

# PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 28 Número 1 Enero-junio 2018

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

## *Psychology and Health*

### SUMARIO

- Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad  
*Susana Xóchitl Bárcena Gaona I y Benjamin C. Jenkins*
- La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales  
*Norma Georgina Martell Martínez, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Georgina Contreras Landgrave y Esteban Jaime Camacho Ruíz*
- Entrenamiento conductual del uso correcto del condón femenino en adolescentes: un estudio aleatorizado  
*Edgar Landa-Ramírez, Sandra Itzel Quiñones-Sandoval, Alma Delia Flores-Ordaz, Aime Edith Martínez-Basurto y Juan José Sánchez-Sosa*
- Masculinidad y paternidad: los riesgos en la salud a partir de los aprendizajes de género  
*Alejandra Salguero Velázquez, Diana Córdoba Basulto y Salvador Sapién López*
- Sintomatología y resiliencia ante el acoso relacional en México  
*Alejandra Elizabeth Pérez Pérez, Berenice Jiménez Rodríguez y Rozzana Sánchez Aragón*
- Asociación entre el síndrome de dolor miofascial y sintomatología ansiosa en docentes de educación superior  
*Claudia García Hernández, Rafael Octavio Félix Verduzco, Santa Magdalena Mercado Ibarra, Enrique Sabag Ruíz, Raquel García Flores, Diana Mejía Cruz y Ana Pamela Casanova Escobar*
- Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel  
*Sandra Yadira Flores Tesillo y Ana Olivia Ruíz Martínez*
- Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos  
*Stefano Vinoccia Alpi, Fernando Riveras Munévar, Leonardo García-Rincón, Japcy Margarita Quicena, Olga Viviana Martínez, Alejandra Martínez y Kimberly Reyes*
- Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso  
*Rocío Ivonne De la Vega Morales y Liliana Cruz Hernández*
- Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria  
*Raquel García Flores, Christian Oswaldo Acasta Quiroz, Yessica Mercedes León Ibarra, Brianda Militza Lagarda Vega, Claudia García Hernández y Teresa Iveth Sotelo Quiñones*
- Personalidad y apoyo social como predictores de la añoranza del hogar en estudiantes universitarios  
*Gustavo Francisco Medina Bolívar y Carlos Enrique Zerpa*
- Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas  
*Bibian Herrera Navarrete, Oscar Galindo Vázquez y Abel Lerma Talamantes*
- Adaptación de una escala de depresión en profesores mexicanos universitarios: un estudio preliminar  
*Nayeli Melisa Rodríguez-Leonardo, José Horacio Tavalin Ahumada y Marlene Rodríguez Martínez*

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

ISSN: 1405-1109

## UNIVERSIDAD VERACRUZANA

*Sara Ladrón de Guevara*  
Rectora

*María Magdalena Hernández Alarcón*  
Secretaria Académica

*Salvador Tapia Spinoso*  
Secretario de Administración y Finanzas

*Octavio Ochoa Contreras*  
Secretario de la Rectoría

*Édgar García Valencia*  
Director Editorial

## ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

*Olga Esther Infalte Pedreira (Cuba)*  
Presidenta

*María Teresa Varela Arévalo (Colombia)*  
Secretaria

*Alfonso Urzúa Morales (Chile)*  
Tesorero

*Godeleva Rosa Ortiz Viveros (México)*  
Vicepresidenta para México y Centroamérica

*Jorge Amado Grau Ábalo (Cuba)*  
Vicepresidente para el Caribe

*Constanza Londoño Pérez (Colombia)*  
Vicepresidenta para el área Andina

*Luiza Tatiana Forte (Brasil)*  
Vicepresidenta para el área Atlántica

*Bernardo Moreno Jiménez (España)*  
Representante del área Ibérica

# 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 28, Número 1 • Enero-junio de 2018

*Psicología y Salud* es una publicación semestral, con tiraje de 100 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 y RedALYC.

Visitenos en: [revistas.uv.mx](http://revistas.uv.mx)

# SUMARIO

Volumen 28, Número 1  
Enero-junio de 2018

Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad <i>Susana Xóchitl Bárcena Gaonal y Benjamin C. Jenkins</i> .....	5
La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales <i>Norma Georgina Martell Martínez, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Georgina Contreras Landgrave y Esteban Jaime Camacho Ruiz</i> .....	15
Entrenamiento conductual del uso correcto del condón femenino en adolescentes: un estudio aleatorizado <i>Edgar Landa-Ramírez, Sandra Itzel Quiñones-Sandoval, Alma Delia Flores-Ordaz, Aime Edith Martínez-Basurto y Juan José Sánchez-Sosa</i> .....	25
Masculinidad y paternidad: los riesgos en la salud a partir de los aprendizajes de género <i>Alejandra Salguero Velázquez, Diana Córdoba Basulto y Salvador Sapién López</i> .....	37
Sintomatología y resiliencia ante el acoso relacional en México <i>Alejandra Elizabeth Pérez Pérez, Berenice Jiménez Rodríguez y Rozzana Sánchez Aragón</i> .....	45
Asociación entre el síndrome de dolor miofascial y sintomatología ansiosa en docentes de educación superior <i>Claudia García Hernández, Rafael Octavio Félix Verduzco, Santa Magdalena Mercado Ibarra, Enrique Sabag Ruiz, Raquel García Flores, Diana Mejía Cruz y Ana Pamela Casanova Escobar</i> .....	57
Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel <i>Sandra Yadira Flores Tesillo y Ana Olivia Ruíz Martínez</i> .....	63
Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos <i>Stefano Vinaccia Alpi, Fernando Riveros Munévar, Leonardo García-Rincón, Japcy Margarita Quiceno, Olga Viviana Martínez, Alejandra Martínez y Kimberly Reyes</i> .....	73
Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso <i>Rocío Ivonne De la Vega Morales y Liliana Cruz Hernández</i> .....	85
Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria <i>Raquel García Flores, Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Yessica Mercedes León Ibarra, Brianda Militza Lagarda Vega, Claudia García Hernández y Teresa Iveth Sotelo Quiñonez</i> .....	95
Personalidad y apoyo social como predictores de la añoranza del hogar en estudiantes universitarios <i>Gustavo Francisco Medina Bolívar y Carlos Enrique Zerpa</i> .....	107
Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas <i>Bibian Herrera Navarrete, Oscar Galindo Vázquez y Abel Lerma Talamantes</i> .....	121
Adaptación de una escala de depresión en profesores mexicanos universitarios: un estudio preliminar <i>Nayeli Melisa Rodríguez-Leonardo, José Horacio Tovalín Ahumada y Marlene Rodríguez Martínez</i> .....	131

