contactó vía correo electrónico (que ellos mismos proporcionaron de manera voluntaria para establecer dicho contacto) a fin de invitarlos a contestar las preguntas.

Posteriormente, quienes aceptaron ser entrevistados fueron citados en las instalaciones universitarias en diferentes espacios y horarios, y se les aplicó el cuestionario de datos generales, reiterándoles que los datos obtenidos serían manejados en forma anónima y confidencial. Enseguida se procedió a hacer las entrevistas de manera individual, de las cuales se tomaron notas para el registro de la información obtenida. Al finalizar cada entrevista se les preguntó si deseaban agregar algo más y se les agradeció su participación. Finalmente, las respuestas obtenidas en las entrevistas fueron ordenadas y transcritas en procesador Word, versión 2013.

### Análisis de datos

Se llevó a cabo el análisis del discurso a partir del proceso de etiquetamiento-desagregación-reagregación propuesto por Sayago (2007, 2014). Para ello, se seleccionaron las categorías conceptuales referentes a los factores individuales, relacionales, familiares y socioculturales de la violencia mutua, de acuerdo al conocimiento previo y a la teoría. Luego, por cada unidad de análisis se procedió a la codificación, consistente en el etiquetamiento y la desagregación de los pasajes textuales según la categoría buscada. Los fragmentos extraídos de cada entrevista fueron reagrupados en una tabla, lo que facilitó la etiquetación e identificación de subcategorías.

El análisis se hizo en tres niveles interrelacionados: el textual (el contenido, aquello que está en la superficie), el discursivo (la relación entre texto y contexto) y el macrosocial (la interpretación, explicación y vinculación de los análisis con la estructura social) (Sayago, 2007).

## RESULTADOS

Se encontraron factores individuales (como la concepción que tenían de la violencia, el historial de violencia en relaciones de pareja anteriores, el consumo de drogas y los celos); familiares (como los antecedentes de violencia familiar entre padres, entre hermanos y de padres a hijos); relacionales (como la violencia entre pares, el manejo de conflictos, la violencia mutua en la relación actual y los motivos de la violencia ejercida o recibida), y socioculturales (como los roles de género, la naturalización y la invisibilización) que conforman el perfil de los jóvenes universitarios con violencia mutua en su noviazgo. Todos estos aspectos contribuyen al origen y mantenimiento de la bidireccionalidad de los actos violentos.

### Factores individuales

Los participantes tenían una concepción de la violencia acertada pero muy general, denotando que habían tenido un acercamiento a la información respectiva o se basaban en su propia experiencia; sin embargo, dicha información tendió a ser escasa pues restaban importancia a la violencia sexual como una forma de agresión que suele ocurrir en las parejas de novios. Así, concibieron la violencia como todo abuso, agresión o daño hacia otra persona, de forma física, psicológica o sexual: “Es cualquier maltrato físico, psicológico o sexual que dañe o atente contra la integridad de una persona (P7M21<sup>2</sup>)”, omitiendo las diferentes manifestaciones de la violencia y haciendo énfasis principalmente en la violencia física, sin obviar la psicológica, pero reconociendo esta última como la más dañina para la persona: “Muchos podrán decir que las agresiones físicas, y estoy de acuerdo, pero para mí serían las palabras; muchas veces se dicen cosas que duelen más que un golpe. Considero que la violencia psicológica es la peor” (P3H22).

Con respecto a la propia experiencia, los participantes tenían un historial de violencia psicológica, física y sexual en sus relaciones de pareja desde la adolescencia, y mostraban ciertas diferencias de género en cuanto a las expresiones

violentas. Las mujeres solo sufrieron la primera forma de violencia, la psicológica, a través de celos, críticas y manipulación por parte de alguna de sus exparejas: “Mmm..., sí, psicológica: críticas hacia mi forma de vestir y celos” (P9M22). En cambio, los hombres, además de señalar la violencia psicológica (“Quería que estuviera con ella y no dejaba que tuviera amigos cuando llegué a Xalapa”[P6H21]), también advirtieron la física y la sexual: “Cachetadas, empujones, manipulaciones, celos, amenazas...; en la prepa una novia me quería obligar a prácticas sexuales sin mi consentimiento; me acosaba” (P7H22), por lo que muy al contrario de lo que se piensa, las mujeres también ejercen violencia sexual y física hacia sus parejas.

Uno de los factores de riesgo asociados a la violencia es el consumo de alcohol y otras drogas. Aunque en este estudio se indagó acerca de ello, los jóvenes no encontraron ninguna relación con la violencia y sólo indicaron haber probado por lo menos alguna vez el alcohol, el tabaco y la marihuana en ambientes sociales, como reuniones o fiestas con amigos; por otra parte, les costaba trabajo considerar el alcohol y el tabaco como drogas, posiblemente debido a su carácter lícito: “Podría decir que el alcohol es mi droga. Bebo dos veces por semana con los amigos, el tabaco lo consumo muy rara vez y las drogas nunca han sido de mi interés” (P3H22). Esto último refleja que los jóvenes no están conscientes de los riesgos que conlleva el uso y consumo de drogas, sean lícitas o no, pues aunque por el momento no estaban repercutiendo en su salud ni en sus relaciones de pareja, no estaban exentos de sus riesgos, sobre todo si el consumo fuera más frecuente.

Otro aspecto de suma importancia que surgió de las entrevistas fueron los celos —respecto tanto a las relaciones anteriores como a la actual—, como las prohibiciones a la pareja de relacionarse con ciertas personas, incluso con amistades de su mismo sexo. Aunque los jóvenes se reconocían como personas celosas en general, no identificaron los celos como una manifestación de la violencia psicológica; por el contrario, tendieron a considerarlos como algo normal: “Los dos somos un poco celosos, pero los celos [son] normales” (P3H22). “Celos, pero sin llegar al extremo... lo normal” (P10H20). Si bien lo anterior es una manifestación del deseo de exclusividad de la pareja,

<sup>2</sup> Ilustra el número de participantes (P), el sexo (M o H) y la edad.

también lo es del ideal romántico, en el que los celos suelen ser un signo de afecto y preocupación.

### Factores familiares

Generalmente, la familia es vista como un factor protector al constituir una red social de apoyo fundamental para los jóvenes; no obstante, hay diferentes tipos de familias y en todas suele haber situaciones problemáticas. La relevancia de lo anterior radica en que muchas de las conductas violentas se han manifestado justamente en la familia: “En familia... [violencia] física, como golpes, pellizcos, cachetadas; psicológica, como gritos y humillaciones, o críticas a la persona” (P7M21). Tal es el caso de los entrevistados, quienes dijeron haber presenciado actos de violencia en su familia, sobre todo los de tipo físico y psicológico entre sus padres: “Entre mi padre y mi madre hubo una época en donde se vio abuso de tipo físico y psicológico [...] Golpes, gritos, humillaciones” (P3M24), “Entre mis papás se han presentado golpes, pellizcos, cachetadas y otras cosas que no me gusta recordar. También gritos, humillaciones, críticas a la persona o a la forma de vestir, manipulación, celos, amenazas, chantaje. En lo sexual, lo desconozco” (P7H22).

La violencia no sólo había estado presente en la relación de los padres, sino entre sus iguales; es decir, con sus hermanos habían tenido algunas experiencias de esa índole: “Con mi hermano lo común eran los pellizcos, los golpes” (P13M21). De la misma manera, los estudiantes habían sido víctimas de violencia psicológica y física por parte de sus padres: “De padre a hijo, la violencia psicológica [...], la crítica a mi forma de vestir” (P2M18), y como una forma de corregir: “Con mis hermanos, de niños nos peleábamos, pero mi mamá nos pegaba si nos veía haciendo eso (P10M21)”. Así, en la dinámica familiar de los participantes fue común esa forma de relacionarse.

### Factores relacionales

Según el historial de violencia de los entrevistados, además de la familiar y la sufrida en relaciones anteriores habían vivenciado violencia de sus compañeros de escuela o amigos, o siendo partícipes en actos de tipo psicológico y físico, los que

justificaron como la manera en que ellos convivían entre sí en el juego y la broma. En particular, las mujeres habían desempeñado el papel de víctimas: “Fui víctima del famoso *bullying*” (P7M21); “Sufrí golpes, pellizcos, cachetadas, gritos, humillaciones, críticas, celos” (P5M19). Por el contrario, los hombres habían participado como observadores o ejecutores de tales actos: “[Es] muy común verlo en las escuelas. En todos mis años de estudio he visto cómo ponen apodos, insultan y molestan a los demás con zapes, etc... Mentiría si dijera que no he sido partícipe. La convivencia con mis amigos más allegados así es. Sabemos que es broma, pero siempre nos hacemos *bullying*” (P3H22).

Esta misma dinámica relacional con sus semejantes ha marcado la pauta para el uso de estrategias inadecuadas en el manejo de conflictos. En este caso, una de las estrategias utilizadas por los participantes para resolver sus problemas de pareja era la violencia: “En algunas manifestaciones no respondía, me dejaba, y en otras, quizá la mayoría, le respondía a gritos” (P3M24), “A veces suelo ser demasiado agresivo y hago cosas malas, como pegarle cachetadas” (P4H21). Otros modos a los que recurrían eran sus intentos por mantener la comunicación: “Siempre he pensado que la única forma de arreglar las cosas es hablando; siempre busco eso, sea yo quien esté molesto o sea ella. Siempre hablamos las cosas, entendernos y así pasa la molestia, [se] arreglan las cosas” (P3H22). El autocontrol, la búsqueda de medidas alternativas para modular sus emociones, fue otra de las estrategias empleadas: “Salgo a caminar y regreso cuando todo está frío” (P4M22).

A pesar de que tanto a hombres como mujeres les costaba trabajo identificar las manifestaciones de violencia, eran capaces de reconocer algunas de ellas, considerándolas como habituales en el noviazgo y reconociéndose a sí mismos como victimarios o víctimas, confirmando así la mutualidad de sus conductas agresivas. Aseguraron que el tipo de violencia a la que se enfrentaban constantemente era la psicológica, seguida de la física y la sexual por medio de actos que solían ser sutiles, y de ahí su dificultad para identificarlas: “De mi parte, cachetadas, gritos, humillaciones, críticas, manipulación, celos. De su parte, gritos, manipulación, celos, amenazas y hostigamiento sexual” (P3M24), “Por mí, he llegado a la agresión

física o psicológica en forma de cachetadas pellizcos y celos, y ella [a la] física [como] golpes y humillaciones” (P5H22). Ello da cuenta de que tanto hombres como mujeres tienden a responder de la misma manera en que se comportan sus parejas.

Al preguntárseles acerca de las razones que daban origen a la violencia mutua en su noviazgo, se encontró que había tres motivos principales para la misma: los celos e inseguridad por parte de uno o de ambos miembros de la pareja, la falta de comunicación y la naturalización e invisibilización de la violencia. Algunos de sus discursos fueron los siguientes: “Por inseguridad, y mis comentarios no son con la intención de lastimar. No soy muy bueno percibiendo qué comentario está bien y cuál está mal” (P7H22), “Tonterías o celos... Él interpretaba mal las cosas muchas veces” (P9M22), “Mala comunicación y desinterés en algunos aspectos de la relación” (P1M19), “No entendernos, no tener comunicación, no hablar los problemas o situaciones; claro que con violencia sólo sería una discusión” (P3H22).

Igualmente, destacaron diferentes motivos por los cuales justificaban la violencia ejercida por su pareja. En el caso de las mujeres, fueron el amor (“Porque no fue intencionada [...] por afecto y cariño” [P6M21], “Suponer que el amor es más fuerte que ellas o que el tiempo las curará” [P13M22]) y la culpabilidad por haber hecho o dicho algo que lastimara a la persona querida, lo que les hizo pensar que merecían ser maltratadas: “El saber que en verdad lo dañó o he hecho algo mal” (P2M18), “Que yo le hiciera algo que lo lastimara mucho” (P10M21). En relación a los hombres, fueron igualmente el amor (“Podría ser porque existe amor, o tal vez sea por vivir el momento” [P4H21]), conjuntamente con la invisibilización de la violencia, pues les resulta difícil identificarla a pesar de que se consideran celosos, o simplemente para no generar más conflictos: “No dejaría pasar ningún tipo de violencia. Tal vez está pasando por un problema y es su forma de llamar la atención” (P10H20), o por no agravar la situación: “Simplemente no aceptaría la violencia de ningún tipo, y si la dejara pasar sería por no continuar con una serie de actos de violencia” (P2H21).

Del mismo modo, los participantes ejercían violencia hacia su pareja debido a la falta de autocontrol de emociones como el orgullo, el enojo

o los celos: “Pues es por esa cuestión de no ceder y no saber reconocer que también fallo; mi mal carácter, que a veces no controlo” (P3M24), “Llegar a un punto de irracionalidad, llegar a un punto incontrolable, ver algo que no me gusta y no recibir explicación” (P9H20), “Por celos, furia o por impulso” (P7M21), “Que me diga una mentira, que la vea con otro” (P6H21).

### Factores socioculturales

Dentro de estos factores, se analizaron dos aspectos importantes; por un lado, los roles de género, y por el otro la naturalización e invisibilización que los jóvenes hacen de la violencia. Respecto al primer aspecto, se encontró que los participantes expresaron una simetría de género, rompiendo así con el paradigma de los roles tradicionales, pues tanto hombres como mujeres cumplían funciones o comportamientos similares en la relación de noviazgo; es decir, cada persona debía mostrarse “tal cual es”, “ser ellos mismos”: “Ella, como un ser libre, respetuosa de la persona que es su pareja, sin prejuicios de género, como obediencia, sumisión, etc., y él, de la misma forma que la mujer, respetuoso, abierto, comprensivo. No es necesario que sea protector o que lleve las riendas, sino que ejerza su libertad de manera compartida” (P13M22), “Debe mantener un comportamiento maduro para que se mantenga la relación firme y sin problemas [...] No debe hacer abuso de autoridad o machismo; debe estar consciente que su pareja no le pertenece” (P2H21), “Tiene que ser ella misma, sin tapas ni nada, como quiera ser. Ambos tienen que ser como son, sin importar cómo se lleven; tienen que ser sinceros y honestos” (P10H20).

Por último, el discurso de los jóvenes denota la violencia como parte de la normalidad cuando de relaciones interpersonales se trata, hállese del ámbito familiar, escolar, social o de pareja. Es clara la naturalización e invisibilización cuando consideran la violencia intrafamiliar como parte de la educación dada de padres a hijos, en la que son comunes los gritos, castigos, golpes, entre otras manifestaciones, o pensar y suponer que en todas las familias sucede lo mismo: “Entre mis padres en ocasiones ha sido la violencia física [...] todas las familias sufren en cierto modo [lo mismo]” (P4H21).

Asimismo, está el hecho de que a estos jóvenes, sobre todo a los hombres, les cuesta reconocer que los celos también son una forma de violencia: “Los dos somos un poco celosos, pero los celos normales [...] Tal cual, lo que es la violencia, no la dejaría pasar y no la permitiría. El respeto de ambas partes en la relación es muy importante” (P3H22). Si los actos violentos no son graves, no se les identifica fácilmente; por el contrario, son parte del juego común a toda relación social: “Por mi parte, cachetadas, y por parte de ella, lo mismo. Jamás llegamos a extremos” (P4H21), “De juego, con los compañeros; a veces insultos y golpes, pero en broma” (P8H24).

## DISCUSIÓN

Se encontraron diversos factores relacionados con la violencia mutua en el noviazgo de los hombres y mujeres universitarios que participaron en el estudio. Víctimas y victimarios no son roles dicotómicamente prefijados para uno u otro sexo (Ferrer, 2009), lo cual abre el panorama de una perspectiva de género nada convencional que al mismo tiempo permite entender las razones de que los actos violentos pasen desapercibidos por las parejas y, por consiguiente, se mantenga la relación. Respecto a los niveles textual y discursivo, el análisis permite apreciar el contexto inmediato de estos jóvenes, que va del estrato individual al macrosocial, pasando por el familiar, el relacional y el sociocultural.

En lo correspondiente a los dos primeros niveles de análisis, el discurso de los jóvenes entrevistados denota un conocimiento básico acerca de la violencia y sus tipos, resaltando la física y la psicológica; sin embargo, fue difícil para ellos identificar sus principales manifestaciones, como los celos, que fue para ellos una razón frecuente que los llevaba a agredir a sus parejas, pero que consideraron normales en la relación y como una característica propia de la personalidad, pese a que se acompañan por lo regular de la inseguridad, tal como lo muestran algunas investigaciones (Botero et al., 2016; Fernández-Fuertes y Fuertes, 2010). De hecho, los celos son una manifestación de la violencia que había estado presente incluso

en sus relaciones anteriores de noviazgo, al igual que otras formas de la misma.

Un aspecto que llama la atención es que los hombres habían sufrido más agresiones psicológicas, físicas o sexuales que las mujeres, que sólo habían sido víctimas de la violencia psicológica. En los estudios de Fernández-Fuertes y Fuertes (2010) y Fernández (2013) se halló que las mujeres habían perpetrado también un mayor número de agresiones físicas y psicológicas que los hombres.

Aunque no se encontró relación entre el consumo de drogas y la violencia según el discurso de los participantes, es importante considerar lo concluido en otras investigaciones, en las que se ha encontrado una asociación entre el reporte de violencia de pareja y el consumo frecuente de alcohol (Cortaza, Mazadiego y Ruiz, 2011; González, Echeburúa y Corral, 2008; Heredia et al., 2013; JaenCortés et al., 2015). A pesar de que no siempre hay una relación directa entre la agresividad y el consumo de alcohol, éste actúa como factor de riesgo al provocar más conflictividad y de mayor gravedad (Pastor et al., 2011), sobre todo si se pasa de un consumo ocasional a uno de mayor frecuencia.

Dentro del ámbito familiar, cabe resaltar que los participantes habían experimentado violencia, tanto la que habían observado entre sus padres, como la sufrida por parte de ellos por estilos de crianza inapropiados, como golpes, y resolviendo sus diferencias con los hermanos de la misma manera. Esta forma común de relacionarse entre familiares los había llevado a replicar tales conductas en otros ambientes sociales, como participar desde temprana edad en actos agresivos entre amigos o compañeros. Tanto la violencia intrafamiliar como la sucedida entre pares han sido consideradas como factores de riesgo asociados constantemente a la violencia de pareja en jóvenes universitarios (Chiodo et al., 2011; Cortaza et al., 2011; González, 2007; González et al., 2008; Leen et al., 2013; Ramírez y Núñez, 2010; Valdivia y González, 2014; Vizcarra y Póo, 2011).

Considerando tales antecedentes, en el caso de los factores relacionales no es sorprendente que sus habilidades comunicativas y de manejo de conflictos fueran insuficientes, pues si las relaciones con sus referentes más cercanos habían estado

impregnadas de violencia, no es casual que la utilizaran como una estrategia para resolver conflictos en su noviazgo, y que ante un comportamiento violento reaccionasen a su vez con violencia mutua al colocarse en la misma posición del otro. Ferrer (2009) señala que entre los posibles factores condicionantes de la violencia destacan las contradicciones y desacuerdos para su apropiado manejo debido a la carencia de habilidades de negociación, así como la misma necesidad de responder con violencia a un comportamiento violento. En efecto, los jóvenes suponían que la mala comunicación o la falta de diálogo contribuyen a que se generen los actos de violencia contra la pareja (Pasos et al., 2014).

Asimismo, tendieron a justificar la violencia mutua a partir de motivos tales como los celos y la inseguridad por parte de uno o de ambos miembros de la pareja, violencia que ejercían en virtud de que no eran capaces de manejar sus emociones negativas (como la intolerancia y el descontrol emocional), consintiendo las agresiones de su pareja al considerarlas un acto de amor. En este sentido, no deben pasar inadvertidas el conjunto de creencias inadecuadas que hay alrededor de las relaciones de noviazgo y el amor, creencias generadas en el contexto sociocultural; por ejemplo, considerar que la pareja se preocupa por el bienestar de uno a través de llamadas telefónicas constantes, críticas por la forma de vestir o prohibición de ciertas amistades calificadas como indeseables. Al confundir el concepto de amor con el apego, se desencadenan actitudes tales como escasa confianza, mala comunicación y, por ende, problemas en la relación (Botero et al., 2016).