# SUMMARY

Volume 28, Number 1  
January-June 2018

Sexual communication: Differences between parents of disabled and non-disabled children <i>Susana Xóchitl Bárcena Gaona</i> and <i>Benjamin C. Jenkins</i> .....	5
Sexuality in teenagers from the social representations theory <i>Norma Georgina Martell Martínez, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa,</i> <i>Georgina Contreras Landgrave</i> and <i>Esteban Jaime Camacho Ruiz</i> .....	15
Behavioral training of the correct use of female condom in adolescents: A randomized study <i>Edgar Landa-Ramírez, Sandra Itzel Quiñones-Sandoval,</i> <i>Alma Delia Flores-Ordaz, Aime Edith Martínez-Basurto</i> and <i>Juan José Sánchez-Sosa</i> .....	25
Masculinity and fatherhood: Health risks from gender learning <i>Alejandra Salguero Velázquez, Diana Córdoba Basulto</i> and <i>Salvador Sapién López</i> .....	37
Symptomatology and resilience during relational harassment in México <i>Alejandra Elizabeth Pérez Pérez, Berenice Jiménez Rodríguez</i> and <i>Rozzana Sánchez Aragón</i> .....	45
Association between myofascial pain syndrome and anxious symptomatology in college professors <i>Claudia García Hernández, Rafael Octavio Félix Verduzco,</i> <i>Santa Magdalena Mercado Ibarra, Enrique Sabag Ruiz,</i> <i>Raquel García Flores, Diana Mejía Cruz</i> and <i>Ana Pamela Casanova Escobar</i> .....	57
Burnout in health professionals and administrative staff in a medical unit of first level <i>Sandra Yadira Flores Tesillo</i> and <i>Ana Olivia Ruíz Martínez</i> .....	63
Relations between quality of life, sociodemographic and health factors in Colombian elderly <i>Stefano Vinaccia Alpi, Fernando Riveros Munévar,</i> <i>Leonardo García-Rincón, Japcy Margarita Quiceno,</i> <i>Olga Viviana Martínez, Alejandra Martínez</i> and <i>Kimberly Reyes</i> .....	73
Effects of cognitive-behavioral therapy on factors associated to obesity: A case study <i>Rocío Ivonne De la Vega Morales</i> and <i>Liliana Cruz Hernández</i> .....	85
Multidisciplinary intervention effects in patients with primary arterial hypertension <i>Raquel García Flores, Christian Oswaldo Acosta Quiroz,</i> <i>Yessica Mercedes León Ibarra, Brianda Militza Lagarda Vega,</i> <i>Claudia García Hernández</i> and <i>Teresa Iveth Sotelo Quiñonez</i> .....	95
Personality and social support as predictors of homesickness in college students <i>Gustavo Francisco Medina Bolívar</i> and <i>Carlos Enrique Zerpa</i> .....	107
Inventory of Anxiety and Hospital Depression and Type A Behavior Pattern Withdrawal Scale in a population of patients with cardiovascular diseases: Psychometric properties <i>Bibian Herrera Navarrete, Oscar Galindo Vázquez</i> and <i>Abel Lerma Talamantes</i> .....	121
Adaptation of a depression scale for Mexican university faculty: A preliminary study <i>Nayeli Melisa Rodríguez-Leonardo, José Horacio Tovalín Ahumada</i> and <i>Marlene Rodríguez Martínez</i> .....	131

# Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad

## *Sexual communication: Differences between parents of disabled and non-disabled children*

Susana Xóchitl Bárcena Gaona<sup>1</sup> y Benjamin C. Jenkins<sup>2</sup>

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comparar las características sociodemográficas, nivel de conocimientos, creencias, estereotipos, expectativas y comunicación sexual entre padres de hijos con y sin discapacidad. Se trabajó con una muestra no probabilística de 152 padres con hijos adolescentes distribuidos en los dos grupos referidos. De ellos, 77.6% fueron mujeres cuya edad promedio fue de 45 años. Los resultados más importantes señalan que los padres de hijos con discapacidad tienen más estereotipos y se comunican menos con sus hijos que los padres de hijos sin discapacidad. Los resultados se discuten en términos de las implicaciones en la promoción de la salud sexual de estas personas.

**Palabras clave:** Adolescentes; Discapacidad; Padres; Comunicación; Sexualidad.

### ABSTRACT

*The aim of the present study was to compare the sociodemographic characteristics, level of knowledge, beliefs, stereotypes, expectations, and sexual communication between parents of disabled and non-disabled children. Participants consisted of 152 parents with an average age of 54 with teenage children assigned to two groups: parents of disabled children (PDC) and parents of non-disabled children (PNC). Results show that PDCs have more stereotypes and communicate less with their children than PNCs. These findings are discussed in terms of the implications for promoting sexual health of persons with disabilities.*

**Key words:** Adolescents; Disability; Parents; Communication; Sexuality.

## INTRODUCCIÓN

Los jóvenes mexicanos inician su vida sexual a los 15 años en promedio, y más de la mitad lo hace sin protección para prevenir un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/sida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] y Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015). Se estima que, anualmente, 20% de los embarazos corresponde a mujeres menores de 19 años (INEGI, 2010). A pesar de que el índice general de natalidad disminuye cada año, el de madres adolescentes observa una tendencia inversa; asimismo, se calcula que 41.5% de los casos de VIH/sida diagnosticados corresponden a jóvenes de entre 15 y 29 años de edad (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA], 2014).

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Av. de Los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-13-33, ext. 39753, correo electrónico: s.barcena@campus.iztacala.unam.mx. Artículo recibido el 18 de octubre de 2016 y aceptado el 8 de mayo de 2017.

<sup>2</sup> Western New Mexico University, P.O. Box 680, 88062 Silver City, New Mexico. USA, correo electrónico: benjamin.jenkins@wnmu.edu.

La falta de información precisa y oportuna sobre el uso de preservativos y otros métodos anticonceptivos contribuye significativamente a engrosar el número de los problemas de salud sexual referidos anteriormente. En el caso de los jóvenes con discapacidad, la situación es más grave debido a que sufren discriminación y es limitado su acceso a los servicios educativos y de salud (Secretaría de Educación Pública, 2016; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Además, se cree erróneamente que son asexuales o “ángeles eternos”, por lo que no están en riesgo de contraer ITS, y se desestima asimismo que estén expuestos a abusos sexuales; de hecho, no se les brinda educación sexual por considerarla innecesaria (Rivera, 2008).

En México no existen datos oficiales acerca de la salud sexual de personas con discapacidad; no obstante, en la Encuesta Mundial sobre VIH/sida y Discapacidad, efectuada por la Universidad de Yale para el Banco Mundial (cfr. World Bank, 2009), se indica que las personas con discapacidad mantienen una vida sexual activa y que están más expuestas a diversos factores de riesgo. Datos del Departamento de Justicia de Estados Unidos (cfr. Harrell, 2015) señalan que la tasa de violación y asalto sexual es dos veces más alta en personas con discapacidad: 22 por cada 1,000, que en personas sin discapacidad: 10 por cada 1,000. Estos datos confirman que privar a los jóvenes de recibir educación sexual es colocarlos en una situación de riesgo.

Muchos estudios muestran consistentemente que los jóvenes que reciben educación sexual tienden a retardar la edad de su debut sexual y adoptan conductas protectoras al inicio de su vida sexual (Schaalma, Abraham, Gilmore y Kok, 2004); sin embargo, en el caso de las personas con discapacidad eso supone una doble desventaja, pues los programas orientados a la promoción de la salud y la prevención no están diseñados para ellos (OMS, 2015), y las experiencias y situaciones que les ayuden a comprender su propia sexualidad se encuentran restringidas (Navarro y Hernández, 2012).

Por ende, los padres desempeñan un papel primordial en la promoción de conductas sexuales saludables de sus hijos a través de la comunicación sobre la sexualidad que establecen con ellos (Bárcena, Robles y Díaz-Loving, 2013). Está de-

mostrado que los jóvenes que conversan con sus padres sobre temas de sexualidad retardan la edad de debut sexual (Markham, Lormand y Gloppen, 2010), usan condón en su primera relación sexual (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles, 2008) y tienen un desarrollo sexual más positivo (Dilorio, Pluhar y Belcher, 2003). Por el contrario, cuando los padres no hablan con sus hijos acerca de su sexualidad dan pie a que adquieran información insuficiente y desvirtuada de su grupo de pares, la televisión y la Internet (Caricote, 2008).

En los hogares de estas personas rara vez se aborda la sexualidad (Gutiérrez, 2010; Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo, 2013). A menudo, los padres experimentan temor ante la posibilidad de que sus hijos tengan una vida sexual, y piensan que al alejarlos de todo aquello que haga referencia a la sexualidad harán que esta no surja; suelen asimismo adoptar conductas sobreprotectoras hacia sus hijos, lo que limita la autonomía y reduce las actividades de los mismos al ámbito familiar y a la institución que les brinda servicios (López, 2006; Navarro y Hernández, 2012). Además, los padres pueden considerar que cualquier expresión de la sexualidad de sus hijos es inaceptable, y como resultado de esto no están dispuestos a discutirla (Morales, López y Mullet, 2011).