Todo lo anterior tiene, como se dice antes, una clara relación con el factor sociocultural, que permite entender el nivel macrosocial del discurso ya que habla de la estructura social en la que cada individuo está inmerso. Ya se hablaba asimismo de la naturalización e invisibilización que los universitarios hacen de la violencia no únicamente en su relación de noviazgo, sino que la extrapolan a otros ámbitos, como el familiar, el social y el escolar, por lo que no extraña que ciertos comportamientos agresivos sean interpretados como señales que mantienen el interés hacia el otro, aceptables dentro del estilo interactivo, o desarrollados dentro de un contexto de broma o juego (Pasos et al.,

2014). Si bien muchas veces la violencia no es percibida como tal, hay indicadores que sirven para mostrar su existencia en las relaciones de noviazgo, por más procesos y operaciones psicológicas (minimización, justificación, naturalización) que se realicen y sea difícil reconocerla. La violencia está siempre presente (Pacheco y Castañeda, 2013).

Aunado a lo anterior, al parecer en el grupo particular de jóvenes participantes han comenzado a romperse los moldes de los roles tradicionales de género, pues tanto hombres como mujeres expresan que no debe haber distinción en el comportamiento de cada uno de los miembros de la pareja al momento de relacionarse emocionalmente. En un estudio de Amurriro, Larrinaga, Usátegui y Del Valle (2010), 80% de los jóvenes rechazaban que, para un buen funcionamiento de la relación, la mujer deba ser sumisa; por el contrario, compartían la convicción de que ser el único proveedor no otorga el poder en el hogar, y que las mujeres no están obligadas a satisfacer sexualmente a los maridos siempre que les apetezca. Esto es apoyado por diferentes estudios, que hallan tal desvinculación de los roles tradicionales (Moral y López, 2013; Orozco, Nievar y Middlemiss, 2012; Sears, Byers y Price, 2007; Straus, 2006). Tal perspectiva podría estar alentada por los cambios socioculturales actuales, como el acceso de las mujeres a la educación y al trabajo asalariado y la mayor participación del hombre en las tareas domésticas y en la crianza de los hijos (Moral y López, 2013; Orozco et al., 2012).

No obstante, los estereotipos de género flexibles se asocian con una menor posibilidad de violencia en la pareja (JaenCortés et al., 2015). Valdría la pena investigar más acerca de ello, pues aunque socialmente se ha estado analizando la igualdad y equidad entre los sexos, pareciera que las relaciones igualitarias se han generado en un sentido negativo. Es factible que la transformación de los roles de género esté facilitando actitudes en las mujeres antes impensables, como el sometimiento y el control de la pareja (Trujano, Martínez y Camacho, 2010), por lo que seguir poniéndole apellido masculino al ejercicio de la violencia y un rostro femenino al papel de víctima es perpetuar los roles tradicionales y negar o justificar la violencia contra la mujer, lo que equivale a legitimarla, así como mofarse de los hombres,

ridiculizarlos, someterlos o violentarlos no solamente no favorece la igualdad, sino que transfiere la hegemonía masculina a las mujeres (Trujano et al., 2010).

Aunque los resultados no se pueden generalizar a la población universitaria en general, dado el número de participantes y la metodología utilizada, se puede decir en conclusión que los universitarios que participaron habían aprendido a relacionarse con sus semejantes de manera violenta, lo que implica un importante factor de riesgo. El perfil de los universitarios con violencia mutua está compuesto por una serie de factores individuales, familiares, relacionales y socioculturales, de los que se desprenden diversas subcategorías, como la concepción de la violencia por carecer de la información adecuada; los celos como forma de encubrir y justificar las agresiones en cuanto que están vinculados a las demostraciones de afecto; el historial de violencia; el uso de estrategias violentas para resolver conflictos; la mutualidad en sus conductas agresivas; las motivaciones de hombres y mujeres para generar tales conductas, como los celos, la inseguridad o la comunicación inadecuada, justificando así las agresiones a su pareja por el amor que sienten hacia ella o la culpabilidad por haberla lastimado en algún momento, pero también justificando sus propios actos por la incapacidad para controlar sus emociones (orgullo, enojo, celos), y por último la forma tan

natural de apreciar la violencia, lo que hace que la consideren normal y tengan dificultades para visibilizarla. La violencia no es concebida como tal ya que se ha vuelto una dinámica propia de las relaciones de noviazgo (Pacheco y Castañeda, 2013), lo que rompe con los roles dicotómicamente prefijados para uno u otro sexo (mujer-víctima y hombre-victimario), quienes responden de manera violenta ante actos y formas de relacionarse también violentas, lo que refiere a una igualdad de género que no es positiva.

Lo expresado hace de estos resultados aportaciones interesantes para considerar en próximos estudios de la violencia en la población joven, así como generar estrategias de atención y prevención más específicas que indiquen a los jóvenes que ejercer la violencia mutua no desarrolla el sentido de igualdad o equidad que se busca, y que ello es tan o más lesiva que la violencia unidireccional. Al mismo tiempo, es necesario que los jóvenes adquieran ciertas habilidades de comunicación o de manejo de conflictos, y que reafirmen los factores protectores con los que ya cuentan.

Ante estos hallazgos, vale la pena seguir revisando los factores de riesgo de la violencia mutua entre los jóvenes universitarios, la ruptura de los roles tradicionales y la igualdad de género en lo que respecta a la violencia, lo que permitirá profundizar en el mejor entendimiento de este problema social y de salud.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>th</sup> ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Amor, P., Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 519-539.
- Amurrio, M., Larrinaga, A., Usategui, E. y Del Valle, A. (2010). Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao. *Ekaina*, 47, 121-134.
- Blázquez, M. y Moreno, J. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y Salud*, 20(1), 65-75.
- Botero Á., S., Builes C., C.F., García B., Z., Gil S., M., Ramírez G., K. y Holguín O., H. (2016). Las creencias en el noviazgo universitario: infidelidad, mentira y engaño. *Funlam, Journal of Students' Research*, 1, 42-51.
- Celis S., A. y Rojas S., J.L. (2015). Adolescentes mexicanos como víctimas y perpetradores de violencia en el noviazgo. *ReiDo-Crea*, 4(9), 60-65.
- Chiodo, D., Crooks, C., Wolfe, D., McIsaac, C., Hughes, R. y Jaffe, P. (2011). Longitudinal prediction and concurrent functioning of adolescent girls demonstrating various profiles of dating violence and victimization. *Prevention Science*, 13(4), 350-359.
- Comezña, K. (2006). *Violencia y negociación en estudiantes enamorados con instrucción superior*. Tesis inédita de licenciatura. Lima: Universidad San Martín de Porres. Disponible en línea: [http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/tesis/licenciatura/violencia\\_negociacion/Articulo\\_tesis%20licenciatura.pdf](http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/tesis/licenciatura/violencia_negociacion/Articulo_tesis%20licenciatura.pdf).

- Corral, S. (2009). Estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios/as: cronicidad, severidad y mutualidad de las conductas violentas. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 9, 29-48.
- Cortaza, L., Mazadiego, T. y Ruíz, S. (2011). Prevalencia de violencia en el noviazgo en estudiantes preuniversitarias de Minatitlán, México. *Exploratoris*, 2, 13-18.
- Cuenca, M.L. (2013). *Agresión recíproca en las relaciones íntimas heterosexuales*. Tesis inédita de doctorado. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Cuenca, M.L. y Graña, J.L. (2016). Factores de riesgo psicopatológicos para la agresión en la pareja en una muestra comunitaria. *Clínica y Salud*, 27(2), 57-63.
- Dasgupta, S. (2002). A framework for understanding women's use of nonlethal violence in intimate heterosexual relationships. *Violence Against Women*, 8(11), 1364-1389.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 355-382.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2009). Diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja. En E. Echeburúa, J. Fernández-Montalvo y P. Corral (Coords.): *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección* (pp. 1-179). Valencia (España): Diseñarte-Goaprint, S.L.
- Fajardo, J., Fernández, K. y Escobar, O. (2002). Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. *Psicología Científica*, 4(12). Disponible en línea: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-107-1-estilo-de-vida-perfil-psicologico-y-demografico-de-mujeres-m.html>.
- Fernández F., A. y Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: Motives and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 34, 183-191.
- Fernández G., L. (2013). *Prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo: Aplicación y valoración de un programa para adolescentes*. Tesis inédita de doctorado. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ferrer, D. (2009). *Alternativa de intervención desde las competencias comunicativas para minimizar la violencia psicológica en parejas rurales y suburbanas*. Tesis inédita de doctorado. Santa Clara (Cuba): Universidad Central "Marta Abreu de las Villas".
- Foshee, V., Karriker-Jaffe, K., McNaughton R., H.L., Ennett, S., Suchindran, C., Bauman, K. y Benefield, T. (2008). What accounts for demographic differences in trajectories of adolescent dating violence? An examination of intrapersonal and contextual mediators. *Journal of Adolescent Health*, 42, 596-604.
- Gámez, M., Straus, M. y Hershberger, S. (2010). Childhood and adolescent victimization and perpetration of sexual coercion by male and female university students. *Deviant Behavior*, 32, 712-742.
- Giordano, P., Soto, D., Manning, W. y Longmore, M. (2010). The characteristics of romantic relationships associated with teen dating violence. *Social Science Research*, 39, 863-874.
- González G., H. y Fernández J., T. (2014). Hombres violentados en la pareja. Jóvenes de Baja California, México. *Culturales*, 2(2), 129-155.
- González L., P., Muñoz, M. y Graña, J. (2003). Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(3), 23-39.
- González, M. (2007). *Violencia en el noviazgo: un estudio exploratorio entre estudiantes universitarias*. Tesis inédita de maestría. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- González O., I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual*, 16(2), 207-225.
- Haglund, K., Belknap, R. y Garcia, J. (2012). Mexican-American female adolescents' perceptions of relationships and dating violence. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 215-222.
- Heredia, O., González, L. y González, M.P. (2013). Violencia hacia los varones en las relaciones de noviazgo. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 10, 1-16.
- Hernández H., P. (2015). Análisis de la violencia de pareja bidireccional desde un punto de vista victimodogmático. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 17(5), 1-34.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Ibaceta, F. (2011). Violencia en la pareja: ¿es posible la terapia conjunta? *Terapia Psicológica*, 29(1), 117-125.
- JaenCortés, C.I., Rivera A., S., Amorin E., F. y Rivera R., L. (2015). Violencia de pareja en mujeres: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2224-2239.
- Johnson, M. (2006). Conflict and control. Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*, 12(11), 1003-1018.
- Leal, F., Reinoso, L., Rojas, K. y Romero, R. (2011). Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes escolares de Arica. *Infancia y Educación*, 1(1), 18-35.

- Leen, E., Sorbing, E., Mawer, M., Holdsworth, E., Helsing, B. y Browen, E. (2013). Prevalence, dynamic risk factors and efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression and Violent Behavior, 18*(1), 159-174. doi: 10.1016/j.avb.2012.11.015.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2010). Therapeutic needs of partner-violent men according to their differential profile. *Clínica Contemporánea, 1*(2), 85-95.
- Loinaz, I., Irureta, M. y Doménech, F. (2010). *Análisis de la reincidencia en agresores de pareja*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.
- López, E. (2004). La figura del agresor en la violencia de género: características personales e intervención. *Papeles del Psicólogo, 25*(88), 31-38.
- Medeiros, R. y Straus, M. (2006). Risk factors for physical violence between dating partners: implications for gender-inclusive prevention and treatment of family violence. En J. Hamel y T. Nicholls (Eds.): *Family approaches in domestic violence: a practitioner's guide to gender-inclusive research and treatment* (pp. 59-86). New York: Springer.
- Moral de la R., J. y López R., F. (2013). Premisas socioculturales y violencia en la pareja: diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, 29*(38), 47-71.
- Moral de la R., J. y López R., F. (2014). Medida y relación entre violencia recibida y ejercida contra la pareja. *Revista Internacional de Psicología, 13*(2), 1-50.
- O'Leary, D., Smith, A., Avery-Leaf, S. y Cascardi, M. (2008). Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students. *Journal of Adolescent Health, 42*, 473-479.
- Orozco, A.E., Nievar, M.A. y Middlemiss, W. (2012). Domestic violence in Mexico: perspectives of Mexican counselors. *Journal of Comparative Family Studies, 43*(5), 751-772.
- Pacheco, K. y Castañeda, J. (2013). Hombres receptores de violencia en el noviazgo. *Avances en Psicología, 21*(2), 207-221.
- Pantelides E., A. y Manzelli, H. (2005). Violencia en la pareja. Evidencias a partir de encuestas a hombres centroamericanos. *Papeles de Población, 45*, 247-270.
- Pasos, M., Oliva, A. y Hernando, A. (2014). Violencia en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología, 46*(3), 148-159.
- Pastor F., P., Reig R., M., Fontoba F., J. y García del C., A. (2011). Alcohol y violencia. *Salud y Drogas, 11*(1), 71-94.
- Pavón, P. y Gogeaescoechea, M. (2010). *Metodología de la investigación II. Material de apoyo para la Maestría en Prevención Integral del Consumo de Drogas*. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- Peña, F., Zamorano, B., Hernández, G., Hernández M., D., Vargas J., I. y Parra, V. (2013). Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes mexicanos. *Revista Costarricense de Psicología, 32*(1), 27-40.
- Póo, A. y Vizcarra, B. (2008). Violencia de pareja en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica, 26*(1), 81-88.
- Pueyo, A. (2009). La predicción de la violencia contra la pareja. En E. Echeburúa, J. Fernández M. y P. Corral (Eds.): *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección* (pp 1-163). Valencia (España): Diseñarte-Goaprint, S.L.
- Ramírez, C. y Núñez, D. (2010). Violencia en la relación de noviazgo en jóvenes universitarios: un estudio exploratorio. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 15*(2), 273-283.
- Rey A., C.A. (2009). Maltrato de tipo físico, psicológico, emocional, sexual y económico en el noviazgo: un estudio exploratorio. *Acta Colombiana de Psicología, 12*(2), 27-36.
- Rivera R., L., Allen L., B., Rodríguez O., G., Chávez A., R. y Lazcano P., E. (2007). Prevalence and correlates of adolescent dating violence: Baseline study of a cohort of 7960 male and female Mexican public school students. *Preventive Medicine, 44*(6), 477-484.
- Rojas S., J.L. (2011). Transformaciones socioculturales y aspectos de género: algunas implicaciones para el estudio de violencia en pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14*(3), 252-272.
- Rubio G., F., Carrasco M., A., Amor P., J. y López G., M.A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica, 25*(1), 47-56.
- Salazar, D. y Vinet, E. (2011). Mediación familiar y violencia de pareja. *Revista de Derecho, 24*(1), 9-30.
- Saldivia, C. (2011). Representaciones sociales de la violencia en el pololeo: un estudio preliminar en estudiantes universitarios. *Educación y Humanidades, 1*(2), 83-99.
- Sanz B., B., Rey, L. y Otero G., L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria, 28*(2), 102-108.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia en función de la edad. *Psicothema, 19*(3), 459-466.
- Sayago, S. (2007). La metodología de los estudios críticos del discurso problemas, posibilidades y desafíos. En P. Santander (Ed.): *Discurso y crítica social. Acerca de las posibilidades teóricas y políticas del análisis del discurso* (pp. 1-128). Valparaíso (Chile): Observatorio de la Comunicación.
- Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta Moebio, 49*, 1-10.

- Sears, H., Byers, S. y Price, L. (2007). The co-occurrence of adolescent boys' and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships. *Journal of Adolescence*, 30, 487-504. doi:10.1016/j.adolescence.2006.05.002.
- Sebastián, J., Ortiz, B., Gil, M., Gutiérrez, M., Hernáiz, A. y Hernández, J. (2010). La violencia en las relaciones de pareja de los jóvenes. ¿Hacia dónde caminamos? *Clínica Contemporánea*, 1(2), 71-83. doi: 10.5093/cc2010v1n2a1.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Straus, M. (2006). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 Nations. En Eisekovicits, Z., Grauwiler, P., Mills, L.G. y Winstok, Z (Eds.): *Trends in intimate violence intervention* (pp. 1-32). New York: University of Haifa and New York University.
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001.
- Trujano, P., Martínez A., E. y Camacho S., I. (2010). Varones víctimas de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(2), 339-354.
- Valdivia M., P. y González L., A. (2014). Violencia en el noviazgo y pololeo: una actualización proyectada hacia la adolescencia. *Revista de Psicología*, 32(2), 330-355.
- Villafañe, S., Jiménez, M., Carrasquillo, D. y Vázquez, R. (2012). Construcción y validación del Cuestionario de Experiencias de Violencia en las relaciones de pareja y familia en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(1), 207-215.
- Vizcarra, M. y Póo, A. (2011). Violencia de pareja en estudiantes universitarios del sur de Chile. *Universitas Psychologica*, 10(1), 89-98.

# Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional

## *Organizational climate and psychological factors associated with burnout in a medical urgencies department: A correlational study*

*Édgar Landa-Ramírez<sup>1</sup>, Nancy Elizabeth Rangel-Domínguez<sup>1</sup>,  
Miguel Alejandro Villavicencio-Carranza<sup>1</sup>, Samuel Weingerz-Mehl<sup>2</sup>,  
María Isabel Reyes-Saavedra<sup>1</sup>, Víctor Rodrigo González-Álvarez<sup>1</sup>,  
Eduardo Abraham Vidal-Velazco<sup>1</sup> e Irma Jiménez-Escobar<sup>2</sup>*

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue identificar la asociación entre el clima organizacional y el desarrollo de burnout en el personal de urgencias médicas. Se llevó a cabo un estudio correlacional y transversal al que se invitó a participar a todos los médicos y enfermeras del servicio de urgencias de un hospital público en la Ciudad de México, de los cuales 74 (72% del personal total) contestaron los cuestionarios. Se aplicaron los siguientes instrumentos validados en población mexicana: la Escala de Clima Organizacional, la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck, la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Desesperanza. Las dos terceras partes de los evaluados presentaron altos niveles de burnout. La percepción del clima organizacional estuvo negativamente correlacionada con la presencia del síndrome y con los factores emocionales de ansiedad, depresión y desesperanza. Se describen los factores sociodemográficos y psicológicos asociados con el desarrollo del burnout. Los autores recomiendan replicar los presentes hallazgos con muestras más grandes para la generalización de la información en otros servicios de urgencias del país.

**Palabras clave:** Clima organizacional; Burnout; Departamento de urgencias; Depresión; Ansiedad.

### ABSTRACT

Objective. *The purpose of the present study was to identify the association of organizational climate, psychological factors and the presence of burnout in emergency health personnel.* Method. *A correlational, cross-sectional study was conducted with all the physicians and nurses of the emergency department of a public hospital in Mexico City. Seventy-four participants (72% of the total staff) responded to the measurement instruments, all of them validated and calibrated for Mexican population. Questionnaires included the Organizational Climate Scale; the Mexican Occupational Burnout Scale; Beck's Depression and Anxiety inventories, and Beck's Scale for Suicide Ideation and Hopelessness.* Results. *The main findings revealed that two thirds of responding physicians and nurses showed high levels of burnout. Positively perceived organizational climate correlated negatively with the presence of burnout, as did with such emotional factors as anxiety, depression,*

<sup>1</sup> Programa de Psicología de la Salud y Medicina Conductual, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, tel. (55)56-22-23-32, correo electrónico: edgar\_landa\_ramirez@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 23 de agosto y aceptado el 5 de diciembre de 2016.

<sup>2</sup> Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Av. Calzada de Tlalpan 4800, Sección XVI, 14 Tlalpan, Ciudad de México, México, tel. (55)40-00-30-00.

and hopelessness. Additional results describe the association between other psychological and socio-demographic factors and burnout. Further studies including larger samples from a variety of emergency departments are needed so as to generalize these findings to other emergency services.

**Key words:** Organizational climate; Burnout; Emergency service; Anxiety; Depression.

## INTRODUCCIÓN

Se utiliza el concepto de *burnout* para referirse a un síndrome que aparece primordialmente en profesionales que están al cuidado de personas y que se encuentran expuestos a un estrés considerable en su tarea. Los profesionales del área de la salud constituyen una población especialmente vulnerable al desarrollo de este problema (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Romani y Ashkar, 2014). Algunas de las principales características de este síndrome son un alto agotamiento emocional (sensación de cansancio crónico), despersonalización (desinterés hacia la persona a la que se le brinda el servicio profesional) y percepción de una falta de realización personal (Maslach et al., 2001; Maslach y Zimbardo, 2003; Romani y Ashkar, 2014).