Investigaciones recientes en padres de hijos con discapacidad indican que aquellos son más propensos a comunicarse sobre sexualidad con estos cuando tienen una percepción positiva y realista sobre la discapacidad y la sexualidad (Ballan, 2012). En el mismo sentido, los padres más jóvenes tienden a aceptar más positivamente el desarrollo sexual de sus hijos y, por consiguiente, se comunican más frecuentemente con ellos sobre dichos temas (Cuskelly y Bryde, 2004; Karellou, 2007). Cabe destacar que la comunicación se establece más fácilmente cuando el padre es del mismo sexo que el hijo (Jerman y Constatine, 2010). Al igual que en los jóvenes sin discapacidad, los discapacitados recurren también a su grupo de amigos y a los medios electrónicos en busca de información sobre la sexualidad cuando sus padres no se las brindan (Pownall, Jahoda, Hastings y Kerr, 2011).

En la población de padres que tienen hijos sin discapacidad se observa que sus características influyen en el diálogo que establecen con ellos acerca de la sexualidad. Los padres más jóvenes

(Einsenberg, Sievening, Bearinger, Swain y Resnick, 2005) y con un nivel escolar superior (Gallagos, Villaruel, Gómez, Onofre y Zhou, 2007) se involucran más en dicha comunicación, lo que ocurre más con las madres que con los padres (Meshke, Bartolomé y Zentael, 2002). También el grado de conocimientos sobre el sida, el sexo seguro, los estereotipos de género y las creencias influyen en la comunicación (Lehr, Demi, Dilorio y Facticeau, 2005); por ejemplo, los padres con más estereotipos de género enseñan a sus hijos que la manera en que se experimenta el romance y las relaciones sexuales deben ser distintas para hombres y mujeres y que a estos se les concede una mayor libertad (Shearer, Hosterman, Gillen y Lefkowitz, 2005). Asimismo, los padres con creencias negativas hacia el uso del condón enseñan a sus hijos que la mejor forma de cuidar su salud es abstenerse de tener relaciones, mientras que los padres con creencias más positivas les enseñan a prevenir los riesgos sexuales mediante el condón (Lefkowitz y Stoppa, 2006).

Pese a que los estudios referidos anteriormente se llevaron a cabo con padres de hijos sin discapacidad, es posible suponer que las variables analizadas en dicha población sean también importantes para los padres que tienen hijos con discapacidad. Sin embargo, es posible suponer que la frecuencia y magnitud de cada una de aquellas sean distintas. Por ejemplo, no se preocupan por buscar información sexual bajo el supuesto de que sus hijos no requieren esa información, no consideran importante hablar sobre ello y, en consecuencia, no dialogan con sus hijos.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue comparar las características sociodemográficas, el grado de conocimientos, las creencias y estereotipos, las expectativas hacia la comunicación y la frecuencia de la misma sobre la sexualidad en ambos grupos.

## MÉTODO

### Participantes

Se empleó un muestreo no probabilístico intencional por cuotas mediante el cual se seleccionaron 152 padres con hijos adolescentes, distribuidos

en dos grupos: padres de hijos con discapacidad (PCD) y padres de hijos sin discapacidad (PSD). En el caso del primer grupo, se acudió a asociaciones formales e informales del Estado de México (México) que brindan atención a personas con discapacidad, y se pidió la colaboración de sus directores para encuestar a los padres, cuyos hijos tuvieran entre 12 y 19 años y presentaran algún tipo de discapacidad (intelectual, auditiva, visual o motriz). Respecto al segundo grupo, se solicitó el permiso a los directores de escuelas secundarias de la entidad para aplicar a los padres los instrumentos durante una de las reuniones escolares que se llevan a cabo bimestralmente con motivo de la firma de boletas. La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres (77.6%), cuya edad promedio fue de 45 años (D.E. = 8); casadas (59.9%) o en unión libre (13.8%) y con un nivel educativo bajo (30.5% con secundaria y 30.5% con primaria).

### Instrumentos

En este estudio se emplearon cinco instrumentos de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EES) elaborada por Bárcena et al. (2013), adaptados y validados por Bárcena (2013) en una muestra de padres de familia, los cuales se describen a continuación:

*Características sociodemográficas.* Se recabó información sobre el parentesco paterno del participante y se emplearon cinco reactivos para conocer su sexo, edad, estado civil y grado escolar.

*Prueba de conocimientos.* La prueba estuvo constituida por dieciocho reactivos; doce de ellos destinados a obtener información del grado de conocimientos acerca de las formas de prevención y transmisión del VIH, así como las consecuencias sociales y psicológicas del embarazo adolescente; los seis reactivos restantes correspondieron al uso correcto del condón. Las opciones de respuesta para cada reactivo fueron “cierto”, “falso” y “no sé”.

*Escala de creencias.* La escala, con un índice de consistencia interna de 0.87, constó de cinco reactivos orientados a evaluar las creencias positivas de los padres acerca de que sus hijos usen condón, cuyas opciones de respuesta se mostraron en una escala Likert con valores de 1 (“totalmente desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”).

*Escala de estereotipos.* Esta escala, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, se conformó con ocho reactivos referentes a los estereotipos que prevalecen en torno a lo que está mal visto que hagan hombres y mujeres en el cuidado de su salud sexual. Las opciones de respuesta se presentaron en una escala Likert con valores de 1 (“totalmente desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”).

*Escala de expectativas hacia la comunicación sexual con los hijos.* Dicha escala, con un coeficiente de alfa de 0.90, estuvo integrada por siete reactivos referentes a lo que esperan los padres que ocurra si hablan con sus hijos sobre su sexualidad (por ejemplo, “Sería menos probable que mi hija se embarace”). Las opciones de respuesta se expusieron en una escala Likert con valores de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”).

*Escala de comunicación sobre temas sexuales.* La escala de comunicación, con un índice de consistencia interna de 0.94, se conformó por 17 reactivos referentes a tres tópicos: métodos anticonceptivos (seis reactivos), relaciones sexuales (seis reactivos) y VIH/sida (cinco reactivos). Las opciones de respuesta para cada reactivo se presentaron en una escala Likert, con valores de 1 (“nunca”) a 5 (“una gran cantidad de veces”).

## Procedimiento

Con la anuencia de las autoridades escolares, se convocó a los padres a una reunión en la que un investigador entrenado les explicó los objetivos, el carácter confidencial y anónimo de sus respuestas y las instrucciones para el llenado de los instrumentos. El investigador estuvo presente durante el tiempo que demoraron los padres en responderlos (30 minutos en promedio), esto con el propósito de aclarar las dudas que surgieran durante el proceso. Las respuestas de los participantes se capturaron en una base de datos utilizando el programa SPSS para Mac, versión 20.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los resultados de la comparación entre los padres de hijos con discapacidad

(PCD) y los padres de hijos sin discapacidad (PSD) respecto a las características sociodemográficas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en términos de edad, sexo y estado civil. No obstante, el grupo PCD registró una mayor escolaridad que el PSD.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos.

Características	PCD (n = 76)	PSD (n = 76)	P
Edad (años)	45 ± 8	44 ± 7	NS
Sexo (F/M)	58/18	60/16	NS
Estado civil			NS
Soltero	8	7	
Casado	46	45	
Unión libre	10	11	
Divorciado	4	1	
Separado	5	7	
Viudo	3	5	
Escolaridad			.000
Educación básica	41	51	
Educación media	19	22	
Educación superior	14	3	

Los resultados indican que los padres de ambos grupos mostraron un bajo nivel de conocimientos sobre ITS y VIH/sida, y más bajo aún en conocimientos sobre uso del condón. Ambos grupos señalaron tener actitudes positivas hacia el uso del condón por parte de sus hijos. En el caso de los estereotipos, el grupo PCD obtuvo una puntuación significativamente mayor respecto al PSD. En ambos grupos se registraron expectativas positivas altas hacia la comunicación sobre sexualidad; sin embargo, el PCD obtuvo puntuaciones más bajas que el PSD en cuanto a la comunicación sobre métodos anticonceptivos, relaciones sexuales y VIH/sida (Tabla 2).

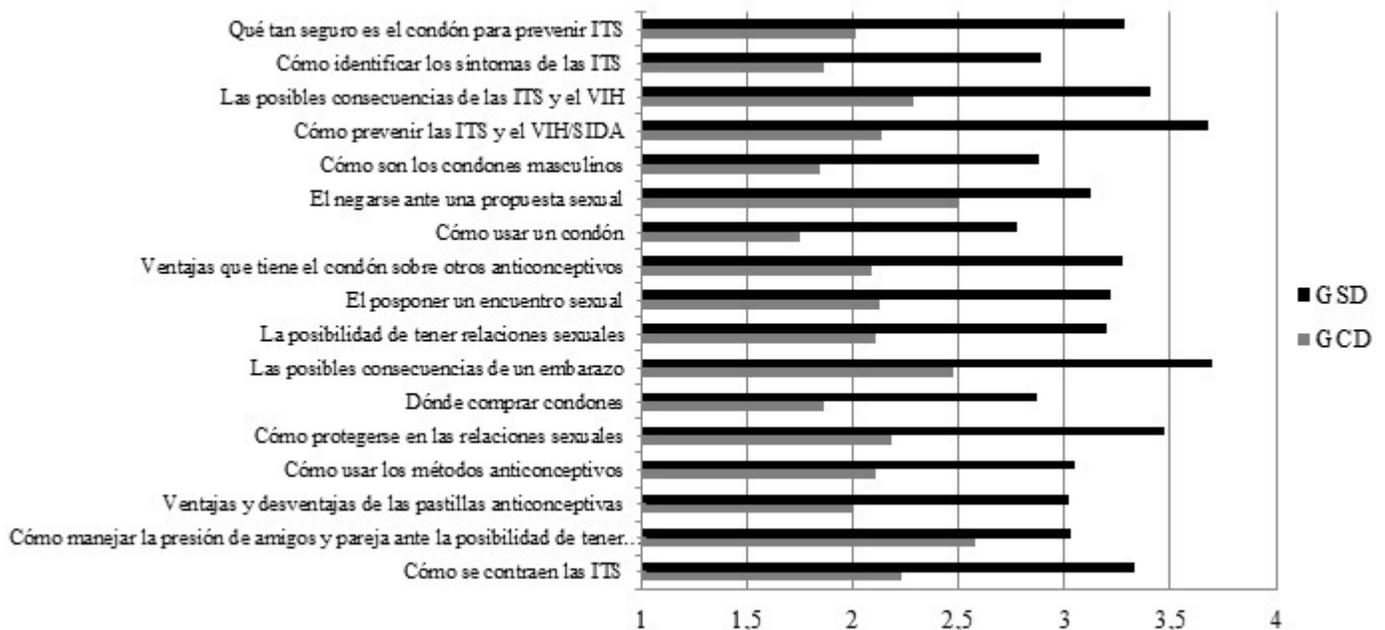
Posteriormente, se compararon los grupos PCD y PSD en cada uno de los reactivos que conforman la escala de comunicación sobre sexualidad. Los resultados de la prueba *t* de Student indican diferencias significativas entre ambos grupos ( $p < .05$ ). Los PSD, en comparación con los PCD, hablaban más sobre cada uno de los temas. En el grupo de PCD los temas de los que más hablaban eran las formas de manejar la presión de amigos y pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexua-