Se ha reportado que los médicos y enfermeras de los servicios de urgencias médicas se encuentran especialmente expuestos a un gran estrés al cuidar a los pacientes debido a que frecuentemente hacen maniobras de resucitación o presencian la muerte, padecen sobrecarga de trabajo y una elevada demanda institucional y de tiempo, atienden varios tipos de enfermedades, y ocurren situaciones en las que incluso sufren agresiones por parte de los pacientes o sus familiares (Arora, Asha, Chinnappa y Diwan, 2013; Healy y Tyrell, 2011).

Datos internacionales reportan que hay un rango de entre 60 y 65% de burnout en el personal médico de urgencias (Arora et al., 2013; Shanafelt et al., 2012), y en el personal de enfermería se reportan puntuaciones altas en agotamiento emocional, baja realización personal y hasta 66% en despersonalización (Gillespie y Melby, 2003). Debido a lo anterior, el personal de urgencias con burnout podría ser más vulnerable y desarrollar insatisfacción laboral, proporcionar un servicio de menor cali-

dad y sufrir problemas para dormir, al igual que ansiedad, depresión e insatisfacción con su vida; se triplican en dicho personal las probabilidades de padecer desesperanza, y aumenta asimismo la de presentar ideación suicida (Arora et al., 2013; Brand et al., 2010; Dyrbye et al., 2008; Green, Albanese, Shapiro y Aarons, 2014; Hakanen y Schaufeli, 2012; Pompili et al., 2010; Pompili et al., 2006).

Aunque no existe una sola definición de “clima organizacional”, tradicionalmente se le describe como la percepción que el individuo tiene respecto a la estructura y las interacciones psicosociales que ocurren en su ambiente de trabajo (Bronkhorst, Tummers, Steijn y Vijverberg, 2015; Gershon et al., 2007). La variable anterior es especialmente importante debido a que estudios recientes han reportado que la percepción negativa directa de los empleados respecto a su clima organizacional podría estar relacionada con el desarrollo de burnout en las personas que trabajan en organizaciones de salud, además de tener un impacto en variables como la ansiedad y la depresión (Bronkhorst et al., 2015; Gershon et al., 2007; Lindblom, Linton, Fedeli y Bryngelsson, 2006; Schneider, Ehrhart y Macey, 2013). De igual forma, los factores sociodemográficos (sexo, edad, estilo de vida, consumo de alcohol o nivel de ejercicio), los de personalidad o los problemas emocionales, así como las características del trabajo y las demandas del servicio de urgencias, podrían influir en la aparición del problema (Arora et al., 2013; Dyrbye, Thomas y Shanafelt, 2006; Goldberg et al., 1996).

En México se ha reportado que el personal de urgencias se encuentra inmerso en un sistema en el cual hay hospitales insuficientes y servicios de urgencias con sobrecarga de trabajo, bajos salarios, falta de personal para cubrir los turnos, tiempos de espera prolongados e insatisfacción por parte de los pacientes, largas jornadas laborales y una marcada desmoralización de los pacientes y prestadores de servicio de urgencias, todo lo cual puede inducir una pobre percepción del trabajador de urgencias respecto a las condiciones en las que labora (Polanco et al., 2013). Lo anterior influye asimismo en que el personal médico de urgencias en el país reporte hasta 60% de burnout (Loría y Guzmán, 2006).

Debido a la evidencia reportada en otras áreas, al parecer el clima organizacional puede tener un papel relevante en el desarrollo de burnout en los servicios de urgencias médicas; sin embargo, al llevarse a cabo una búsqueda del tema en las principales bases de datos internacionales (Pubmed, PsycInfo y CINAHL), no se encontró un solo estudio en el país o el extranjero que haya evaluado la percepción del trabajador acerca de su organización y su relación con el desarrollo de burnout en el personal de urgencias. Por tal razón, el presente estudio tuvo como objetivo identificar la asociación entre el clima organizacional y el desarrollo de burnout en el personal de urgencias de un hospital público de la Ciudad de México. De igual forma, debido a que la literatura internacional ha señalado los factores psicológicos (por ejemplo, la ansiedad, depresión y desesperanza) y ciertas variables sociodemográficas e institucionales (como el sexo del trabajador, las horas laborales a la semana, etc.) como parte importante en el desarrollo del burnout (Arora et al., 2013; Green et al., 2014; Lindblom et al., 2006), se propuso como un objetivo secundario evaluar la asociación de los factores psicológicos, sociodemográficos e institucionales con la presencia de burnout en la misma población.

## MÉTODO

### Participantes

Se invitó a participar a 102 médicos y enfermeras de todos los turnos laborales del departamento de urgencias médicas de un hospital público en la Ciudad de México. Un total de 74 trabajadores (72%) contestaron los instrumentos. El grupo estuvo conformado por 40 médicos y 32 enfermeras, así como por 2 participantes que no especificaron su profesión. De ellos, 54% fueron mujeres y 46% hombres, los cuales estaban en los siguientes puestos: 28 médicos o enfermeras adscritos (37.83%), 12 médicos residentes (16.21%), 16 médicos internos (21.62%) y 18 que no especificaron su puesto (24.32%). La media de edad fue de 32.8 años (D.E. = 9.3), siendo la antigüedad del personal de enfermería mayor que la de los médicos (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes (N = 74).

|                     |                           |        |
|---------------------|---------------------------|--------|
| <i>Edad</i>         | 32.8 (D.E. = 9.3)         |        |
| <i>Antigüedad</i>   |                           |        |
| Médicos             | 3.05 años (D.E. = 4.822)  |        |
| Enfermeras          | 14.58 años (D.E. = 9.579) |        |
| <i>Sexo</i>         | N                         | (%)    |
| Hombres             | 34                        | 45.90% |
| Mujeres             | 40                        | 54.10% |
| <i>Estado civil</i> |                           |        |
| Con pareja          | 20                        | 27.00% |
| Casado              | 17                        | 23.00% |
| Soltero             | 29                        | 39.20% |
| Divorciado          | 7                         | 9.50%  |
| Viudo               | 1                         | 1.35%  |
| <i>Escolaridad</i>  |                           |        |
| Bachillerato        | 2                         | 2.70%  |
| Licenciatura        | 37                        | 50.00% |
| Posgrado            | 25                        | 33.80% |
| Otro                | 10                        | 13.50% |
| Enfermería          | 32                        | 43.24% |
| Médicos             | 40                        | 54.05% |
| No respondieron     | 2                         | 2.71%  |

### Diseño

Se trató de un estudio no experimental, prospectivo y correlacional transversal, el cual fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital General “Manuel Gea González”, con el número de registro 27-78-2014.

### Instrumentos

*Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)* (Uribe, 2007).

Es ésta una escala que ha mostrado congruencia teórica con los trabajos de Maslach y Jackson (1981) para medir burnout; además, está adaptada a población mexicana y ha mostrado buena confiabilidad en esta población ( $\alpha = .89$ ). Está conformada por 110 reactivos que se agrupan en tres componentes: 1) Burnout: nueve reactivos para agotamiento emocional ( $\alpha = .78$ ), nueve para despersonalización ( $\alpha = .77$ ) y doce para insatisfacción ( $\alpha = .86$ ); 2) Aspectos psicossomáticos: 40 reactivos que evalúan diferentes factores psicossomáticos, y 3) Información sociodemográfica: 40 reactivos.

La calificación final del instrumento se obtiene a partir de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada uno de las categorías de las subescalas de burnout, y éstas a su vez se consiguen a partir de la transformación de la desviación estándar individual respecto a la media poblacional (cf. Uribe [2008] para una descripción detallada del procedimiento de calificación).

*Escala de Clima Organizacional (CLIOR)*  
(Lisbona, Palací y Gómez, 2008).

Es una escala que mide la percepción que el individuo tiene de su ambiente de trabajo (clima organizacional). La escala CLIOR evalúa el clima organizacional de manera unidimensional a través de 50 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Cuenta con una confiabilidad de .97 (Peña, Muñiz, Campillo, Fonseca y García, 2013). Debido a que no existe una versión para población mexicana, se realizó un análisis factorial exploratorio con dicha población en el que se identificaron 31 reactivos agrupados en cinco factores: apoyo (tipo de ayuda que se brinda dentro de la organización frente a los problemas relacionados con el trabajo [ $\alpha = .88$ ]), organización del trabajo (delimitación de objetivos, tareas y responsabilidades en la institución [ $\alpha = .88$ ]), estructura (directrices, consignas y políticas que puede emitir una organización y que alteran directamente la forma de llevar a cabo una tarea [ $\alpha = .90$ ]), liderazgo/supervisión (métodos de comunicación, trato, supervisión, atención a demandas y dirección del trabajo que los jefes utilizan hacia sus subordinados [ $\alpha = .76$ ]), reconocimiento al trabajo y la innovación (estimulación, valorización y atención que los superiores otorgan al buen desempeño y a la aportación de ideas [ $\alpha = .93$ ]). Es importante mencionar que resto de los reactivos no cumplieron con una carga factorial mayor de .40 o no se agruparon en factores comunes (mínimo de tres reactivos por factor), por lo cual fueron eliminados de la escala.

*Inventario de Depresión de Beck (BDI)*  
(Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).

Es un instrumento de autorreporte que evalúa la presencia y gravedad de la depresión. Consta de 21 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert. El instrumento se componen de tres factores: actitu-

des negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Se utilizó la versión adaptada a la población mexicana, misma que ha mostrado buenas medidas de confiabilidad ( $\alpha = .87$ ) y en la cual se han obtenido los siguientes puntajes de depresión: leve (0-9), mínima (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63) (Jurado et al., 1998).

*Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*  
(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988).

Es un instrumento de autorreporte que evalúa la presencia y gravedad de la ansiedad. Consta de 21 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert. Este instrumento evalúa aspectos somáticos y cognitivos asociados con la ansiedad (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Se utilizó la versión estandarizada para población mexicana, la cual ha mostrado buenas medidas de confiabilidad ( $\alpha = .84$ ) y en la que se pueden identificar los siguiente niveles de ansiedad: mínimo (0-5), leve (6-15), moderado (16-30) y severo (31-63) (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

*Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS)*  
(Beck, Kovacs y Weissman, 1979).

Es una escala que evalúa la ideación y riesgo suicida en los individuos. Se conforma por 21 reactivos, de los cuales 19 se califican y los dos últimos recaban información sobre intentos previos de suicidio. El instrumento se compone de cuatro dimensiones: actitudes hacia la vida y la muerte, características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse, características del intento suicida y actualización del intento suicida. Entre mayor puntaje se obtenga, mayor ideación suicida e intencionalidad pueden identificarse. Se ha propuesto el punto de corte de 24 (0-38) para identificar problemas de ideación suicida (Cochrane-Brink, Lofchy y Sakinofsky, 2000). Este instrumento se encuentra validado y adaptado a la población mexicana, en la cual ha mostrado buenas medidas de confiabilidad ( $\alpha = .84$ ) (González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000).

*Escala de Desesperanza*  
(Córdova, Rosales y Eguiluz, 2005).

Es una escala que evalúa la desesperanza, definida como un gran sentimiento de pérdida de ánimo, marcada tendencia a no poder imaginar que algo

mejor pueda ocurrir, o no tener confianza a que las cosas puedan cambiar en un futuro. Consta de 15 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, agrupados en tres factores: igualdad entre presente y futuro, autoconcepto negativo y expectativas negativas. El puntaje mínimo que es posible obtener es 15 y el máximo 75; los autores propusieron el puntaje 32 como el punto de corte para identificar desesperanza en la población. Este instrumento cuenta con una buena confiabilidad en población mexicana ( $\alpha = .84$ ).

### Procedimiento

Se invitó a participar a los médicos y enfermeras de todos los turnos del Servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Quienes aceptaron participar, firmaron un formato de consentimiento informado y llenaron los instrumentos previamente descritos. Se programaron sesiones de aplicación en diferentes horarios, de acuerdo con los turnos del personal (mañana, tarde y noche). Los participantes se autoaplicaron los instrumentos con la supervisión de al menos dos investigadores. Como medida de control, se les indicó que las respuestas que proporcionarían serían completamente anónimas y que se utilizarían para fines de investigación, por lo que no se afectaría su relación laboral, interpersonal o social dentro del hospital.

### Análisis estadístico

Se aplicaron las pruebas de Levene y Kolmogorov-Smirnov para identificar homogeneidad en las varianzas y distribución normal. Al no encontrarse una distribución normal, se decidió utilizar el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la asociación y fuerza entre las variables. Se consideró estadísticamente significativo el dato  $p \leq .05$ .

## RESULTADOS

De los participantes, 66% mostró problemas de burnout (médicos, 82%; enfermeras, 47%); 65%, agotamiento emocional (médicos, 80%; enfermeras, 46%); 32%, despersonalización (médicos, 35%; enfermeras, 31%), y 24%, insatisfacción al logro (médicos, 30%; enfermeras, 15%). La mitad de ellos reportó tener una percepción negativa de su clima organizacional; 58%, ansiedad; 24%, depresión; 24%, elevada desesperanza, y 8%, ideación o intento suicida.

### Clima organizacional

Se reportaron correlaciones negativas, débiles y estadísticamente significativas entre el puntaje total de clima organizacional y el burnout ( $r_s = -.40$ ;  $p < .001$ ), así como con los componentes de ambos constructos; el agotamiento emocional se asoció de manera negativa y con una fuerza débil con el total de clima organizacional ( $r_s = -.38$ ;  $p < .01$ ), estructura ( $r_s = -.33$ ;  $p < .01$ ), reconocimiento ( $r_s = -.23$ ;  $p < .05$ ), organización del trabajo ( $r_s = -.46$ ;  $p < .01$ ) y liderazgo ( $r_s = -.29$ ;  $p < .05$ ). La despersonalización se asoció de manera negativa débil con el total de clima organizacional ( $r_s = -.46$ ;  $p < .01$ ), reconocimiento ( $r_s = -.46$ ;  $p < .01$ ), organización del trabajo ( $r_s = -.37$ ;  $p < .01$ ), apoyo ( $r_s = -.35$ ;  $p < .01$ ) y liderazgo ( $r_s = -.37$ ;  $p < .01$ ). La insatisfacción de logro se asoció de manera negativa con el total de clima organizacional ( $r_s = -.40$ ;  $p < .01$ ), reconocimiento ( $r_s = -.31$ ;  $p < .01$ ), organización del trabajo ( $r_s = -.53$ ;  $p < .01$ ) y liderazgo ( $r_s = -.31$ ;  $p < .01$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Correlaciones entre clima organizacional y burnout.

| Factores                 | Puntaje total de clima organizacional | Estructura | Reconocimiento | Organización del trabajo | Apoyo  | Liderazgo |
|--------------------------|---------------------------------------|------------|----------------|--------------------------|--------|-----------|
| Agotamiento emocional    | -.38**                                | -.33**     | -.23*          | -.46**                   | -.11   | -.29*     |
| Despersonalización       | -.46**                                | -.22       | -.46**         | -.37**                   | -.35** | -.37**    |
| Insatisfacción de logro  | -.40**                                | -.22       | -.31**         | -.53**                   | -.16   | -.31**    |
| Puntaje total de burnout | -.41**                                | -.23*      | -.30**         | -.53**                   | -.16   | -.32**    |

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

De igual forma, el clima organizacional correlacionó de manera débil y negativa con la presencia de ansiedad ( $r_s = -.413$ ;  $p < .001$ ), depresión ( $r_s = -.460$ ;  $p < .001$ ) y desesperanza ( $r_s = -.269$ ;  $p < .05$ ).

### Factores psicológicos, sociodemográficos, institucionales y burnout

Respecto a las variables psicológicas, se identificaron correlaciones positivas débiles entre depresión y burnout ( $r_s = .58$ ;  $p < .01$ ), depresión y agotamiento emocional ( $r_s = .55$ ;  $p < .01$ ), depresión y despersonalización ( $r_s = .33$ ;  $p < .01$ ) y depresión

e insatisfacción al logro ( $r_s = .33$ ;  $p < .01$ ). También se identificaron asociaciones entre ansiedad y burnout ( $r_s = .51$ ;  $p < .01$ ), ansiedad y agotamiento ( $r_s = .45$ ;  $p < .01$ ) y ansiedad e insatisfacción al logro ( $r_s = .34$ ;  $p < .01$ ). Se identificaron correlaciones estadísticamente significativas, positivas y débiles entre desesperanza y burnout ( $r_s = .30$ ;  $p < .01$ ), desesperanza y agotamiento emocional ( $r_s = .25$ ;  $p < .05$ ), desesperanza y despersonalización ( $r_s = .25$ ;  $p < .05$ ) y desesperanza e insatisfacción al logro ( $r_s = .30$ ;  $p < .01$ ). La ideación suicida se asoció con burnout ( $r_s = .25$ ;  $p < .05$ ) e insatisfacción al logro ( $r_s = .32$ ;  $p < .01$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Correlaciones entre variables psicológicas y burnout.

|                  | Puntaje total de burnout | Agotamiento emocional | Despersonalización | Insatisfacción al logro |
|------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| Ansiedad         | .51**                    | .45**                 | .19                | .34**                   |
| Depresión        | .58**                    | .55**                 | .33**              | .33**                   |
| Desesperanza     | .30**                    | .25*                  | .25*               | .30**                   |
| Ideación suicida | .25*                     | .20                   | .15                | .32**                   |

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

Con respecto a las variables sociodemográficas, se identificaron correlaciones negativas y débiles entre edad y burnout ( $r_s = -.255$ ;  $p < .05$ ), tiempo libre y burnout ( $r_s = -.246$ ;  $p < .05$ ), número de trabajos y agotamiento emocional ( $r_s = -.245$ ;  $p < .05$ ) y años en una relación de pareja y agotamiento ( $r_s = -.236$ ;  $p < .05$ ). Finalmente, se identificaron asociaciones positivas débiles entre horas de trabajo a la semana y burnout ( $r_s = .276$ ;  $p < .05$ ) y consumo de cigarrillos y despersonalización ( $r_s = .281$ ;  $p < .05$ ).

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar la asociación entre el clima organizacional y el desarrollo de burnout en el personal de urgencias de un hospital público de la Ciudad de México. Con base en los datos, se puede afirmar que el clima organizacional está asociado de manera negativa y débil, pero estadísticamente significativa, con el desarrollo de burnout en dicho personal. Los datos obtenidos se corresponden con lo reportado en investigaciones previas, en las cuales se asocia la percepción negativa de las condiciones de trabajo por parte

del personal de salud con el desarrollo de burnout y otros problemas laborales y emocionales (Bronkhorst et al., 2015; Gershon et al., 2007). Aquí, la organización del trabajo y el liderazgo fueron las categorías que más fuerza de asociación tuvieron con el desarrollo del burnout en el área de urgencias. En una revisión sistemática, se identificaron previamente los factores personales y de interacción entre compañeros como componentes centrales en el desarrollo de una adecuada o inadecuada percepción del clima organizacional y su relación con los problemas emocionales (Bronkhorst et al., 2015); de igual forma, se ha reportado que una organización del trabajo en el que haya recursos inadecuados de apoyo y una presión excesiva para lograr los objetivos se asocian con comportamientos poco seguros y con una menor calidad del estado psicosocial del personal de dicha organización (Bronkhorst, 2015).

Asimismo, se encontró que el clima organizacional se asoció negativamente con el desarrollo de otros problemas emocionales en el personal de urgencias, tales como ansiedad, depresión y desesperanza. Estudios previos han reportado que una buena percepción del clima organizacional, particularmente una buena relación entre compañe-

ros de trabajo y un adecuado liderazgo, se asocia con una salud mental positiva (Bronkhorst et al., 2015; Ylipaavalniemi et al., 2005). Por el contrario, una pobre percepción del clima organizacional, particularmente un pobre liderazgo en el ámbito de urgencias, se asocia con más problemas emocionales, mayor cantidad de problemas entre compañeros y baja satisfacción del personal (Raup, 2008).