**Tabla 2.** Comparación entre ambos grupos de padres.

Variables	PCD (n = 76)		PSD (n = 76)		t	p
	M	D.E.	M	D.E.		
Conocimientos sobre ITS y VIH/sida	61.61	15.74	62.94	14.48	0.477	.634
Conocimientos sobre el uso del condón	37.10	23.57	31.33	23.11	-1.425	.157
Creencias positivas	3.99	1.01	4.23	0.94	1.44	.150
Estereotipos hacia el cuidado de la salud	2.02	0.89	1.86	0.67	-2.191	.030
Expectativas positivas	3.86	0.76	3.91	1.02	0.358	.721
Comunicación sobre métodos anticonceptivos	1.85	0.94	2.89	1.04	5.695	.000
Comunicación sobre relaciones sexuales	2.32	1.13	3.33	1.03	4.909	.000
Comunicación sobre VIH/sida	2.13	1.00	3.35	0.91	6.928	.000

les, el negarse a una propuesta sexual y las posibles consecuencias de un embarazo; por el contrario, de los que menos hablaban fueron los referidos de las formas de usar un condón, la forma de los condones masculinos y los establecimientos en los que pueden adquirirse condones. En el caso de los PSD, los temas que platicaban con sus

hijos con mayor frecuencia eran cómo protegerse en las relaciones sexuales, cómo prevenir las ITS y el VIH/sida y las posibles consecuencias de un embarazo; los temas menos abordados fueron semejantes a los PCD. En la Figura 1 se muestran tales resultados.

**Figura 1.** Comunicación sexual entre grupos.

Por último, se hizo un análisis comparativo para conocer el papel que desempeñan las características de los padres en la comunicación sobre sexualidad con sus hijos. Los resultados indican que en

ambos grupos, los hombres, en comparación con las mujeres, conversaban más sobre dichas cuestiones (Tabla 3).

**Tabla 3. Análisis comparativo de la comunicación sobre sexualidad por sexo.**

Variable	Comunicación sobre sexualidad							
	PCD (n = 76)				PSD (n = 76)			
Sexo	Media	D.E.	t	p	Media	D.E.	t	p
Hombres	2.16	0.892	.440	.662	3.34	0.957	0.609	.546
Mujeres	2.04	0.99			3.11	0.944		

Respecto a la edad de los padres, en el grupo de PCD los de mayor edad conversaban con más frecuencia con sus hijos, lo opuesto a los PSD, entre quienes eran los padres más jóvenes quienes dialogaban más frecuentemente con sus hijos. Los padres divorciados en ambos grupos platicaban con mayor frecuencia sobre los temas ya señalados. No

obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas; únicamente resultó serlo la escolaridad, y exclusivamente en los PCD, lo que indica que en ese grupo los padres con educación superior dialogaban con sus hijos sobre la sexualidad con mayor frecuencia, a diferencia de quienes tenían solamente educación básica (Tabla 4).

**Tabla 4. Análisis comparativo de la comunicación sobre sexualidad por edad, estado civil y escolaridad.**

Variable	Comunicación sobre sexualidad							
	PCD (n = 76)				PSD (n = 76)			
	M	D.E.	F	p	M	D.E.	F	p
<i>Edad</i>								
Menores de 39 años	1.99	0.75	0.808	.450	3.42	0.67	0.62	.543
De 40 a 50 años	1.98	1.04			3.15	1.11		
Mayores a 51 años	2.31	0.77			2.96	0.79		
<i>Estado civil</i>								
Soltero	2.09	1.06	1.060	.390	3.41	0.79	1.81	.135
Casado	2.11	0.93			3.25	0.98		
Unión libre	1.55	0.89			2.43	0.67		
Divorciado	2.88	1.66			3.78	0.75		
Separado	2.15	0.56			3.61	0.62		
Viudo	2.22	1.06			2.12	1.35		
<i>Escolaridad</i>								
Básica	1.83	0.92	4.470	.015	3.04	0.91	1.13	.333
Media superior	2.27	0.83			3.48	1.03		
Superior	2.66	0.99			2.74	0.24		

## DISCUSIÓN

El objetivo central de esta investigación fue comparar las características sociodemográficas, conocimientos, creencias, estereotipos, expectativas y comunicación sobre sexualidad entre padres de hijos con y sin discapacidad. Los resultados más importantes señalan que hubo entre ellos diferencias significativas, las cuales se discuten a continuación.

En primer lugar, a partir de los resultados obtenidos por los padres en las pruebas de conocimiento fue posible identificar que tanto los PCD como los PSD carecen de información relevante sobre las formas de transmisión y prevención del ITS, VIH y embarazos no deseados, y desconocen aun más las medidas que se deben tomar para asegurar el uso correcto del preservativo. Es posible que en la época en que ellos tuvieron su primera relación sexual todavía no hubiera suficiente difusión sobre la epidemia del VIH ni información acerca de su prevención mediante el uso del condón.