Según el conocimiento de los presentes autores, en ningún estudio previo se había evaluado e identificado la relación entre la percepción del clima organizacional, el desarrollo de burnout y otros problemas emocionales en personal de urgencias médicas. Este dato se considera muy importante en cuanto que el burnout y otros problemas emocionales que padece el personal de este servicio podrían estar relacionados con la percepción negativa del clima organizacional, especialmente en las relaciones interpersonales en el equipo de salud. Además, la literatura científica señala que el ambiente de urgencias es sumamente demandante y en el que predominan estilos de interacción entre médicos que se caracterizan por seguir rígidas estructuras jerárquicas, por lo cual es probable que se promuevan atmósferas de trabajo hostiles entre médicos, residentes y enfermeras, lo que trae consigo una percepción negativa del mencionado clima organizacional (LaSalle, 2004). Aunado a lo anterior, en el caso de México se padecen servicios sobresaturados, escaso personal, recursos insuficientes, bajos ingresos y grandes cargas de trabajo (Polanco et al., 2013), lo cual propicia en el personal de urgencias una percepción negativa del clima organizacional y su consecuente asociación con el desarrollo de problemas emocionales.

Como objetivo secundario, este estudio se planteó identificar la asociación entre factores psicológicos y sociodemográficos con la presencia de burnout en urgencias médicas respecto a las variables psicológicas y el desarrollo de burnout, hallándose que la ansiedad, la depresión, la desesperanza y la ideación suicida se relacionaron de manera positiva, aunque débil, con el burnout. Estos datos son consistentes con estudios que previamente han reportado dichas relaciones en los servicios de urgencias (Arora et al., 2013).

El agotamiento emocional fue el componente que mayor fuerza de asociación mostró al estar re-

lacionado con ansiedad, depresión y desesperanza, por lo que parece ser una de las categorías del burnout que tiene un mayor impacto en el personal que labora en tal servicio, dato que se corresponde asimismo con trabajos previos (Dyrbye et al., 2006; Shanafelt et al., 2011; Sterud, Hem, Lau y Ekeberg, 2008), en los que se ha reportado que dicha variable se relaciona con problemas emocionales e ideación suicida. Incluso estudios recientes han reportado que es posible identificar el burnout en los médicos formulando únicamente dos preguntas referidas al agotamiento emocional y la despersonalización (West, Dyrbye, Satele, Sloan y Shanafelt, 2012), lo que muestra el considerable peso que dichas variables tienen en la identificación del burnout. Sin embargo, hay también estudios que sugieren evaluar la validez de los reactivos que miden el agotamiento emocional, pues se ha reportado que, debido a que siempre se relaciona con despersonalización, podría tratarse de un concepto unidimensional que necesita aún ser bien diferenciado (Poghosyan, Aiken y Sloane, 2009).

Aunado a lo anterior, y con base en la experiencia clínica de los autores, parece pertinente enfocar los esfuerzos futuros a identificar de manera clara los componentes del concepto de agotamiento emocional, en la que se dé una dimensión pertinente al agotamiento físico en esta población, ya que el personal de urgencias médicas –y particularmente los residentes médicos– deben cubrir jornadas laborales o guardias médicas extensas y demandantes que propician el agotamiento físico, lo que complica la identificación del burnout en aquellos individuos que se encuentran agotados como consecuencia natural de las condiciones laborales (por ejemplo, las posguardias) y en los que el agotamiento es una consecuencia del estrés crónico o burnout que sufren. Tal identificación no será sencilla, pero se hace necesaria en virtud de que la etiología del agotamiento físico o emocional puede marcar la diferencia entre medir y reportar aspectos relativos al estrés laboral y burnout, o al cansancio físico asociado –y esperado– con una larga jornada laboral, sin que ese cansancio necesariamente refleje la presencia de burnout en el personal de urgencias médicas.

Al igual que en otros estudios internacionales, en este trabajo se encontró una relación entre algunos factores sociodemográficos y el desarrollo

de burnout; la mayoría de esas variables hicieron referencia a actividades estrechamente relacionadas con cuestiones laborales (por ejemplo, el número de trabajos, las horas de trabajo o el tiempo libre), datos que Arora et al. (2013) ya han reportado.

El presente estudio constituye un primer acercamiento a los niveles de burnout y a los factores asociados a su desarrollo en el personal de urgencias médicas de un hospital en la Ciudad de México; por ende, debido a la naturaleza del mismo, se dispuso de una muestra pequeña y limitada a un solo hospital, lo que es una importante restricción para poder generalizar sus resultados a otras poblaciones; de hecho, las necesidades y problemas encontrados podrían corresponder a condiciones exclusivas de la población evaluada. Habrán de hacerse esfuerzos futuros para evaluar a una mayor cantidad de personas que laboran en urgencias médicas en otros hospitales de la ciudad y del interior del país para representar así la realidad de las condiciones en las que dicho personal se desempeña. En efecto, en este estudio se invitó a participar a todo el personal de urgencias médicas del hospital en el que se realizó la investigación; sin embargo, la selección de la población fue hecha de manera no probabilística y por conveniencia, por lo cual se corre el riesgo de tener sesgos en la población que se representa; por ejemplo, podría ocurrir que únicamente aceptaran participar aquellas personas que pudieran tener mayores necesidades o sufrir más problemas emocionales, caracterizando así, de manera errónea, las necesidades reales de la población de urgencias. En futuros estudios se recomienda seleccionar la muestra de manera probabilística, disminuyendo por consiguiente los riesgos antes descritos.

De igual forma, por las características del estudio no fue necesario realizar procedimientos de cálculo de la muestra; no obstante, al no contarse con dicho cálculo se puede correr el riesgo de generar falsos positivos, cometiendo así el error de tipo 1 (rechazar la hipótesis nula cuando ésta es verdadera; es decir, afirmar que existe una asociación entre el clima organizacional y el desarrollo de burnout en el personal de urgencias cuando en realidad no existe). Futuros esfuerzos deberán ir encaminados a superar esta limitación. Los datos aquí presentados podrán servir como base para calcular la muestra en otra investigación.

Finalmente, se dispuso de una muestra pequeña y heterogénea compuesta por médicos (trabajadores y en formación) y enfermeras (trabajadoras y en formación), por lo que se consideró poco pertinente realizar análisis comparativos entre los subgrupos de la población. Se recomienda que en futuros estudios se hagan esfuerzos para identificar las características y necesidades específicas de cada subgrupo que labore en el mencionado servicio, ya que podrían estar expuestos a carencias muy específicas que requieran atención especial (considérense las guardias que hacen los médicos residentes, no así los médicos adscritos al hospital, o la mayor cantidad de años que tienen laborando las enfermeras en comparación con los residentes médicos).

Es muy clara la tendencia que hay en la investigación para evaluar los factores negativos o los estados disfuncionales asociados con el burnout; con todo, valdría la pena evaluar el otro lado del fenómeno, esto es, los factores protectores que ayudan al trabajador de la salud a no desarrollar burnout en los servicios de urgencias.

Es importante recalcar que en este estudio se obtuvieron porcentajes de burnout casi idénticos a los reportados en la literatura internacional y nacional (66% en este estudio, en comparación con 60-65% en los de Arora et al. [2013] y Loría y Guzmán [2006], entre otros). Se identificaron asimismo asociaciones que previamente han sido reportadas en otras áreas (Bronkhorst et al., 2015), por lo cual es posible que, no obstante las limitaciones del estudio, se hayan obtenido datos similares a los de estudios más robustos, lo que a su vez indicaría que existen condiciones generales semejantes asociadas al desarrollo del problema de burnout en el personal descrito.

Por último, parece pertinente realizar algunas recomendaciones derivadas de los datos internacionales y de los de este mismo estudio para el cuidado del personal de urgencias médicas, a saber: 1) Es indispensable realizar evaluaciones constantes del estado de burnout y emocional en el personal de urgencias, en las cuales también se tomen en cuenta los factores positivos y posiblemente protectores (por ejemplo la resiliencia), además de los negativos (ansiedad, depresión). 2) Es indispensable generar criterios institucionales que promuevan buenas prácticas en cuanto a

la organización del trabajo y las relaciones interpersonales que ocurren en dicho personal. 3) Es indispensable generar planes de intervención basados en la evidencia para aquellos individuos que presenten burnout o problemas relacionados. 4) Es indispensable generar esfuerzos conjuntos para promover medidas novedosas enfocadas a prevenir, identificar y tratar aquellas situaciones asociadas al desarrollo de burnout en ese servicio.

En conclusión, los autores del presente estudio consideran que los datos mostrados son un primer paso necesario para entender los factores relacionados con el desarrollo de burnout en el contexto de la Ciudad de México y, no obstante las limitaciones descritas previamente, constituyen un avance en el entendimiento de los factores asociados a dicho desarrollo en el personal de urgencias médicas.

## REFERENCIAS

- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J. y Diwan, A.D. (2013). Review article: burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25(6), 491-495. doi: 10.1111/1742-6723.12135.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A.T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- 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.
- Brand, S., Beck, J., Hatzinger, M., Harbaugh, A., Ruch, W. y Holsboer-Trachsler, E. (2010). Associations between satisfaction with life, burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(5), 744-754. doi: 10.3109/15622971003624205.
- Bronkhorst, B. (2015). Behaving safely under pressure: The effects of job demands, resources, and safety climate on employee physical and psychosocial safety behavior. *Journal of Safety Research*, 55, 63-72. doi: 10.1016/j.jsr.2015.09.002.
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B. y Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271. doi: 10.1097/HMR.000000000000026.
- Cochrane-Brink, K.A., Lofchy, J.S. y Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445-451.
- Córdova, M., Rosales, J.C. y Eguiluz, L.L. (2005). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2) 311-324.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Massie, F.S., Power, D.V., Eacker, A., Harper, W. y Shanafelt, T.D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334-341.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R. y Shanafelt, T.D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.
- Gershon, R.R.M., Stone, P.W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K. y Chou, S.-S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: A systematic review. *Industrial Health*, 45(5), 622-636.
- Gillespie, M. y Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: A comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 842-851.
- Goldberg, R., Boss, R.W., Chan, L., Goldberg, J., Mallon, W.K., Moradzadeh, D. y McConkie, M.L. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: Four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine*, 3(12), 1156-1164.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. y González, J.J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Green, A.E., Albanese, B.J., Shapiro, N.M. y Aarons, G.A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41-49. doi: 10.1037/a0035299.
- Hakanen, J.J. y Schaufeli, W.B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 415-424. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.043.
- Healy, S. y Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), 31-37. doi: 10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611.
- Jurado, S., Eneida, M., 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(3), 26-31.

- LaSalle, G. (2004). Leadership and the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 22(1), 1-18. doi: 10.1016/S0733-8627(03)00114-7.
- Lindblom, K.M., Linton, S.J., Fedeli, C. y Bryngelsson, I.-L. (2006). Burnout in the working population: Relations to psychosocial work factors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), 51-59. doi: 10.1207/s15327558ijbm1301\_7.
- Lisbona, A., Palací, F.J. y Gómez, A. (2008). Escala de clima para la iniciativa y para la seguridad psicológica: adaptación al castellano y su relación con el desempeño organizacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 153-167.
- Loría C., J. y Guzmán, L. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la Ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5(3), 432-443.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- Maslach, C. y Zimbaro, P.G. (2003). *Burnout: the cost of caring*. Cambridge, MA: Malor Books.
- Peña S., E., Muñoz, J., Campillo Á., A., Fonseca P., E. y García C., E. (2013). Assessing organizational climate: psychometric properties of the CLIOR Scale. *Psicothema*, 25(1), 137-144. doi: 10.7334/psicothema2012.260.
- Poghosyan, L., Aiken, L.H. y Sloane, D.M. (2009). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 894-902. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.004.
- Polanco G., C., Castañón G., J., Buhse, T., Samaniego M., J., Arreguín N., R. y Villanueva M., S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417-424.
- Pompili, M., Innamorati, M., Narciso, V., Kotzalidis, G.D., Dominici, G., Talamo, A. y Tatarelli, R. (2010). Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *La Clinica Terapéutica*, 161(6), 511-514.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A. y Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.002.
- Raup, G.H. (2008). The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *Journal of Emergency Nursing*, 34(5), 403-409. doi: 10.1016/j.jen.2007.08.020.
- 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(2), 211-218.
- Romani, M. y Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *The Libyan Journal of Medicine*, 9, 235-256.
- Schneider, B., Ehrhart, M.G. y Macey, W.H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361-388. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143809.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D. y Oreskovich, M.R. (2011). Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery*, 146(1), 54-62. doi: 10.1001/archsurg.2010.292.
- Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D. y Oreskovich, M.R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199.
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B. y Ekeberg, O. (2008). Suicidal ideation and suicide attempts in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Health*, 50(5), 406-414.
- Uribe P., J.F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(1), 7-21.
- Uribe P., J.F. (2008). *Escala de Desgaste Ocupacional (EDO)*. México: El Manual Moderno.
- West, C.P., Dyrbye, L.N., Satele, D.V., Sloan, J.A. y Shanafelt, T.D. (2012). Concurrent validity of single-item measures of emotional exhaustion and depersonalization in burnout assessment. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11), 1445-1452. doi: 10.1007/s11606-012-2015-7.
- Ylipaavalniemi, J., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Keltikangas-Järvinen, L. y Vahtera, J. (2005). Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: A prospective cohort study of three different models. *Social Science & Medicine*, 61(1), 111-122. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.038.

# Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica<sup>1</sup>

## *Negative influence of social networks on the health of adolescents and young adults: A review of the research literature*

*David Navarrete Villanueva, Sara Castel Feded, Beatriz Romanos Calvo e Ignacio Bruna Barranco<sup>2</sup>*

### RESUMEN

Con la intención de recrearse y compartir una identidad, durante los últimos cinco años el número de adolescentes que utilizan las redes sociales ha aumentado sustancialmente. Sin embargo, es un grupo vulnerable debido a su limitada capacidad de autorregulación y a su gran susceptibilidad a la presión de grupo. El propósito del presente trabajo fue llevar a cabo una revisión de la literatura científica para analizar las influencias negativas de la utilización de dichas redes sociales en los hábitos de vida relacionados con la salud por parte de adolescentes y adultos jóvenes. Para ello, se hizo un rastreo bibliográfico en las bases de datos PubMed/Medline, ScienceDirect, Scielo, Cuiden, Psycodoc, Dialnet y Biblioteca Cochrane, seleccionándose 44 estudios para su análisis, sumándose a estos otros ocho artículos provenientes de la bibliografía. Los resultados muestran numerosas consecuencias que afectan los patrones de sueño, hábitos alimenticios, socialización e incluso adicción a las propias redes sociales o para tener contacto a través de las mismas con drogas no legales. Los autores concluyen que es necesario que los profesionales de la salud diseñen estrategias de prevención y promoción para la salud que, junto con las familias y educadores, incluyan potenciar otras aficiones, estimular la comunicación presencial y utilizar adecuadamente las redes sociales.

**Palabras clave:** Adolescencia; Acoso cibernético; Jóvenes; Redes sociales; Tecnologías de información y comunicación.

### ABSTRACT

*Mainly with the purpose of recreation and sharing an identity, the number of teenagers who use social networks has increased substantially in recent years. In this context however, teenagers represent a vulnerable group because of their limited ability of self-regulation and their high susceptibility to peer pressure. Objective. The aim of the present paper was to review the scientific literature on the analysis of negative influences of the use of social networks by both teenagers and young adults on their health-related lifestyles. To this end, a bibliographic tracking and analysis in several databases was conducted. These sources included: PubMed / Medline, ScienceDirect, Scielo, Cuiden, Psycodoc, Dialnet, and Cochrane Library data. After refining search procedures, a final total of 44 studies were selected for analysis, including eight additional articles from the published articles references. Results revealed negative consequences that affect sleep patterns, eating habits, socialization, and even addiction to social networks, and a propensity to facilitate contact with illegal drugs. The authors conclude that is necessary for health professionals to design and implement strategies aimed at preventing misuse of social networks so as to promote health in the context of families and education. The promotion of alternative activities and other hobbies, as well as stimulating face to face communications, and better uses of social networks is strongly suggested.*

**Key words:** Adolescence; Youth; Cyberbullying; Social nets; Information and communication technologies.

<sup>1</sup> Los autores agradecen a Luis Bernués y a Reyes Torres por darles la oportunidad y la idea de desarrollar este proyecto.

<sup>2</sup> Grado de Enfermería, Calle de Pedro Cerbuna, 12, 50009 Zaragoza, España, tel. (34)976-76-10-00, correo electrónico: davidnavarrete1845@gmail.com. Artículo recibido el 8 de junio y aceptado el 26 de septiembre de 2016.

## INTRODUCCIÓN

Desde la creación de Internet en 1969 por el Departamento de Defensa de Estados Unidos (Campbell-Kelly y Garcia-Swartz, 2013), la humanidad ha sufrido una revolución tecnológica sin precedentes históricos. Desde entonces, los adolescentes han crecido en un mundo tecnológico que ocupa hoy día gran parte de su vida diaria, lo que incluye teléfonos móviles, tabletas, ordenadores, consolas y demás. Junto con las nuevas tecnologías y la Internet, aparecieron formas globalizadas y novedosas de comunicación, entre las que podemos encontrar las redes sociales.

“Red social” es un término utilizado para describir plataformas basadas en Internet para interactuar con personas que comparten con los usuarios intereses, metas comunes o contextos similares, o que simplemente son conocidos (Francomano y Harpin, 2015). Así, las redes sociales están cambiando la forma de comunicación e interacción entre las personas, siendo ese cambio más acentuado entre los jóvenes.

La extensión de la vida social en el ciberespacio representa un cambio significativo e irreversible en la forma de vida en general de la sociedad, en particular la de los adolescentes y adultos jóvenes; de hecho, más de 90% de ellos usa la Internet y las redes sociales para comunicarse y mantener relaciones sociales. En España, 41% de los niños de 11 años de edad tiene un teléfono móvil; a los 13, más de 75% de ellos dispone ya de este tipo de tecnología, y a los 15, más de 90%. Disponer de una conexión permanente parece atender la enorme necesidad de tener un contacto constante con los iguales (Instituto Nacional de Estadística, 2015).

El número de adolescentes que utilizan las redes sociales ha aumentado sustancialmente en los últimos cinco años. El Instituto Nacional de Estadística (2015), en su Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, expone que más de la mitad de la población española (51.1%) participa en las redes sociales, destacando que los más participativos son los estudiantes (92%) y los jóvenes de 16 a 24 años (91.3%). Por otro lado, los últimos datos publicados en la VI Encuesta de IAB (2015) revelan que 97% de los adolescentes espa-

ñoles de entre 14 y 17 años de edad emplean las redes sociales, y que en 2014 la red social más utilizada por ellos fue Facebook (78%), seguida por YouTube (70%), Twitter (61%) e Instagram (60%). También cabe destacar los resultados de dos estudios recientes; en primer lugar, el de Rial, Gómez, Varela y Braña (2014), realizado en Galicia en jóvenes de educación secundaria obligatoria, quienes, al preguntárseles las razones de estar conectados a Internet, 85% respondió que para hacer uso de las redes sociales. El segundo, de Tsitsika et al. (2014), hecho en varios países europeos, añade que 40% de los adolescentes pasa diariamente dos o más horas en las redes sociales, a diferencia de los adolescentes estadounidenses de entre 15 y 18 años, que gastan menos tiempo en las redes sociales: una media de 48 minutos diariamente (Rideout, Foehr y Roberts, 2010).

Los usos de las redes sociales por parte de los adolescentes son diversos. Los más jóvenes las emplean generalmente para recrearse y compartir una identidad muy elaborada que realza sus puntos fuertes. Una vez experimentada esta “fase identitaria”, los adolescentes mayores tienden a destacar sus relaciones y a mantener conexiones con otras personas, en particular con aquellas conocidas fuera de la Internet (Livingstone, 2008; Subrahmanyam, Reich, Waechter y Espinoza, 2008).

Por tanto, las redes sociales ocupan un lugar cada vez más preponderante en el proceso de socialización de adolescentes. Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, tiene especial interés conocer las influencias negativas en la salud que trae consigo el mal uso de las redes sociales por la limitada capacidad de autorregulación y la gran susceptibilidad a la presión de grupo que tienen los adolescentes y adultos jóvenes, para así poder realizar actividades de prevención y promoción para la salud.

## MÉTODO

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura sobre las redes sociales y su uso por adolescentes y adultos jóvenes, publicada en los últimos diez años (hasta febrero de 2016) en inglés, español o portugués.

Se desarrolló un protocolo de trabajo que describe las siguientes etapas del proceso: 1) definición de los criterios de selección (criterios de inclusión y de exclusión); 2) búsqueda de los artículos relevantes publicados; 3) selección de los títulos y resúmenes que cumplen los criterios de selección; 4) revisión de los artículos (texto completo) que representan los estudios seleccionados, y 5) análisis y síntesis de los datos.

### Criterios de selección

Fueron incluidos los estudios que analizaran las influencias negativas (o riesgos) sobre la salud en adolescentes y adultos jóvenes, con edades de entre 13 y 25 años. Los criterios de exclusión fueron, a saber: a) artículos de validación de instrumentos relacionados con las redes sociales y la adolescencia, y b) artículos que analizaran el uso de redes sociales en enfermedades concretas, aunque fuera en adolescentes.

### Estrategia de búsqueda selección y revisión de los estudios

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda bibliográfica incluyeron PubMed/Medline, ScienceDirect, SciELO, Cuiden, Psycodoc, Dialnet y Cochrane, a través del buscador AlcorZe de la Universidad de Zaragoza y de Google Académico. Se utilizaron varias combinaciones de las siguientes palabras clave en inglés: *adolescence, social networking, teenagers, socialmedia, Internet, Facebook, Twitter, prevention, health, sleep, cyber-*

*bullying y sexting*<sup>3</sup>. Las palabras clave en español fueron las siguientes: *adolescencia, redes sociales, adolescentes, Internet, Facebook, Twitter, prevención, salud, sueño, ciberviolencia y sexteo*. También se utilizó el vínculo “Related articles” de PubMed y se revisaron las listas de referencias de los artículos encontrados con la intención de identificar posibles estudios no incluidos en las bases de datos. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta de las referencias citadas en los estudios seleccionados.

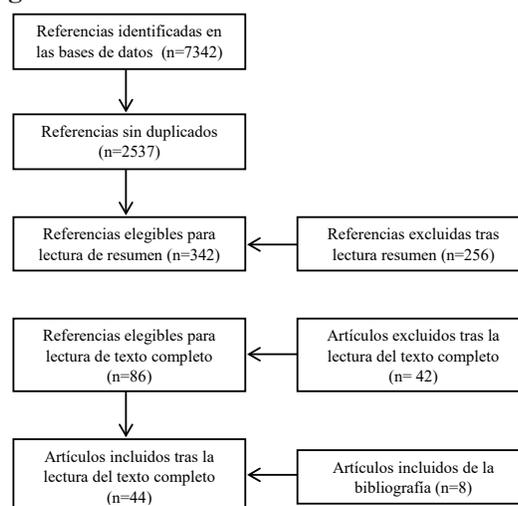
Dos revisores (DN y SC) hicieron una selección inicial de los estudios a partir de los títulos y resúmenes recuperados en las bases de datos, cribando los artículos encontrados a partir de dichos títulos y resúmenes según los criterios de inclusión y exclusión, a fin de que fueran pertinentes, actuales y adecuados a la materia de estudio. A continuación, se recuperaron las publicaciones completas de los estudios previamente seleccionados.

### RESULTADOS

En la Figura 1 se puede observar que se identificó un total de 7,342 referencias en las bases de datos consultadas. Al eliminar las duplicadas, se revisaron 2,537, de las que se seleccionaron 113 para la lectura de texto completo. Finalmente, se incluyeron 52 estudios, 8 de ellos contenidos en las referencias de los encontrados en las bases de datos.

En la Tabla 1 se detallan las características de los estudios incluidos.

**Figura 1.** Proceso de selección de las referencias.



<sup>3</sup> Sexting se refiere al envío de materiales eróticos o pornográficos a través de teléfonos móviles. Se traduce al español como “sexteo”.

**Tabla 1.** Características de los estudios incluidos.

| Autor(es)   | Año  | Tipo de estudio                                | País(es) y muestra                                | Área de estudio               | Título   |
|---|------|--|---|-------------------------------|--|
| Ahern y Mechling  | 2013 | Revisión narrativa                             |   | Socialización sexual y sexteo | Sexting. serious problems for youth.   |
| Arab y Díaz   | 2015 | Revisión narrativa                             |   | Acoso cibernético             | Impacto de las redes sociales e Internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos.   |
| Arora, Broglia, Thomas y Taheri                               | 2014 | Estudio transversal                            | Reino Unido<br>N = 738<br>(11-13 años)            | Sueño                         | Associations between specific technologies and adolescent sleep quantity, sleep quality, and parasomnias.  |
| Balakrishnan y Shamim   | 2013 | Estudio cualitativo y cuantitativo transversal | Malasia<br>N = 707<br>(20-23 años)                | Adicción a las RRSS           | Malaysian facebookers: Motives and addictive behaviours unraveled.   |
| Berne, Frisén y Kling   | 2014 | Estudio cualitativo                            | Suecia<br>N = 27<br>(15 años)                     | Acoso cibernético             | Appearance-related cyberbullying: A qualitative investigation of characteristics, content, reasons, and effects.   |
| Bottino, Bottino, Regina, Correia y Ribeiro                   | 2015 | Revisión sistemática                           |   | Acoso cibernético             | Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review.   |
| Cain y Gradisar   | 2010 | Revisión sistemática                           |   | Sueño                         | Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review.  |
| Çam e İşbulan   | 2012 | Estudio transversal                            | Turquía<br>N = 1,494                              | Adicción a las RRSS           | A new addiction for teacher candidates: social networks.   |
| Caravaca et al.   | 2016 | Estudio transversal                            | España<br>N = 543<br>(media de edad de 22.6 años) | Acoso cibernético             | Prevalence and patterns of traditional bullying victimization and cyber-teasing among college population in Spain.   |
| Chang, Aeschbacher, Duffy y Czeisler                          | 2015 | Estudio transversal                            | Estados Unidos<br>N = 12                          | Sueño                         | Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness.   |
| Cuadrado y Fernández  | 2016 | Estudio transversal                            | España<br>N = 1,753<br>(12-16 años)               | Acoso cibernético             | Adolescents' perception of the characterizing dimensions of cyberbullying: Differentiation between bullies' and victims' perceptions.  |
| Dempsey, Sulkowski, Nichols y Storch                          | 2009 | Estudio transversal                            | Estados Unidos<br>N = 1,684<br>(11-16 años)       | Acoso cibernético             | Differences between peer victimization in cyber and physical settings and associated psychosocial adjustment in early adolescence.   |
| Doornwaard, Moreno, van den Eijnden, Vanwesenbeeck y ter Bogt | 2014 | Estudio transversal                            | Holanda<br>N = 104<br>(11-18 años)                | Socialización sexual y sexteo | Young adolescents' sexual and romantic reference displays on Facebook.   |
| Durán y Guerra  | 2015 | Estudio transversal                            | España<br>N = 221<br>(18-22 años)                 | Adicción a las RRSS           | Usos y tendencias adictivas de una muestra de estudiantes universitarios españoles a la red social Tuenti: la actitud positiva hacia la presencia de la madre en la red como factor protector. |

Continúa...

|  |      |                     |  |                      |   |
|--|------|---------------------|--|----------------------|---|
| Echeburúa  | 2012 | Revisión            |  | Adicción a las RRSS  | Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes.                           |
| Elipe, Mora, Ortega y Casas                            | 2015 | Estudio transversal | España<br>N = 636<br>(95% entre 18-25 años)      | Acoso cibernético    | Perceived emotional intelligence as a moderator variable between cybervictimization and its emotional impact.   |
| Elphinston y Noller                                    | 2011 | Estudio transversal | Australia<br>N = 342<br>(18-25 años)             | Adicción a las RRSS  | Time to face it! Facebook intrusion and the implications for romantic jealousy and relationship satisfaction.   |
| García   | 2014 | Estudio transversal | España<br>N = 2,038<br>(12-18 años)              | Acoso cibernético    | Victimización de menores por actos de ciberacoso continuado y actividades cotidianas en el ciberespacio.  |
| Hong, Huang, Lin y Chiu                                | 2014 | Estudio transversal | Taiwán<br>N = 241                                | Adicción a las RRSS  | Analysis of the psychological traits, Facebook usage, and Facebook addiction model of Taiwanese university students.                                      |
| Hysing et al.  | 2015 | Estudio transversal | Noruega<br>N = 9,846<br>(16-19 años)             | Sueño                | Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study.  |
| King, Delfabbro, Zwaans y Kaptis                       | 2014 | Estudio transversal | Australia<br>N = 1,287<br>(12-18 años)           | Sueño                | Sleep interference effects of pathological electronic media use during adolescence.   |
| Koc y Gulyageci  | 2013 | Estudio transversal | Turquía<br>N = 447                               | Adicción a las RRSS  | Facebook addiction among Turkish college students: the role of psychological health, demographic, and usage characteristics.                              |
| Kowalski y Limber                                      | 2013 | Estudio transversal | Estados Unidos<br>N = 931<br>(11-19 años)        | Acoso cibernético    | Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying.   |
| Kremers, van der Horst y Brug                          | 2007 | Estudio transversal | Holanda<br>N = 383                               | Hábitos alimentarios | Adolescent screen-viewing behaviour is associated with consumption of sugar-sweetened beverages: The role of habit strength and perceived parental norms. |
| Lee, Cheung y Thadani                                  | 2012 | Estudio transversal | Hong Kong<br>N = 200<br>(87.5% entre 16-25 años) | Adicción a las RRSS  | An investigation into the problematic use of Facebook.  |
| Lemola, Perkinson-Gloor, Brand, Dewald-Kaufmann y Grob | 2015 | Estudio transversal | Suiza<br>N = 362<br>(12-17 años)                 | Sueño                | Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age.   |
| Levenson, Shensa, Sidani, Colditz y Primack            | 2016 | Estudio transversal | Estados Unidos<br>N = 1,788<br>(19-32 años)      | Sueño                | The association between social media use and sleep disturbance among young adults.  |
| Litt y Stock   | 2011 | Estudio transversal | Estados Unidos<br>N = 189<br>(13-15 años)        | Alcohol              | Adolescent alcohol-related risk cognitions: The roles of social norms and social networking sites.  |

|   |      |                      |  |                               |   |
|---|------|----------------------|--|-------------------------------|---|
| Lopez, Honrubia, Gibson y Griffiths       | 2014 | Estudio transversal  | Reino Unido<br>N = 1097<br>(11-18 años)          | Adicción a las RRSS           | Problematic Internet use in British adolescents: An exploration of the addictive symptomatology.  |
| Lovato y Gradisar                         | 2014 | Metaanálisis         |  | Sueño                         | A meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: Recommendations for future research and clinical practice. |
| Mishna, Cook, Gadalla, Daciuk y Solomon   | 2010 | Estudio transversal  | Canadá<br>N = 2,186                              | Acoso cibernético             | Cyberbullying behaviors among middle and high school students.  |
| Moore y Rosenthal                         | 2006 | Libro                |  | Socialización sexual y sexteo | Sexuality in adolescence: current trends.   |
| Moreno, Brockman, Wasserheit y Christakis | 2012 | Estudio transversal  | Estados Unidos<br>N = 118<br>(18-19 años)        | Socialización sexual y sexteo | A pilot evaluation of older adolescents' sexual reference displays on Facebook.   |
| Moreno y Kolb                             | 2012 | Revisión narrativa   |  | Socialización sexual y sexteo | Social networking sites and adolescent health.  |
| Mu, Moore y LeWinn                        | 2015 | Estudio transversal  | Estados Unidos<br>N = 45,532                     | Alcohol                       | Internet use and adolescent binge drinking: Findings from the monitoring the future study   |
| Navarrete-Galiano                         | 2009 | Estudio cualitativo  |  | Acoso cibernético             | Los medios de comunicación y la concienciación social en España frente al acoso escolar.  |
| Notar, Padgett y Roden                    | 2013 | Revisión sistemática |  | Acoso cibernético             | Cyberbullying: a review of the literature.  |
| O'Keeffe y Clarke-Pearson.                | 2011 | Revisión narrativa   |  | Socialización sexual y sexteo | Clinical report: The impact of social media on children, adolescents, and families.   |
| Olweus y Limber                           | 2010 | Revisión narrativa   |  | Acoso cibernético             | Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program  |
| Owens                                     | 2014 | Revisión narrativa   |  | Sueño                         | Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences.   |
| Pearson y Biddle                          | 2011 | Revisión sistemática |  | Hábitos alimentarios          | Sedentary behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults.   |
| Rodríguez y Fernández                     | 2014 | Estudio transversal  | Colombia<br>N = 96<br>(11-15 años)               | Adicción a las RRSS           | Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en Internet y la salud mental en adolescentes colombianos.                                      |
| Ryan, Chester, Reece y Xenos              | 2014 | Revisión             |  | Adicción a las RRSS           | The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction.  |
| Sampasa-Kanyinga, Chaput y Hamilton       | 2015 | Estudio transversal  | Canadá<br>N = 9,858<br>(edad media de 15,2 años) | Hábitos alimentarios          | Associations between the use of social networking sites and unhealthy eating behaviors and excess body weight in adolescents.                         |

Continúa...

|   |      |                               |  |                     |  |
|---|------|-------------------------------|--|---------------------|--|
| Tavernier y Willoughby                              | 2014 | Estudio longitudinal (3 años) | Canadá<br>N = 942<br>(17-25 años)  | Sueño               | Sleep problems: predictor or outcome of media use among emerging adults at university?   |
| Tsitsika et al.                                     | 2015 | Estudio transversal           | España, Polonia, Holanda, Rumania, Islandia y Grecia<br>N = 10,930<br>(14-17 años) | Acoso cibernético   | Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. |
| Uysal, Satıcı y Akin                                | 2013 | Estudio transversal           | Turquía<br>N = 297<br>(18-25 años)   | Adicción a las RRSS | Mediating effect of facebook addiction on the relationship between subjective vitality and subjective happiness.                                   |
| Vernon, Barber y Modecki                            | 2015 | Estudio transversal           | Australia<br>N = 1886<br>(12-18 años)  | Sueño               | Adolescent problematic social networking and school experiences: The mediating effects of sleep disruptions and sleep quality.                     |
| Wang, Nansel y Iannotti                             | 2011 | Estudio transversal           | Estados Unidos<br>N = 7313<br>(edad media de 14,2 años)                            | Acoso cibernético   | Cyber and traditional bullying: Differential association with depression.  |
| Wigderson y Lynch                                   | 2013 | Estudio transversal           | Estados Unidos<br>N = 388<br>(11-18 años)  | Acoso cibernético   | Cyber- and traditional peer victimization: Unique relationships with adolescent well-being   |
| Wood, Rea, Plitnick y Figueiro                      | 2013 | Estudio transversal           | Estados Unidos<br>N = 13   | Sueño               | Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression.                                       |
| Zaremohzzabieh, Abu Samah, Zobidah, Bolong y Akhtar | 2014 | Estudio cualitativo           | Malasia<br>N = 9<br>(25-30 años)   | Adicción a las RRSS | Addictive Facebook Use among university students.  |

Como resultado de la revisión bibliográfica pertinente, se encontró un elevado uso de las redes sociales por parte de los jóvenes y adolescentes, de lo cual se desprende el interés por atender los problemas o posibles problemas (afectación del sueño, hábitos alimenticios, consumo de drogas, hostigamiento cibernético, socialización sexual o “sexteo” y problemas de adicción y salud mental) que pueden originar tal suceso en un grupo etario tan vulnerable por su relación con procesos neuropsicobiológicos y sociales específicos.

## DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos muestran las altas cifras de uso de las redes sociales por parte de los adolescentes debidas a la gran atracción que ejercen las redes sociales en este grupo. Su uso

trae consigo una serie de riesgos derivados de las influencias negativas en la salud, por lo que es necesario estudiarlas para así poder prevenirlas.

### Sueño y redes sociales

Varios estudios publicados en los últimos años (Arora et al., 2014; Cain y Gradisar, 2010; Hysing et al., 2015; King et al., 2014; Lemola et al., 2015; Levenson et al., 2016) demuestran una fuerte asociación entre el uso de las redes sociales y las alteraciones del sueño: los que usan frecuentemente las redes sociales tienen tres veces más posibilidades de padecer despertares precoces y problemas para dormir. Dichos estudios señalan además que la frecuencia de visitas a las redes sociales es un buen predictor de dificultades para dormir. Existen tres posibles mecanismos que subyacen a esta asociación (Lovato y Gradisar, 2014): en primer

lugar, el uso de redes sociales puede desplazar el tiempo de sueño; en segundo, puede promover la activación emocional, cognitiva o fisiológica (por ejemplo, ver un video en YouTube o participar en una discusión polémica en Facebook antes de ir a dormir puede contribuir a desarrollar trastornos del sueño), y por último, la luz brillante emitida por los dispositivos puede suprimir la secreción de melatonina y retrasar los ritmos circadianos y la iniciación del sueño (Chang et al., 2015; Wood et al., 2013). Adicionalmente, existe evidencia de que aquellos jóvenes que no pueden dormir utilizan las redes sociales para pasar el tiempo de vigilia y evitar así la angustia de no dormir, lo que puede constituir un círculo vicioso que aumenta las alteraciones del sueño (Levenson et al., 2016; Tavernier y Willoughby, 2014). La disminución de horas de sueño conlleva diversas consecuencias en la salud durante la adolescencia, como la disminución de la satisfacción y la evaluación escolar (Owens, 2014; Vernon et al., 2015), el desarrollo de un mayor riesgo de depresión (Lemola et al., 2015; Lovato y Gradisar, 2014) y obesidad (Owens, 2014).

### **Hábitos alimentarios poco saludables y redes sociales**

Un estudio realizado por Sampasa-Kanyinga et al. (2015) asocia el uso de las redes sociales con la mayor probabilidad de omitir el desayuno y el consumo de bebidas azucaradas y energéticas. Estos resultados corroboran investigaciones previas e indican que los hábitos sedentarios –en concreto, el tiempo en frente de una pantalla (en inglés *screen time*)– es un predictor de hábitos alimenticios poco saludables (Kremers et al., 2007; Pearson y Biddle, 2011).

### **Consumo excesivo de alcohol y redes sociales**

En cuanto a la influencia de las redes sociales y el consumo de alcohol, se ha hallado que entre más horas se utilice la Internet por parte de adolescentes, ese consumo adopta una forma compulsiva (*binge drinking*), siendo mayor esa asociación en los adolescentes jóvenes y cuando las redes sociales son el uso de Internet más extendido (Mu et al., 2015). En relación a lo anterior, Litt y Stock

(2011) proporcionan evidencia de que los adolescentes que usan redes sociales pueden verse influidos para consumir alcohol debido al uso de materiales (imágenes, videos y otros) con contenido relacionado con el uso de alcohol, y por tanto percibir que una gran mayoría de personas lo consume.

### **Hostigamiento cibernético a través de las redes sociales**

El *bullying*, o maltrato escolar entre iguales en la adolescencia, comenzó a estudiarse en los años 70 por el psicólogo Dan Olweus, quien definió el fenómeno como cualquier forma de conducta agresiva (psicológica, verbal o física) producida entre escolares (menores), con una intencionalidad clara por parte del acosador –sea o no manifiesta– y que no se produce ocasionalmente sino de manera reiterada a lo largo del tiempo (Olweus y Limber, 2010).

El hostigamiento a través de la comunicación electrónica es lo que se ha denominado “hostigamiento cibernético” o “ciberviolencia” (*cyberbullying*), que se refiere a la forma en que los medios de comunicación pueden favorecer dicha violencia e incluso ejercerla sobre distintos grupos de personas (Mishna et al., 2010). Puede incluir la difusión de rumores, la publicación de datos privados, el envío de imágenes y textos comprometedoros o fuera de lugar, la creación perfiles falsos para hacerse pasar por otras personas, la práctica de hacer bromas por encima de lo aceptable y otros (Mishna et al., 2010).

García (2014) hace hincapié en las formas concretas de dicho hostigamiento (como atormentar, amenazar, acosar, humillar, avergonzar, etc.), afirmando que ocurre cuando “un niño, adolescente o preadolescente es atormentado, amenazado, acosado, humillado y avergonzado por otra persona desde Internet mediante medios interactivos, tecnologías digitales y teléfonos”. Estas formas se hallan vinculadas a las razones de perpetrarlas, entre las que se encuentran la mayor popularidad, el sentimiento de poder, los celos, la revancha y el no percibir las consecuencias emocionales (Berne et al., 2014; Notar et al., 2013), pues el menor tiene dificultad para comprender la importancia de lo que significa el respeto al otro y a su privacidad.

Por otro lado, las víctimas no suelen denunciar por el temor de perder el acceso a Internet o al móvil o de quedar fuera del círculo de iguales, lo que conlleva sufrir una mayor confusión y sufrimiento (Navarrete, 2009).