Aunque en diferentes estudios se ha desdoblado el papel que desempeñan los conocimientos, estos son una herramienta fundamental ya que permiten que los padres transmitan a sus hijos información útil y certera sobre estos problemas.

Por otra parte, se encontró que los padres de ambos grupos expresaron tener ideas poco estereotipadas (menores aún en los PSD), evaluar positivamente el uso de condón por parte de sus hijos y considerar que hablar con ellos sobre temas de sexualidad puede evitar que se embaracen o se contagien con ITS. Sin embargo, en los hechos, los PCD hablaban menos sobre dichos problemas que los PSD.

Algo que resulta interesante es el análisis de los temas que se discutían en cada grupo. En los PCD, los tópicos que se abordaban más se orientaban sobre todo a evitar que sus hijos tuvieran relaciones sexuales (por ejemplo: cómo manejar la presión de los amigos y la pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales, el negarse a una propuesta sexual y las posibles consecuencias de un embarazo); los temas menos tratados tienen que ver con el cuidado de su salud sexual mediante el uso del preservativo (cómo usar un condón, cómo son los condones masculinos y dónde comprarlos). Tales resultados sugieren que los padres que tienen hijos con discapacidad están más preocupados de que sus hijos tengan relaciones sexuales que en su cuidado sexual. Una posible explicación puede ser que, ante ese temor, optan por evadir el tema, tal como señalan algunos autores (López, 2006; Morales et al., 2011).

Por su parte, los PSD conversan con mayor frecuencia con sus hijos sobre temas que pueden reflejar su aprensión de que sus hijos adquieran ITS o se embaracen (por ejemplo: cómo protegerse en las relaciones sexuales, cómo prevenir las ITS y el VIH/sida y las posibles consecuencias de un embarazo). Sin embargo, al igual que los PCD, no brindan información precisa que facilite a sus hijos saber dónde adquirir y cómo usar preservativos.

Respecto a las características de los padres, en otras investigaciones se ha señalado que el sexo (Meshke et al., 2002), la edad (Einsenberg et al., 2005) y el nivel educativo (Gallegos et al., 2007) desempeñan un papel relevante en la comunicación sobre sexualidad que los padres establecen con sus hijos; no obstante, en el presente estudio fue únicamente la escolaridad la que favoreció dicha comunicación, particularmente en los PCD. Para comprender este resultado, es importante recordar que en el grupo de PCD se concentró una mayor cantidad de padres con educación superior que en el de PSD. Ahora bien, la investigación demuestra que cuando los padres alcanzan un nivel educativo mayor, aumentan parejamente sus conocimientos sobre diversos aspectos relativos a la sexualidad (Bárcena et al., 2013) y, consecuentemente, conversan más con sus hijos a ese respecto. Es posible suponer entonces que cuando los padres están más informados, comparten más fácilmente esos datos con sus hijos a través del diálogo. Por el contrario, cuando los padres tienen un nivel educativo bajo manejan deficientemente la información sobre sexualidad, lo que dificulta su comunicación.

Finalmente, los resultados más importantes del estudio presente destacan la importancia de proveer a los padres de los conocimientos necesarios. En el caso de los PCD, es preciso fomentar en ellos habilidades comunicativas que les hagan posible hablar con sus hijos sobre estos tópicos. En suma, estos resultados apoyan el llamado global para una mayor defensa de las personas con discapacidad y de sus familias ante la experiencia de la sexualidad. La comunicación sobre la sexualidad que los padres establezcan con sus hijos podría reducir la violencia, la discriminación y las enfermedades que pueden contraer por mera ignorancia, mismas que afectan tanto a las propias personas con discapacidad como a sus familias (Alianza Internacional de la Discapacidad, y Centro de Derechos Reproductivos, 2015).

## REFERENCIAS

Alianza Internacional de la Discapacidad y Centro de Derechos Reproductivos (2015). *Educación sexual integral e inclusiva y la CDPD: Sumisión a Medio Día de Debate General del Comité de la CDPD sobre el Derecho a la Educación, Palacio de las Naciones, Ginebra*. Disponible en línea: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGDontherighttoeducationforpersonswithdisabilities.aspx>.