Pero no es sólo el hostigamiento cibernético una de las formas de violencia continuada que pueden tener lugar en el ciberespacio; también se halla el acoso cibernético, o *cyberstalking*, que se diferencia del primero en cuanto a los protagonistas de la agresión. Así, se estará ante un caso de hostigamiento cibernético cuando el autor que lo realice sea un menor (o varios) que dirige sus acciones a otro menor, tal y como plantea Marco (2010) al referirse al “acoso psicológico entre iguales”; en cambio, será un caso de acoso cibernético, o ciberacoso, cuando la agresión se produzca entre adultos (García, 2014).

La prevalencia media en Europa de la ciberviolencia, según el estudio de Tsitsika et al. (2015), es de 21.4%, y sitúa la que ocurre en España en 13.3%, de modo que este país se halla entre las naciones de la Unión Europea con menor prevalencia. En lo referente a las diferencias de género, el estudio revela que hay una prevalencia de 5% más en mujeres que en hombres, lo que corroboran otros estudios. Por ejemplo, Kowalski y Limber (2013) encuentran que las mujeres tienen más probabilidad de sufrir hostigamiento cibernético que los hombres (15 vs. 7%); de igual manera, otro estudio (Dempsey et al., 2009) halló como un dato significativo el que más mujeres hayan manifestado ser víctimas en comparación con los hombres (17 vs. 11%).

Los adolescentes vinculados a este fenómeno utilizan los medios de comunicación como otra forma de ejercer violencia, caracterizada por el anonimato, por la posibilidad de ocurrir en cualquier momento y por llegar a una gran audiencia, características que lo diferencian del acoso “cara a cara”. Pero también hay características definitorias que unen ambos tipos de acoso: el intento de hacer daño, el desequilibrio en el poder y la repetición (Cuadrado y Fernandez, 2016). El hostigamiento cibernético suele ser una extensión virtual del maltrato realizado presencialmente (Arab y Díaz, 2015; Mishna et al., 2010). De hecho, 65.7% de las víctimas de acoso presencial también sufren ciberacoso, y 77.6% de las víctimas de ciberacoso

son asimismo víctimas del acoso presencial (Caravaca et al., 2016). Aun así, varios investigadores exponen que el hostigamiento cibernético es más dañino o nocivo para las víctimas, y que, juntos, ambos tipos de acoso pueden tener consecuencias muy negativas para la salud de las víctimas (Wang et al., 2011; Wigderson y Lynch, 2013). En efecto, el acoso informático tiene consecuencias parecidas a las del acoso presencial, como la disminución del rendimiento académico, la dificultad para la integración social y la baja autoestima; causa emociones que van desde la tristeza a la ira, hasta problemas complejos de salud, como el abuso de drogas, la depresión o la ideación suicida (Elipe et al., 2015; Tsitsika et al., 2015), y se desarrolla un proceso inadecuado de socialización en el adolescente acosado (Mishna et al., 2010). También se ha descubierto que las consecuencias del acoso están muy ligadas a la inteligencia emocional de cada víctima (Bottino et al., 2015; Elipe et al., 2015).

### **Socialización sexual y sexteo en las redes sociales**

Las redes sociales también han sido descritas como plataformas nuevas y poderosas para la exploración romántica y sexual (Moreno, Brockman et al., 2012). Estudios como los de Doornwaard et al. (2014) y Moore y Rosenthal (2006) han evaluado perfiles de Facebook y otras redes sociales, concluyendo que una cuarta parte de los adolescentes que utilizan redes sociales muestran referencias sexuales y románticas. Los adolescentes más jóvenes, sobre todo aquellos más conectados a las redes sociales en lo referente a la exploración sexual, muestran en ellas el reflejo de experiencias e intereses *offline*, al contrario que los adolescentes mayores, que las utilizan para difundir sus intenciones sexuales y románticas. También se evidencia la presión de grupo ejercida desde las redes sociales, pudiendo los jóvenes socializarse de una manera concreta en lo referente a la sexualidad (Doornwaard et al., 2014).

En este rubro cabe destacar también el fenómeno denominado sexteo. Los datos publicados por la Diputación Provincial de Alicante y el Centro Crímina informan que esta práctica la lleva a cabo 8.5% de los adolescentes en el caso del envío

de fotos, pero que se reduce a 2% cuando se trata de vídeos. Los menores ignoran que este tipo de material puede ser difundido fácil y ampliamente, de forma que el remitente inicial pierde totalmente el control de la difusión de estos contenidos de carácter sexual (García, 2014). Además del riesgo que existe por la publicación sin permiso de estos contenidos y las posibles consecuencias negativas que ello conlleva (Arab y Díaz, 2015); el sexteo se asocia a comportamientos sexuales de riesgo, como el sexo sin protección o múltiples parejas sexuales, pero también al abuso de sustancias, el hostigamiento cibernético (Ahern y Mechling, 2013), el estrés emocional y el bajo rendimiento académico (Moreno y Kolb, 2012).

## Adicción a las nuevas tecnologías y salud mental

Se define la ciberadicción como un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre el uso de Internet (Arab y Díaz, 2015). En los últimos años ha aumentado el número de investigadores y profesionales sanitarios que aceptan la posibilidad de que el uso de aplicaciones *online* puede ser adictivo (Ryan et al., 2014).

En los estudios analizados se encontraron varios factores asociados a la adicción a las nuevas tecnologías, los que se aprecian en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Factores asociados a la adicción de las nuevas tecnologías.

|   |
|---|
| Ser varón (Çam y İşbulan, 2012).  |
| Pertener a un curso avanzado dentro de la universidad (Çam y İşbulan, 2012).  |
| Usar las redes sociales con asiduidad (niveles altos de uso) (Hong et al., 2014; Koc y Gulyagci, 2013).   |
| Actuar compulsivamente para comprobar el estado en las redes sociales (Zaremohzzabieh et al., 2014).  |
| Tener entornos familiares rígidos, caracterizados por un estilo educativo autoritario, pero también permisivo o desestructurado, con normas inexistentes o inconsistentes y con falta de coherencia entre el modelo paterno y el materno (Echeburúa, 2012). |
| Entablar relaciones con un grupo de personas que abusan de las nuevas tecnologías (Echeburúa, 2012).  |
| <i>Variables psicológicas:</i>  |
| Baja satisfacción con las relaciones sociales y aislamiento social (Elphinston y Noller, 2011).   |
| Problemas psiquiátricos previos (depresión, TDAH o fobia social) (Echeburúa, 2012; Hong et al., 2014).  |
| Ansiedad (Koc y Gulyagci, 2013).  |
| Felicidad y vitalidad subjetiva (Uysal et al., 2013).   |
| Conducta agresiva, ruptura de reglas y problemas de atención (Rodríguez y Fernández, 2014).   |

En cuanto a los síntomas de la adicción a las redes sociales, los estudios encontrados realzan seis síntomas: preferencia *online* de interacción social con el objetivo final de regular el estado de ánimo (Lee et al., 2012); pérdida de control, entendida como la incapacidad de controlar el tiempo gastado en las redes sociales; síntomas de abstinencia (ansiedad, depresión e irritabilidad) ante la imposibilidad temporal de acceder a las redes sociales; recaídas al intentar reducir el uso de las redes sociales; tolerancia (es decir, la necesidad creciente de aumentar el tiempo de conexión para sentirse satisfecho), y prioridad (en inglés *salience*) cognitiva o de comportamiento, la que se define como la importancia que se da a la búsqueda o el consumo de las redes sociales en el pensamiento o en las acciones del consumidor. Dicha prioridad es considerada en algunos estudios como el ma-

yor indicador de adicción a las nuevas tecnologías y figura entre los criterios de dependencia de la CIE-10 (Balakrishnan y Shamim, 2013; López et al., 2014; Ryan et al., 2014; Zaremohzzabieh et al., 2014).

Un resultado destacado fue el hallado en la investigación hecha por Durán y Guerra (2015), de la Universidad de Sevilla, quienes muestran que la posibilidad de tener a la madre como contacto en las redes sociales se relaciona con una reducción de la tendencia adictiva en los jóvenes (cf. también Tuenti Móvil e IPSOS, 2014), abriendo el escenario al control que pueden ejercer los padres, en el que no se trata tanto de limitar el acceso a Internet como de estar presentes en el mismo medio, ofreciendo así al joven nuevas vías de comunicación.

Por último, es necesario destacar las limitaciones en la realización del estudio. En la selección de artículos se incluyeron estudios con diferentes metodologías (cuantitativa, cualitativa, revisiones...), en el afán de hallar aquellos con mayor relevancia para el presente trabajo. Este hecho supone una dificultad añadida a la comparación de los resultados entre los diferentes estudios, pero aporta una mayor representatividad de los mismos y evita pérdidas de información por no haber sido valorados en la búsqueda.

## CONCLUSIÓN

Como se desprende de esta revisión bibliográfica, existen diversos riesgos o influencias negativas en el uso de las redes sociales por parte de adolescentes y adultos jóvenes, que van desde la disminución de horas totales de sueño hasta la violencia virtual y la adicción. Por esta razón, son necesarias algunas estrategias de prevención que incluyan el fomento de otras aficiones, la estimulación de la comunicación presencial y la limitación del uso de las redes sociales. Para ello, es necesario incluir a

profesionales de la salud y familias, a fin de que los primeros informen a los padres de cómo actuar para prevenir los riesgos que entrañan las redes sociales y los diferentes usos de Internet, y así estos se eduquen y adquieran constantemente nuevos conocimientos para supervisar a sus hijos y sean, a la vez, un ejemplo del buen uso de tales redes. Estas nuevas tecnologías no solo influyen negativamente, pues pueden tener usos realmente positivos, lo que corroboran muchos estudios científicos. Entre los efectos positivos de un uso controlado y supervisado se hallan la facilitación de la interacción social, la potenciación del desarrollo cognoscitivo, el desarrollo de sentimientos de competencia y la generación de diversos elementos educativos, como la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, y el fortalecimiento de hábitos saludables.

Los autores de la presente revisión bibliográfica proponen, como posibles líneas de trabajo en próximos estudios, plantear los diferentes modelos que pueden explicar la relación negativa explicada en esta revisión entre las redes sociales y los adolescentes.

## REFERENCIAS

- Ahern, N.R. y Mechling, B. (2013). Sexting: Serious problems for youth. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(7), 22-30.
- Arab L., E. y Díaz G., A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7-13.
- Arora, T., Broglia, E., Thomas, G.N. y Taheri, S. (2014). Associations between specific technologies and adolescent sleep quantity, sleep quality, and parasomnias. *Sleep Medicine*, 15(2), 240-247.
- Balakrishnan, V. y Shamim, A. (2013). Malaysian facebookers: Motives and addictive behaviours unraveled. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1342-1349.
- Berne, S., Frisen, A. y Kling, J. (2014). Appearance-related cyberbullying: A qualitative investigation of characteristics, content, reasons, and effects. *Body Image*, 11(4), 527-533.
- Bottino, S.M.B., Bottino, C.M.C., Regina, C.G., Correia, A.V.L. y Ribeiro, W.S. (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(3), 463-475.
- Cain, N. y Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine*, 11(8), 735-742.
- Çam, E. y İşbulan, O. (2012). A new addiction for teacher candidates: social networks. *Turkish Online Journal of Educational Technology*, 11(3), 14-19.
- Campbell-Kelly, M. y Garcia-Swartz, D. (2013). The history of the internet: the missing narratives. *Journal of Information Technology*, 28(1), 18-33.
- Caravaca S., F., Falcón R., M., Navarro Z., J., Luna R.C., A., Rodrigues F., O. y Luna M., A. (2016). Prevalence and patterns of traditional bullying victimization and cyber-teasing among college population in Spain. *BMC Public Health*, 16(1), 176.
- Chang, A.M., Aeschbach, D., Duffy, J.F. y Czeisler, C.A. (2015). Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(4), 1232-1237.

- Cuadrado G., I. y Fernández A., I. (2016). Adolescents' perception of the characterizing dimensions of cyberbullying: Differentiation between bullies' and victims' perceptions. *Computers in Human Behavior*, 55, 653-663.
- Dempsey, A.G., Sulkowski, M.L., Nichols, R. y Storch, E.A. (2009). Differences between peer victimization in cyber and physical settings and associated psychosocial adjustment in early adolescence. *Psychology in the Schools*, 46(10), 962-972.
- Doornwaard, S.M., Moreno, M.A., van den Eijnden, R.J.J.M., Vanwesenbeeck, I. y ter Bogt, T.F.M. (2014). Young adolescents' sexual and romantic reference displays on Facebook. *Journal of Adolescent Health*, 55(4), 535-541.
- Durán, M. y Guerra, J. (2015). Usos y tendencias adictivas de una muestra de estudiantes universitarios españoles a la red social Tuenti: La actitud positiva hacia la presencia de la madre en la red como factor protector. *Anales de Psicología*, 31(1), 260-267.
- Echeburúa O., E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 435-448.
- Elipe, P., Mora M., J.A., Ortega R., R. y Casas, J.A. (2015). Perceived emotional intelligence as a moderator variable between cybervictimization and its emotional impact. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Elphinston, R.A. y Noller, P. (2011). Time to face it! Facebook intrusion and the implications for romantic jealousy and relationship satisfaction. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(11), 631-635.
- Tuenti Móvil e IPSOS (2014). *Estudio de Tuenti Móvil sobre hábitos de conexión a internet en el móvil realizado en colaboración con IPSOS*. Madrid: Autores. Disponible en línea: [http://www.ipsos.es/sites/default/files/documents/tuenti\\_20141126.pdf](http://www.ipsos.es/sites/default/files/documents/tuenti_20141126.pdf).
- Francomano, J.A. y Harpin, S.B. (2015). Utilizing social networking sites to promote adolescents' health. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 33(1), 10-20.
- García G., N. (2014). *Victimización de menores por actos de ciberacoso continuado y actividades cotidianas en el ciberespacio*. Tesis inédita de doctorado. Murcia (España): Universidad de Murcia.
- Hong, F., Huang, D., Lin, H. y Chiu, S. (2014). Analysis of the psychological traits, Facebook usage, and Facebook addiction model of Taiwanese university students. *Telematics and Informatics*, 31(4), 597-606.
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K.M., Jakobsen, R., Lundervold, A. y Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open*, 5(1).
- IAB Spain (2015). *VI Estudio Redes Sociales de IAB Spain: Estudio Anual de Redes Sociales 2015*. Madrid: AIMC.
- Instituto Nacional de Estadística (2013-15). Madrid: INE. Recuperado de: <http://www.ine.es/>.
- King, D.L., Delfabbro, P.H., Zwaans, T. y Kaptis, D. (2014). Sleep interference effects of pathological electronic media use during adolescence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(1), 21-35.
- Koc, M. y Gulyagci, S. (2013). Facebook addiction among Turkish college students: the role of psychological health, demographic, and usage characteristics. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(4), 279-284.
- Kowalski, R.M. y Limber, S.P. (2013). Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S13-S20.
- Kremers, S.P.J., van der Horst, K. y Brug, J. (2007). Adolescent screen-viewing behaviour is associated with consumption of sugar-sweetened beverages: The role of habit strength and perceived parental norms. *Appetite*, 48(3), 345-350.
- Lee, Z.W.Y., Cheung, C.M.K. y Thadani, D.R. (2012). An investigation into the problematic use of Facebook. *Proceedings of the 45th Hawaii International Conference on System Sciences* (pp. 1768-1776). Hawaii: IEEE Computer Society.
- Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J.F. y Grob, A. (2015). Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(2), 405-418.
- Levenson, J.C., Shensa, A., Sidani, J.E., Colditz, J.B. y Primack, B.A. (2016). The association between social media use and sleep disturbance among young adults. *Preventive Medicine*, 85, 36-41.
- Litt, D.M. y Stock, M.L. (2011). Adolescent alcohol-related risk cognitions: The roles of social norms and social networking sites. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(4), 708-713.
- Livingstone, S. (2008). Taking risky opportunities in youthful content creation: teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. *New Media & Society*, 10(3), 393-411.
- Lopez F., O., Honrubia S., M.L., Gibson, W. y Griffiths, M.D. (2014). Problematic Internet use in British adolescents: An exploration of the addictive symptomatology. *Computers In Human Behavior*, 35, 224-233.
- Lovato, N. y Gradisar, M. (2014). A meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: Recommendations for future research and clinical practice. *Sleep Medicine Reviews*, 18(6), 521-529.
- Marco, J.J. (2010). Menores, ciberacoso y derechos de la personalidad. En J. García González (Ed.): *Ciberacoso: la tutela penal de la intimidad, la integridad y la libertad sexual en Internet*. Valencia (España): Tirant lo Blanch.
- Mishna, F., Cook, C., Gadalla, T., Daciuk, J. y Solomon, S. (2010). Cyber-bullying behaviors among middle and high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(3), 362-374.
- Moore, S.M. y Rosenthal, D.A. (2006). *Sexuality in adolescence: Current trends*. London: Routledge.
- Moreno, M.A. y Kolb, J. (2012). Social networking sites and adolescent health. *Pediatric Clinics of North America*, 59(3), 601-612.

- Moreno, M.A., Brockman, L.N., Wasserheit, J.N. y Christakis, D.A. (2012). A pilot evaluation of older adolescents' sexual reference displays on Facebook. *Journal of Sex Research*, 49(4), 390-399.
- Mu, K.J., Moore, S.E. y LeWinn, K.Z. (2015). Internet use and adolescent binge drinking: Findings from the monitoring the future study. *Addictive Behaviors Reports*, 2, 61-66.
- Navarrete G., R. (2009). Los medios de comunicación y la concienciación social en España frente al acoso escolar. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 15, 335-345.
- Notar, C.E., Padgett, S. y Roden, J. (2013). Cyberbullying: A review of the literature. *Universal Journal of Educational Research*, 1(1), 1-9.
- O'Keeffe, G.S. y Clarke-Pearson, K. (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics*, 127(4), 800-804.
- Olweus, D. y Limber, S.P. (2010). Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 124-134.
- Owens, J. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences. *Pediatrics*, 134(3), e921-e932.
- Pearson, N. y Biddle, S.J.H. (2011). Sedentary behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(2), 178-188.
- Rial, A., Gómez, P., Varela, J. y Braña, T. (2014). Actitudes, percepciones y uso de internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega. *Anales de Psicología*, 30(2), 642-655.
- Rideout, V., Foehr, U. y Roberts, D. (2010). *Generation M2: media in the lives of 8- to 18-year-olds*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Rodríguez P., A.P. y Fernández P., A. (2014). Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 131-140.
- Ryan, T., Chester, A., Reece, J. y Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 133-148.
- Sampasa-Kanyinga, H., Chaput, J.P. y Hamilton, H.A. (2015). Associations between the use of social networking sites and unhealthy eating behaviours and excess body weight in adolescents. *British Journal of Nutrition*, 114(11), 1941-1947.
- Subrahmanyam, K., Reich, S., Waechter, N. y Espinoza, G. (2008). Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(6), 420-433.
- Tavernier, R. y Willoughby, T. (2014). Sleep problems: predictor or outcome of media use among emerging adults at university? *Journal of Sleep Research*, 23(4), 389-396.
- Tsitsika, A., Janikian, M., Wójcik, S., Makaruk, K., Tzavela, E., Tzavara, C., Greydanus, D., Merrick, J. y Richardson, C. (2015). Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. *Computers in Human Behavior*, 51(PA), 1-7.
- Uysal, R., Satici, S.A. y Akin, A. (2013). Mediating effect of Facebook® addiction on the relationship between subjective vitality and subjective happiness. *Psychological Reports*, 113(3), 948-953.
- Vernon, L., Barber, B.L. y Modecki, K.L. (2015). Adolescent problematic social networking and school experiences: The mediating effects of sleep disruptions and sleep Quality. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(7), 386-392.
- Wang, J., Nansel, T.R. y Iannotti, R.J. (2011). Cyber and traditional bullying: Differential association with depression. *Journal of Adolescent Health*, 48(4), 415-417.
- Wigderson, S. y Lynch, M. (2013). Cyber- and traditional peer victimization: Unique relationships with adolescent well-being. *Psychology of Violence*, 3(4), 297-309.
- Wood, B., Rea, M.S., Plitnick, B. y Figueiro, M.G. (2013). Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression. *Applied Ergonomics*, 44(2), 237-240.
- Zaremohzzabieh, Z., Abu Samah, B., Zobidah Omar, S., Bolong, J. y Akhtar Kamarudin, N. (2014). Addictive Facebook use among university students. *Asian Social Science*, 10(6), 107-116.



# La patologización del acosado laboral

## *The patologization of the harrassed worker*

Jorge Román Hernández<sup>1</sup>

### RESUMEN

El acoso laboral ha estimulado numerosas investigaciones en el campo de la salud ocupacional. Un objetivo frecuente es la identificación de conductas manifiestas de violencia psicológica como recurso para diagnosticar el acoso, un complejo proceso sociopsicológico y subjetivo que tiene lugar en contextos organizacionales y que está vinculado de diversos modos con la salud mental. La exposición sistemática al mismo es causa de trastornos mentales. En su quinta edición, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales patologizó conductas que antes eran consideradas normales. La sobrepatologización ocurre cuando se subestiman los recursos naturales de las personas para recuperarse de conflictos y perturbaciones leves, lo que aumenta la probabilidad de que personas normales sean consideradas mentalmente enfermas. En el acoso laboral, el especialista en salud mental enfrenta una paradoja: en lugar de beneficiar a su paciente, puede contribuir a empeorar su situación. A primera vista, la patologización, e incluso la sobrepatologización, siempre tiene un papel protector al reducir o evitar la exposición de la víctima a la violencia proveniente de otras personas. En realidad, un objetivo del proceso de acoso pudiera resultar apoyado. La víctima deviene paciente de salud mental “certificado” y rotulado, y adicionalmente es separado del trabajo, al menos temporalmente, lo que es un propósito común de la agresión. Los especialistas debieran estar conscientes de esta paradoja y evitar colocarse en el lugar equivocado. Más que patologizar al trabajador acosado, las consecuencias para la salud mental del acoso psicológico laboral debieran ser patologizadas como una enfermedad profesional, tal como ha recomendado la Organización Internacional del Trabajo.

**Palabras clave:** Acoso laboral; Patologización; Sobrepatologización; Violencia psicológica; Salud mental laboral.

### ABSTRACT

*Work harassment has stimulated numerous studies in Occupational Health. The aim of many such studies is to identify manifest behaviors of psychological violence as a resource to elaborate instruments for its diagnosis. Work harassment is a complex socio-psychological and subjective process that takes place in organizational contexts, linked in various ways to mental health. Systematic exposure to psychological violence tends to lead to mental health conditions. In its fifth edition, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-V) widened diagnostic entities, designating as pathological some behavior patterns previously considered as relatively normal. Overpathologizing occurs when natural resources of people to recover from light conflicts and disturbances are underestimated. This tendency augments the probability of labeling normal persons as mentally ill. In work harassment cases, mental health professionals face a paradox. Instead of improving their patients' welfare they could inadvertently contribute to worsen their situation. At a first glance, pathologizing, even overpathologizing, is expected to play a protective function reducing or avoiding exposure of the victim to violence from others. However a harassment process could result indirectly supported. The victim becomes a “certified” mental health patient and is labeled as such which, in turn, isolates him/her from his work, at least temporarily, which might even be a frequent purpose of the aggressor. Mental health specialists should be aware of this paradox, and avoid placing him/herself in the wrong position. More than pathologizing the harassed worker, harassment should be pathologized as a professional disease, according to the recommendation by the International Labor Office.*

**Key words:** Harassment at work; Patologization; Overpatologization; Psychological violence; Occupational mental health.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, Calzada de Bejucal Km 7.5, Arroyo Naranjo, 10900 La Habana, Cuba, tel. (537)642-22-11, correo electrónico: roman@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 10 de noviembre de 2016 y aceptado el 27 de febrero de 2017.

## INTRODUCCIÓN

Las acciones violentas han acompañado siempre a la humanidad. Si se descartan las ocasiones en que se legitima su empleo como último recurso para evitar daños materiales o morales o defender valores sociales, la violencia es siempre condenada. Sin embargo, en la vida cotidiana se coexiste con manifestaciones de violencia física, pero también con las formas de la llamada violencia psicológica, muchas veces más sutiles.

El trabajo, como afirma Amable (2013), “es el gran organizador de la vida”, y ese papel lo desempeña para el crecimiento y beneficio del hombre; por el contrario, el trabajo puede ser causa de malestar y sufrimiento (Askenazy, 2009). Dado el tema que se aborda en las páginas que siguen, el énfasis se pone en lo segundo.

Cuando el trabajo se vuelve un factor de alienación y de insatisfacción de necesidades significativas para las personas y no una fuente de autorrealización; cuando es más un factor de sobrevivencia que de enriquecimiento y disfrute; cuando la organización del trabajo se enfoca más en los factores de productividad que en las necesidades y posibilidades humanas, se generan condiciones propicias para que surjan alteraciones en la salud mental y en la conducta, entre las cuales se hallan el acoso psicológico y sus secuelas (Efrom, Bigliani, Berman y De García, 2013; Garaño, 2013).

A inicios de los años 90, Leymann (1990) formuló varias formas de manifestación de la conducta para agrupar los comportamientos de violencia psicológica que, al aplicarse reiteradamente, constituyen el acoso, que él denominó “terror psicológico”. Consideró como sus principales manifestaciones las acciones dirigidas a limitar la expresión y los contactos sociales, desacreditar la reputación personal y la profesional, y afectar la salud física o psíquica de las víctimas. Dicho autor, psiquiatra de profesión, estableció ciertos requisitos para calificar la existencia de acoso psicológico –aunque es discutible que los mismos deban cumplirse de manera imprescindible–; entre ellos, la existencia de conductas psicológicamente agresivas que se repitan al menos una vez a la semana y durante un plazo de seis meses, que con esas conductas se pretenda hacer salir al acosado de la organización laboral, y que deben ser verificadas

por testigos, es decir, constituir hechos externamente observables y no solo sensaciones (Pando y Ezqueda, 2007).

Hoy en día tales criterios se adoptan con cierto relativismo, particularmente los de frecuencia, duración e intención. En determinados contextos, la significación del contenido o la fuente de la agresión psicológica pueden ser para la víctima de tal magnitud que su efecto puede ser más devastador que el de otras conductas agresivas de mayor sistematicidad y antigüedad, pero de menor importancia para el afectado.

Se advierte que el acoso psicológico, como toda expresión de violencia, posee un contenido moral, lo que ha sido destacado por Hirigoyen (1999), que fue quien precisamente lo denominó “acoso moral”.

El acoso moral en el trabajo, o más simplemente el acoso laboral (cf. López y Carrión, 2009), es un proceso sociopsicológico que ciertamente involucra a más personas que la díada acosador-acosado, aun cuando estos papeles los desempeñe más de una persona. Tal proceso se instala en una organización laboral o en parte de ella, y las demás personas lo conocen y adoptan actitudes diversas sobre el mismo. Son testigos del proceso, y sus actitudes y conductas ante el acoso las involucra aun cuando se abstengan de reaccionar activamente.

Con no poca frecuencia, los hechos trascienden los límites de la institución laboral, y es entonces cuando se reclaman los servicios de los especialistas en salud mental. Si estos desconocen el problema y se limitan a atender a la persona acosada enfocándola como un caso clínico más que muestra síntomas molestos que deben revertir, puede ser que, desapercibidos de la complejidad del proceso, involuntaria y hasta inconscientemente, su proceder los coloque de un modo paradójico del lado contrario al de la protección de su paciente. Así, las reflexiones contenidas en el presente trabajo van precisamente en la dirección de advertir acerca de esa paradoja.

### Los vínculos entre la salud mental y el acoso psicológico laboral

Las relaciones entre el acoso laboral y la salud operan en distintos momentos, en diversas circunstancias y con diferentes objetivos.

*A) La salud mental como medio del acoso laboral.*

Uno de los modos de ejercer la violencia psicológica continuada sobre la víctima es perjudicar su salud mental. El acosador puede valerse de diversas estrategias para ello, como por ejemplo plantear a la víctima demandas que la misma no está en condiciones de cumplir. De hecho, las restantes estrategias propuestas por Leymann (1990) lesionan el equilibrio psíquico de la persona. Así, por ejemplo, las acciones que rebajan el prestigio personal o profesional o que limitan la comunicación y el trato con los demás afectan el equilibrio emocional, cuanto más si se llevan a cabo reiteradamente.

Dado que la víctima es vulnerable en algún grado a esas prácticas, es usual que sus efectos se hagan visibles de algún modo a los demás. En estos casos, es frecuente que el acosador o los testigos activos indiquen a la víctima que debe ver a un especialista o que no se le ve bien física o emocionalmente. El acosador puede entonces apoyarse en estos juicios para agredir a la víctima. Si es un superior, puede que tenga la potestad para solicitar un peritaje médico inclusive, lo que puede constituir una medida previa a su salida de la organización laboral.

*B) La interacción victimario-víctima.*

El acoso laboral es posible cuando el contexto organizacional lo permite. Los conflictos que de modo natural surgen en toda empresa humana pueden ser objeto de un inadecuado manejo. Los conflictos de roles, las responsabilidades mal definidas, la pobre organización de las tareas o el liderazgo mal ejercido crean las condiciones para que unas personas pretendan lograr ciertos propósitos por la vía de hostigar a otras.

La idea de identificar algunos elementos que propician el proceso mediante ciertas características psicológicas del acosador y de la víctima ha sido objeto de la atención de no pocos especialistas en el tema. Estos supuestos acarrearán el peligro de llegar a conclusiones maniqueas en favor de un victimario perverso en grado sumo y en desfavor de una indefensa víctima. Más aún, hacer depender la explicación del acoso de las particularidades personales del acosador y del acosado oculta las circunstancias organizacionales que están en sus raíces y aleja la exploración psicopatológica de las condiciones de trabajo, lo cual no debe perder de

vista el profesional de la salud mental (Dejours y Gernet, 2014).

También con cierto tono especulativo se ha generalizado la idea de que el acosado suele ser una persona de carácter débil e inestable, y además portador de trastornos en su salud mental previos a su comprometida situación laboral.

Si bien es cierto que no faltan casos que se ajustan a dicho esquema, en realidad no necesariamente es así. El victimario actúa a veces contra otro no por una perversidad constitucional sino reactivamente; por ejemplo, el temor a la persona que victimiza o para expulsar de la organización a quien se ha vuelto molesta para sus superiores. Al respecto, Dejours (2006) ha denominado “sufrimiento ético” al que experimenta quien causa un mal a otro debido a su trabajo, daño y sufrimiento que repudia haber infligido. Nada de ello lo justifica moralmente, pero debe notarse que la dinámica de sus motivaciones puede ser muy diversa.

En cuanto a las suposiciones de que debe haber antecedentes de desequilibrio psicológico en la persona acosada o que tenga un carácter débil, Hírigoyen (1999) ha afirmado sobre las víctimas lo siguiente: “No son personas afectadas de alguna patología o particularmente débiles. Al contrario, el acoso empieza cuando la víctima reacciona contra el autoritarismo de un superior y no se deja avasallar. Su capacidad de resistir a la autoridad a pesar de las presiones es lo que la señala como blanco”.

Queda por explicar por qué el acosador, entre muchas posibles opciones, escoge a una víctima dada. Obviamente, en muchas ocasiones la víctima no puede ser sino una persona específica, como por ejemplo aquella cuyo cargo se desea. En ese caso, la elección no depende de las características de su individualidad. Sin embargo, no es menos cierto que en el caso de que la víctima no se ajuste a ciertas peculiaridades personales, probablemente el victimario elegirá medios de acoso diferentes.

En relación con la elección de la víctima, Piñuel (2001) ha expresado lo siguiente: “Los acosadores seleccionan casi siempre un mismo perfil o tipo de personas: aquellas cuyo modo de vivir, alegría, felicidad, situación familiar, capacidades, talentos, carisma [u] orientación ética despiertan en ellos, debido a sus profundos sentimientos de

inadecuación (complejo de inferioridad), insoportables celos y envidia personal [o] profesional”.

Tipificar entraña siempre una generalización que resulta riesgosa para explicar la compleja trama de este proceso psicosocial, particularmente cuando ocurre en los escenarios organizacionales, lo que no obsta para que el especialista en salud mental dirija también su atención y su mirada clínica a las particularidades de la personalidad del acosado y, en lo posible, del acosador.

### *C) El enfrentamiento del acoso.*

Son concebibles al menos tres modos de enfrentar el acoso laboral por parte de la persona acosada: el sometimiento, la evasión y la oposición.

En el sometimiento, el acosado es blanco pasivo de las acciones violentas. Esta decisión puede explicarse por innumerables razones de orden circunstancial o personalógicas. Entre las circunstanciales pueden estar el temor a perder un buen empleo, el no percatarse de que se está siendo agredido, el considerar mayores los inconvenientes de adoptar otra actitud, o el no sentir efecto alguno a causa de la violencia psicológica, entre otras muchas. Las personalógicas aluden a una pasividad característica propia del individuo en cuestión, baja autoestima o inseguridad general.

La evasión parece a primera vista una conducta pasiva, y ciertamente lo es en alguna medida, pues la víctima admite que el victimario logre ciertos propósitos, como hacer que abandone la organización laboral. Sin embargo, evadir el acoso supone el propósito de mantenerse fuera del alcance del acosador y salir del proceso lesivo con el menor costo emocional y práctico posible. Diversas razones pueden explicar esa decisión, entre las cuales se encuentran ciertas valoraciones circunstanciales, como evitar un mayor desgaste, frustrar el sadismo del acosador, desvalorizar la organización laboral o evitar perder tiempo y esfuerzos en el desarrollo profesional, entre muchas otras. De la misma manera, el origen de tal modo de enfrentar el acoso puede también residir en las particularidades personalógicas como las apuntadas antes, a las que pudiera añadirse un cierto cinismo que inmuniza al sujeto de las valoraciones ajenas al no concederles ninguna importancia.

La oposición, a su vez, es un comportamiento eminentemente activo que se caracteriza por la decisión de impedir los propósitos del acosador

y, si es posible, revertir el proceso de un modo tal que éste quede evidenciado, se vea obstaculizado y resulte a la vez moralmente sancionado. No obstante, es una estrategia costosa desde el punto de vista subjetivo. Por decidida que sea la persona acosada, la elección de oponerse es siempre una fuente de desequilibrios que con frecuencia se manifiestan en síntomas psicopatológicos.

Ausfelder (2002) precisa el comienzo del proceso de acoso, y hace depender su existencia de la actitud y la conducta de la víctima. Expresa categóricamente que “solo podrá hablarse de acoso, de terror psicológico en el trabajo, cuando la persona señalada asuma el papel de víctima. Si lo rechaza, el ataque no prosperará” (p. 17). Bajo semejante concepto, la pretendida víctima, aun reconociéndose blanco de las acciones repetidas de violencia, desmantelará supuestamente el proceso si reacciona oponiéndose a sus victimarios. En realidad, sin embargo, no parece que en la práctica se logren detener las acciones de violencia psicológica si el acosador se siente protegido por una posición de poder; es más probable que la oposición del acosado aumente la intensidad o la nocividad de la conducta violenta. La estrategia de oposición revela, pues, un comportamiento más activo y decidido por parte del acosado, y no debe excluirse del análisis cabal del proceso.

Por principio, la decisión de la estrategia de afrontamiento depende del individuo acosado. El papel a desempeñar por el especialista en salud mental debe quedar al margen de la misma. Es decir, debe facilitar el proceso de analizar los inconvenientes y ventajas de las alternativas de su conducta, sopesando no solamente las circunstancias objetivas, sino además las que son propias de la subjetividad de la víctima. Ante la manifestación de alteraciones del equilibrio psíquico, que suelen ser el motivo inicial de consulta, y dependiendo de su severidad y de los recursos de la persona para remitirlos por sí mismo, se decidirá la atención clínica más adecuada, previa la presunción diagnóstica que perfila el especialista progresivamente, aun cuando no la haga explícita de modo inmediato.

### *D) Las consecuencias del acoso laboral.*

El acoso laboral es un proceso insidioso, de alto costo emocional, que afecta tanto la salud física como mental. La hipertensión arterial, los acciden-

tes vasculares encefálicos, las lesiones de miembros y otros problemas de salud han sido frecuentemente vinculados a la exposición a situaciones de acoso.

Desde el punto de vista subjetivo, los perjuicios para la salud son muy diversos en gravedad y pronóstico, y van desde estrés, formas leves y moderadas de ansiedad y depresión, trastornos del sueño y hasta suicidio. Otras formas de sufrimiento y malestar se asocian con el funcionamiento desajustado de la personalidad, que se apoya en formaciones psicológicas complejas, como las jerarquías de necesidades, los fines y expectativas o la autoestima, que se ven afectados por la continua exposición a la violencia psicológica, que los desarticula, impide o simplemente amenaza.

La salud mental de la víctima es el blanco fundamental hacia el que se dirigen las acciones del acosador. Resulta muy difícil que incluso las personas acosadas con un característico y fuerte no experimenten modificaciones en su estado de ánimo, emociones o control de su comportamiento en algún momento o etapa de ese proceso. Puede afirmarse categóricamente que el acoso laboral tiene un impacto invariable en la estabilidad emocional y en el nivel de funcionamiento general de la persona. De ahí que sea una razón para que en un primer momento la víctima solicite la atención de un especialista en salud mental.

Si la solicitud de atención profesional y los intercambios con el especialista rebasan la comunicación y la atención de los síntomas de la persona acosada, y se aborda la situación conflictiva que supuestamente los genera, dicho especialista se convierte en un testigo calificado del proceso de acoso laboral; más aún, en virtud de que quien suele solicitar la ayuda es la víctima (o para la víctima), queda situado del lado de la persona afectada por el morboso proceso organizacional. Su tarea será obviamente paliar las consecuencias negativas que el acoso ha tenido sobre la víctima.

### **Limitaciones y dilemas del especialista en la atención del acosado laboral**

A partir de que inicia la atención del paciente, aparecen ante el especialista en salud mental ciertas limitaciones y al menos tres importantes dilemas. Las primeras —esto es, las limitaciones— se rela-

cionan con el reconocimiento médico legal del trastorno mental en calidad de enfermedad profesional. Los dilemas a su vez se refieren al diagnóstico clínico.

#### *Limitaciones derivadas de la calificación del origen.*

Reconocer el origen laboral del acoso en el trabajo y sus consecuencias puede ser una responsabilidad del profesional. Sin embargo, en virtud de algunas circunstancias que se exponen más adelante, esa contradicción se ha disuelto por la falta de consenso internacional sobre el reconocimiento del acoso. Ese recurso de protección no está a disposición del facultativo.

A primera vista, pareciera que el reconocimiento del origen profesional de los síntomas de alteración de la salud que manifiesta una persona ante una situación laboral tan comprometida y angustiada como el acoso laboral no debiera ser objeto de grandes tribulaciones y dudas. Requeriría, en primer lugar, el juicio clínico de un especialista que juzgue como válidos los síntomas que se declaran; en segundo lugar, una indagación acerca de los antecedentes de salud del paciente que demuestre que los síntomas son posteriores al inicio del proceso psicosocial lesivo; en tercer término, la determinación de la real existencia de conflictos laborales y evidencias de conductas de acoso. Estas últimas no necesariamente requieren de una confesión del victimario, pues con no poca frecuencia las acciones son anónimas, por lo que se puede apelar a las declaraciones de testigos.

La reticencia de algunos países miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de aceptar incluir los síndromes psiquiátricos psicosomáticos provocados por el acoso laboral en la actualmente vigente Lista de Enfermedades Profesionales (OIT, 2010) está llevando a ignorar un creciente problema de salud que repercute en las organizaciones laborales, en las familias y en la sociedad.

La exposición al acoso psicológico tiene consecuencias diversas sobre la salud mental de la persona que es objeto de las acciones de violencia continuada. Las personas difieren en su vulnerabilidad a las presiones externas y reaccionan a ellas de diversos modos. Tal diversidad se manifiesta también en la constelación e intensidad de los síntomas en que se traduce su sufrimiento. De ahí que

su integración en un síndrome único y similar en todas las personas no sea un hecho real, resultando más adecuado hablar de “síndromes”, en plural.

Justamente así estableció su posición la OIT al comenzar el laborioso trabajo que precedió a la publicación en 2010 de la citada lista de enfermedades profesionales. Se propuso entonces incluir un acápite dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento, en el cual se estableció que una relación de enfermedades del trabajo que no considerara la salud mental sería una lista incompleta. El acápite de los trastornos mentales y de la conducta fue incluido en el documento con el numeral 4.2.

La propuesta inicial sobre la que trabajaron los expertos internacionales incluyó inicialmente dos entidades: el trastorno por estrés postraumático y los síndromes psiquiátricos psicosomáticos causados por el acoso moral. En el documento definitivo, el acápite en cuestión fue aceptado, pero con la exclusión de lo relativo al acoso laboral.

Solamente tres países iberoamericanos (Colombia, Ecuador y Venezuela) poseen una legislación que permite calificar el origen profesional de los síndromes psiquiátricos resultantes del acoso laboral (cf. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2012).

Como consecuencia de esa determinación final de la OIT, prácticamente se esfumó la posibilidad de disponer de un diagnóstico propio de las alteraciones de la salud mental cuyo reconocido origen laboral protegiera al afectado de la responsabilidad por su malestar al situarla en el trabajo mismo.

Ahora, si se persistiera en lograr la calificación del acoso como enfermedad profesional, solamente se podría acoger en todo caso a un “punto abierto” del mencionado numeral 4.2. Este es un subacápite abierto que permite calificar el origen profesional de un trastorno mental siempre que se demuestre con las correspondientes evidencias que el trastorno ha sido causado únicamente por las condiciones de trabajo. El aporte de los elementos probatorios queda a cargo del trabajador. Es, en consecuencia, una opción difícil de lograr.

De este modo, al profesional clínico le resta como única alternativa interpretar e integrar los síntomas a partir de los cuadros clínicos de origen común contenidos en los manuales de clasificación.

### *Dilemas del diagnóstico clínico.*

En el prefacio de una obra publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1988 intitulada *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*, Kalimo, El-Batawi y Cooper, sus editores científicos, escriben: “Hasta ahora, los responsables de la higiene del trabajo poco se han interesado por determinar los factores psicosociales presentes en el trabajo mismo que pueden tener efectos negativos en la salud, ni por luchar contra esos factores. Los problemas de salud mental de los trabajadores han seguido considerándose desde el punto de vista de los clásicos cuadros clínicos definidos por la psiquiatría, que se remiten para su tratamiento y rehabilitación” (p. 3).

Respecto al acoso laboral al menos, esa situación permanece sin mayores variaciones. Paciente y especialista no tienen más recurso que remitirse a los “clásicos cuadros clínicos”, con el inconveniente adicional de que estos no contienen la mayor parte de los síndromes que se han descrito en los marcos de la salud mental ocupacional. Cuadros tales como el estrés laboral en sus diversas interpretaciones teóricas, el *burnout* y las propias secuelas del acoso psicológico están ausentes en los manuales de diagnóstico.

Este es un primer dilema que enfrenta el especialista. Si decide emitir un diagnóstico, tendrá que hacer una transfiguración de la información del paciente y asimilarla a las entidades reconocidas por los manuales de clasificación de enfermedades.

Un segundo dilema tiene que ver con las consecuencias para el acosado de un diagnóstico positivo de alteración de la salud mental, cualquiera que sea este. Si al acosado se le diagnostica positivamente un trastorno mental, por circunstancial y leve que sea, se le está protegiendo. Puede aun recurrirse al amparo adicional de que se le aleje temporalmente de la organización laboral como medida facultativa, con pleno respaldo legal. La emisión del diagnóstico crea así condiciones protectoras para el paciente; pero al mismo tiempo lo identifica como portador de una alteración mental. Con ello se le ofrece tácitamente un elemento cuya intencionada distorsión puede ser empleada en favor de su aislamiento, estigmatización e incluso expulsión de la organización laboral, con lo cual resultará favorecido el acosador. La decisión

diagnóstica de un trastorno no circunstancial, no reactivo, como un trastorno de la personalidad o una psicosis, potencia la situación descrita en contra de la víctima. Sin pretenderlo, el especialista se ha colocado, al menos parcialmente, del lado equivocado.

Ahora bien, si se inhibiera de emitir un diagnóstico positivo teniendo argumentos para ello, pudiera estar faltando a un deber profesional y ético. A la vez, estaría minimizando la significación de las consecuencias del acoso laboral causante del malestar y el sufrimiento de su paciente. La emisión del diagnóstico clínico, para ser realmente útil y válido, no puede descontextualizarse de la situación vital del paciente y del proceso organizacional que le afecta directamente.

Un tercer dilema lo constituye el diagnóstico clínico en relación con la comprensión del proceso organizacional. Diversas razones propician que el especialista se oriente más hacia un diagnóstico y tratamiento clínico de los síntomas que hacia la comprensión psicodinámica del proceso organizacional del acoso moral y de la orientación del acosado. Estas circunstancias pueden conducir a falsas apreciaciones diagnósticas:

- Es frecuente que el acosado acuda con un motivo de consulta caracterizado por síntomas, lo cual favorece que el especialista se centre en ellos más que en la dinámica que los ha provocado.
- La natural orientación del especialista hacia la progresiva estructuración cognitiva de un diagnóstico, la que transcurre naturalmente en su interrelación con el paciente (Freedman, Kaplan y Sadock, 1982).
- La falta de suficiente cultura de los trabajadores acerca de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo, particularmente los psicosociales, entre los cuales se halla el acoso laboral.
- El hecho de que los especialistas en salud mental —especialmente quienes se dedican fundamentalmente a la labor clínica— no suelen manejar suficiente información en cuestiones de salud ocupacional, incluido el acoso laboral.
- La personalidad del acosado, particularmente cuando adopta una postura de oposición, puede interpretarse como una falta de recursos de adaptación propia de una personalidad neurótica, o psicótica inclusive.

- La intensidad de la expresión de síntomas de depresión o agitación y la sensibilidad paranoide aumentada a consecuencia de las conductas de acoso tienden a inclinar al profesional a pensar en una mayor gravedad del cuadro.

El diagnóstico tiene implicaciones que superan sus atributos de validez técnica en razón de sus posibles implicaciones para la evolución de la persona que es atendida a causa de la exposición al acoso laboral. El diagnóstico, además de técnicamente correcto, debe evitar convertir a una persona normal sometida a presiones externas en un enfermo mental.

### **Patologización y sobrep patologización de la salud mental**

Hace casi 150 años, en 1869, el neurólogo estadounidense George Miller Beard propuso el concepto de “neurastenia” para referirse a un estado físico y mental de debilidad, fatiga, falta de energía, malestar general, formas leves de ansiedad y depresión. El desequilibrio resultante de las demandas excesivas de esfuerzo que excedían los recursos y resistencia de las personas daba lugar a su agotamiento mental y físico, muy común entre los trabajadores. La neurastenia —entidad ya en desuso— constituyó la primera patologización de la conducta de los trabajadores, quienes exteriorizaban las consecuencias de los excesos sufridos al someterse a condiciones de elevado desgaste. Resulta curioso que, habiendo tenido este temprano antecedente, la salud mental y el mundo del trabajo manifiesten hoy graves desencuentros, algunos de los cuales se analizan en el presente texto.

De modo muy similar, Dejours (2006) ha insistido en la necesidad de que el especialista en salud mental laboral parta de un profundo conocimiento de las condiciones de trabajo, en particular de la organización del trabajo, que constituye el factor determinante del malestar y el sufrimiento humanos. Su orientación inicial hacia la psicopatología del trabajo (cf. Dejours y Gernet, 2014) evolucionó hacia la consideración del comportamiento normal, que en el caso de la salud mental de los trabajadores supone conocer los determinantes organizacionales del comportamiento y los recursos adaptativos construidos subjetivamente por los trabajadores.

Esa nueva orientación de su labor de investigación fue llamada por Dejours y Gernet (2014) la *psicodinámica del trabajo*, de la cual interesa sobre todo destacar su criterio en favor de admitir la existencia de formas leves de sufrimiento en el trabajo por las personas normales (Clot, 2009; Dejours, 2006; Dejours y Gernet, 2014; Orejuela, 2014). Los desequilibrios adaptativos, para decirlo en otras palabras, y sus consecuencias subjetivas quedan integrados al comportamiento normal y no como un signo psicopatológico. El trabajador normal, y aun el expuesto a una situación de acoso psicológico en su trabajo, no tienen que ser obligatoriamente patologizados. Pero al mismo tiempo debe afirmarse categóricamente que ello no significa que el acoso sea siquiera admisible.

Conviene distinguir, por un lado, entre la patologización del acoso laboral que hubiera resultado de la inclusión de los síndromes subjetivos que se asocian al mismo en la lista de enfermedades profesionales y, por el otro, la patologización clínica ya no del acoso sino del acosado.

En el primer caso, la patologización del acoso laboral como enfermedad profesional se deriva del reconocimiento de sus consecuencias para la salud mental. Este hecho tendría las siguientes repercusiones:

- Favorece el reconocimiento de la nocividad del acoso laboral para la salud mental.
- Concede mayor protección al trabajador, ya que estimula las acciones de prevención y concede mayores compensaciones por los daños ocasionados.
- Incrementa la probabilidad de añadir más trastornos mentales en una futura lista de enfermedades profesionales.
- Destaca el vínculo causal del trastorno con el proceso psicosocial nocivo, con lo que se evita una posible abstracción del mismo por un enfoque centrado en lo clínico.
- Responsabiliza a la organización laboral en cuanto a controlar y revertir el proceso de acoso.
- Estimula la inclusión de los síndromes subjetivos causados por acoso laboral en los actuales clasificadores de los trastornos mentales.
- Favorece el desarrollo de una legislación laboral sobre el acoso laboral, lo que ofrecería un marco de referencia legal para la protección de los trabajadores.

La tendencia a patologizar el comportamiento normal y los desequilibrios adaptativos circunstanciales y evitables es actualmente objeto de una justificada polémica. El aumento de las entidades de diagnóstico clínico favorece el aumento consiguiente de casos positivos, de enfermos mentales. De proliferar esta tendencia entre los especialistas en salud mental, aumentará asimismo la probabilidad de que personas acosadas, pero con recursos adaptativos eficientes para superar sus desequilibrios mediante una leve ayuda circunstancial, terminen portando innecesariamente un diagnóstico positivo de una o más de las múltiples entidades diagnósticas posibles que se han “estrenado” en el nuevo y popular manual norteamericano de clasificación.

Allan Frances (2014), un psiquiatra estadounidense que dirigió la elaboración de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV, por sus iniciales en inglés) de la American Psychiatric Association, ha criticado enérgicamente lo que él llama la “patologización de la normalidad” o sobrepatologización, tendencia que ha primado en la elaboración del nuevo DSM-V. Este autor se apoya en el valor que para la regulación del comportamiento tienen los recursos homeostáticos naturales de los seres humanos. Convertir estados transitorios en desequilibrios adaptativos constituye un mecanismo patologizante que incrementa los diagnósticos y, por ende, también las tasas de incidencia de los trastornos mentales. A ese respecto, Frances escribe: “La inflación diagnóstica tiene lugar cuando confundimos las perturbaciones típicas que forman parte de la vida de todo el mundo con un auténtico trastorno psiquiátrico [...] Los trastornos mentales deberían ser diagnosticados únicamente cuando su manifestación es muy clara, grave, y es evidente que no se van a curar por sí solos” (Frances, 2014).

En Cuba, se utiliza oficialmente la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (1994) en su décima revisión (CIE-10), pero los especialistas no son ajenos al DSM y sus contenidos. Por otra parte, ambos textos han venido convergiendo en sus últimas ediciones y revisiones, por lo que estará por verse si la onceava edición de la CIE sigue el patrón patologizador del DSM-V.

Esta tendencia aumentará el espectro de posibles diagnósticos de que puede disponer el clínico para asignarle al acosado, lo que es una razón de más para que valore los pros y los contras de su decisión con una mirada de amplia y larga perspectiva. La sobrepatologización del acosado laboral no favorece en modo alguno el desarrollo de sus recursos adaptativos.

Aun en el caso de que el especialista estime que su paciente acosado carece de recursos propios de respuesta y que es tributario de un nivel determinado de ayuda profesional, ha de tomar con la mayor cautela su decisión de emitir un diagnóstico positivo innecesario o incorrecto en una persona que solo necesita de un simple apoyo.

## CONCLUSIONES

A menudo sucede que algunos trabajadores no están suficientemente preparados para enfrentar el acoso laboral del que son objeto y que los desequilibra, y algunos profesionales de la salud mental no están suficientemente preparados para atender a los acosados, pues cometen errores de apreciación y pueden incurrir en prácticas inadecuadas.

El trabajo es fuente de aprendizajes y de desarrollo personal, pero también lo es de conflictos a causa de su contenido y organización, pues a veces exige a las personas realizar esfuerzos adaptativos de consideración y no siempre eficientes.

Según sea la labor a que se dediquen, los trabajadores se exponen diariamente a ambientes nocivos, como por ejemplo contaminantes químicos, o condiciones físicas adversas, como el elevado calor y la insuficiente iluminación. Además, los esfuerzos adaptativos demandan respuestas eficientes ante condiciones que se derivan de las relaciones humanas en el trabajo, fundamentalmente de las de tipo funcional, que atañen a la ejecución del trabajo y a su organización. El fracaso o ineficiencia de las respuestas adaptativas generan desequilibrios subjetivos, malestar y sufrimiento que no siempre son un resultado de las mismas personas.

El acoso laboral no es un resultado natural del desempeño de una profesión dada; es una distorsión intencionada de las condiciones psicosociales del trabajo cuyo fin es molestar y agredir moralmente a una persona. La formación profesional

no dota al trabajador de recursos para responder al acoso psicológico; por esa razón, puede producir un mayor desequilibrio a la víctima, alterar su salud mental y, en consecuencia, llevarla a reclamar más ayuda profesional.

El trabajo produce efectos sobre la salud mental que tienen sus propias especificidades. En consecuencia, es posible hablar de una psicopatología laboral que no se agota en la descripción de síntomas, sino que exige conocer la dinámica del proceso de trabajo. Síndromes que no aparecen en manuales de diagnóstico clínico son, sin embargo, cada vez más frecuentes en la población trabajadora, y son atendidos por los profesionales de la salud mental como un cuadro clínico general, abstractándose de la dinámica laboral específica. En esos casos se encuentran, entre otros, el *burnout*, el *karoshi*, el estrés psicosocial laboral y el acoso psicológico laboral.

El profesional de la salud mental, más aún si se desempeña en el área de la atención primaria de la salud, es quien con más probabilidad recibe casos de trabajadores con alteraciones provocadas por los contextos organizacionales. No puede, pues, prescindir del conocimiento de la relación del trabajo y la salud mental.

Del mismo modo en que dicho profesional se mantiene atento a nuevos recursos terapéuticos, a problemas propios de determinados sectores de la población —como el envejecimiento, por ejemplo—, necesita también conocer con profundidad el impacto del trabajo sobre la salud mental de las personas que trabajan, que generalmente representan aproximadamente la mitad o más de la mitad de la población adulta de cualquier país, por lo que no es raro que toquen frecuentemente la puerta de su consulta.

Una vez que este hecho ocurra, comenzará a realizar un trabajo exigente pero creativo, en el que cada decisión deberá ser calibrada de tal modo que no resulte innecesariamente patologizado el trabajador que es víctima de un proceso de acoso, sino el proceso mismo y las condiciones reales —humanas y organizacionales— que lo han generado.

Bajo este enfoque diferenciado pero integrador, el profesional de la salud mental desarrollará y diversificará sus competencias profesionales, al igual que su sentido de responsabilidad ética. Ante el sufrimiento humano a causa del acoso laboral, no se colocará del lado erróneo.

## REFERENCIAS

- Amable, M. (2013). Organización del trabajo y factores psicosociales. En P. Garaño, C. Zelaschi y M. Amable (Eds.): *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Río Cuarto (Argentina): UniRío Editora.
- Askenazy, P. (2009). *Los desórdenes del trabajo. Investigaciones sobre el nuevo productivismo*. Madrid: Modus Laborandi.
- Ausfelder, T. (2002). *Mobbing. El acoso moral en el trabajo. Prevención, síntomas y soluciones*. Barcelona: Océano.
- Clot, Y. (2009). *¿El trabajo sin seres humanos? Psicología de los entornos de trabajo y vida*. Madrid: Modus Laborandi.
- Dejours, C. (2006). *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Dejours, C. y Gernet, I. (2014). *Psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Efrom, R., Bigliani, G., Berman, S. y De García, G.R. (2013). Psicopatología del trabajo. En P. Garaño, C. Zelaschi y M. Amable (Eds.): *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Río Cuarto (Argentina): UniRío Editora.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1982). *Tratado de psiquiatría* (t. I). Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Garaño, P. (2013). Los factores psicosociales laborales en debate. En P. Garaño, C. Zelaschi y M. Amable (Eds.): *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Río Cuarto (Argentina): UniRío Editora.
- Hirigoyen, M.F. (1999). *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós.
- Kalimo, R., El-Batawi, M.A. y Cooper, C.A. (Comps.) (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplace. *Violence and Victims*, 5(1990), 119-126.
- López, F. y Carrión, M.A. (2009). El acoso psicológico en el trabajo. Conocerlo para identificar y mejorar las condiciones de trabajo. En W. Varillas (Ed.): *Los trabajadores y la salud mental. El reto de la prevención y el tratamiento en un mundo enfermo*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Orejuela, J. (2014). La identidad de la evaluación subjetiva del trabajo: de la satisfacción al sufrimiento laboral. En J. Orejuela (Ed.): *Psicología de las organizaciones y del trabajo. Apuestas de investigación*. Cali (Colombia): Buenaventuriana.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2012). *Recopilación de los principales indicadores de siniestralidad laboral y enfermedad ocupacional utilizados en Iberoamérica*. Madrid: OISS.
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Lista de enfermedades profesionales (revisada en 2010). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)* (10ª rev.). Ginebra: OMS.
- Pando, M. y Ezqueda, B. (2007). Mobbing: acoso psicológico en el trabajo. En M. Pando y J.G. Salazar (Eds.): *Temas de condiciones de trabajo y salud mental*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing: Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander (España): Sal Terrae.

## 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](mailto:rbulle@uv.mx) o [rbugo46@hotmail.com](mailto: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

Personal, social, environmental, and cultural risk factors for marijuana consumption by teenagers

*Karen Lorena González Trujillo and Constanza Landoño Pérez*

The body: Perceived physical attractiveness, dissatisfaction, and body image alteration in adolescents of the northwest Mexican border

*Cisela Pineda-García, Gilda Gómez-Peresmitré, Silvia Platas Acevedo and Virginia Velasco Ariza*

Effect of mindfulness and compassion treatment on anxiety, quality of life, and asthma control

*Emily Marina Sánchez Paquini and Ana Moreno Coutiño*

Loneliness, depression and quality of life in Mexican older adults

*Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Jesús Tánari Quintana, Raquel García Flores, Sonia Beatriz Echeverría Castro, Javier José Yales García and Laura Rubio Rubio*

Overweight/obesity and health-related quality of life: The mediating-moderating role of anxiety and depression

*Emmanuel A. Ruiz Acacia, Mario E. Rojas Russell, Karina Serrano Alvarado and Malaquías López Cervantes*

Relationship between religiousness and anxiety in view of violence

*Christian Alberto Mendoza-Nápoles*

Compensatory health beliefs: Implications for health and treatment adherence

*Juan Pablo Oqueda Fuentes and Enrique Barra Almagiá*

Emotions, life events, and levels of CD4+ cells in people living with AIDS

*Rodrigo Cantú Guzmán, Javier Álvarez Bermúdez and Ernesto Torres López*

Predictive analysis of emotional wellbeing in breast cancer patients

*Sheila Pintado*

Mutual dating violence: Psychosocial victim-victimizer profiles in university students

*Manoella Alegria del Ángel and Adriana Rodríguez Barraza*

Organizational climate and psychological factors associated with burnout in a medical urgencies department: A correlational study

*Édgar Landa-Ramírez, Nancy Elizabeth Rangel-Domínguez, Miguel Alejandro Villavicencio-Carranza, Samuel Weingerz-Mehl, María Isabel Reyes-Saavedra, Víctor Rodrigo González-Álvarez, Eduardo Abraham Vidal-Velazco and Irma Jiménez-Escobar*

Negative influence of social networks on the health of adolescents and young adults: A review of the research literature

*David Navarrete Villanueva, Sara Castel Feded, Beatriz Romanos Calvo and Ignacio Bruna Barranco*

The patologization of the harrassed worker

*Jorge Román Hernández*