- Ballan, M.S. (2012). Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(5), 676-684.
- Bárcena, S. (2013). *Efectos diferenciales de un programa de VIH dirigido independientemente a padres e hijos*. Tesis doctoral inédita. México: UNAM.
- Bárcena, S., Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la conducta sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968.
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Investigación Arbitrada*, 12(40), 79-87.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA) (2014). *Casos acumulados de sida por grupos de edad y sexo*. Disponible en línea: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos\\_grupoedadysexo.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_grupoedadysexo.pdf).
- Cuskelly, M. y Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: Parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 255-264.
- DiIorio, C., Pluhar, E. y Belcher, L. (2003). Parent-child communication about sexuality: A review of the literature from 1980-2002. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children*, 5, 7-31.
- Eisenberg, M.E., Sieving, C., Bearinger, L.H., Swain, C. y Resnick, M.D. (2005). Parental notification laws for minors' access to contraception – What do parents say? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, 120-125.
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y pareja y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. En: S. Rivera Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 227-232), Vol. XII, México, D.F.: AMEPSO.
- Gallegos, E.C., Villaruel, M.A., Gómez, M., Onofre, D.J. y Zhou, Y. (2007). Research brief: Sexual communication and knowledge among mexican parents and their adolescent children. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(2), 28-34.
- Gutiérrez, B. (2010). *Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual*. España: Pirámide.
- Harrell, E. (2015). Crime against persons with disabilities, 2009-2013-Static Tables. *Bureau of Justice Statics*, 1-22.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) 2008-2010*. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general/MDXQueryDatos.asp>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Consejo Nacional de Población (2015). *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica*. México: INEGI/CONAPO.
- Jerman, P. y Constantine, N.A. (2010). Demographic and psychological predictors of parent-adolescent communication about sex: A representative statewide analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1164-1174.
- Karellou, J. (2007). Parents' attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Journal on Developmental Disabilities*, 13, 55-72.
- Lefkowitz, E.S. y Stoppa, T.M (2006). Positive sexual communication and socialization in the parent-adolescent context. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 112, 39-55.
- Lehr, S.T., Demi, A.S., Dilorio, C. y Facticeau, J. (2005). Predictors of fathers-son communication about sexuality. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 119-129.
- López, F. (2006). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Markham, C.M., Lormand, D. y Gloppen, K.M. (2010). Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *Journal of Adolescent Health*, 46, S23-S24.
- Meshke, L.L., Bartolomé, S. y Zentael, S.R. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: Promoting healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31, 264-269.
- Morales G., E., López E., O. y Mullet, E. (2011). Acceptability of sexual relationships among people with learning disabilities: Family and professional caregivers' views in Mexico. *Sexuality & Disability*, 29, 165-174.
- Navarro N., Z. y Hernández A., I. (2012). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 22(2), 195-203.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Discapacidad y salud*. Disponible en línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Encuesta Mundial de Salud a Escolares*. Disponible en línea: <http://www.who.int/chp/gshs/es/>.
- Pownall, J.D., Jahoda, A., Hastings, R. y Kerr, L. (2011). Sexual understanding and development of young people with intellectual disabilities: Mothers' perspectives. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 116, 205-219.
- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170.
- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. y Hermosillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239.
- Schaalma, H.P., Abraham, C., Gillmore, M.R. y Kok, G. (2004). Sex education as health promotion: "What does it take?". *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 259-269.

- Secretaría de Educación Pública (2016). *Sistema interactivo de consulta de estadística educativa*. Disponible en línea: <http://www.planeacion.sep.gob.mx/principalescifras/>.
- Shearer, C.L., Hosterman, S.J., Gillen, M.M. y Lefkowitz, E.S. (2005). Are traditional gender role associated with risky sexual behavior and condom-related beliefs? *Sex Roles*, 52(5), 311-324.
- World Bank (2009). *A population at risk: HIV/AIDS and disability: Capturing hidden voices. Findings from the Yale/World Bank Global Survey of HIV/AIDS and Disability*. Washington D.C.: World Bank.



# La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales

## *Sexuality in teenagers from the social representations theory*

*Norma Georgina Martell Martínez<sup>1</sup>, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa<sup>2</sup>,  
Georgina Contreras Landgrave<sup>2</sup> y Esteban Jaime Camacho Ruiz<sup>2</sup>*

### RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue comprender las representaciones sociales de las relaciones sexuales que tienen los adolescentes, el agente socializador más significativo que interviene en la construcción de estos símbolos, y asimismo las diferencias de representaciones entre hombres y mujeres. Se trata de un estudio de caso a partir del paradigma cualitativo, que tiene como categorías principales la familia, amigos, grupos de pares, medios de comunicación y redes sociales. Se llevaron a cabo entrevistas a profundidad de las que se derivaron las subcategorías de afectividad, compromiso, riesgo, placer y embarazo. Los resultados indican que el papel de la familia es determinante en las conductas sexuales de los jóvenes, y que la figura materna resultó tener una función predominante en la comunicación incluso en los hombres, además de que transmite valores e impone límites. Se encontraron diferencias en las representaciones sociales entre los sexos en cuanto a compromiso y afectividad. Se pudo observar que en el esquema cognitivo de los adolescentes no aparece el riesgo de embarazo y que los medios de comunicación han trazado una ruta orientadora en las relaciones entre los individuos.

**Palabras clave:** Adolescentes; Sexualidad; Representaciones sociales; Salud reproductiva; Conducta sexual.

### ABSTRACT

*The aim of the present study was to understand the social representations about sexuality in teenagers, exploring the main socializing agent contributing to building the corresponding symbols, and to exploring the differences between representations by men and women. Through the use of qualitative methodology this case study included family, friends, peer groups, mass media and social networks as main categories. In depth interviews led to discerning such subcategories of affectivity, compromise, risk, pleasure and pregnancy. Results indicate that the family plays a determinant role in the youth's sexual behavior with the mother exerting a predominant influence in communication skills, even for the men, as well as imparting values and imposing limits. Men and women differed regarding compromise and affectivity as well as other differences of meaning between genders. The main findings indicate that teenagers' cognitive scheme does not seem to include the perception of risk of pregnancy, and the mass media have probably become a guiding factor in human relationships.*

**Key words:** Teenagers; Sexuality; Social representations; Reproductive health; Sexual behavior.

---

<sup>1</sup> Maestría en Sociología de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de México Amecameca, Km 2.5 Carretera Amecameca-Ayapango Francisco Sarabia s/n, 56900 Amecameca, Edo. de México, México, tel. (597)978-21-58, correo electrónico: ginamartell7@hotmail.com. Artículo recibido el 5 de abril y aceptado el 22 de mayo de 2017.

<sup>2</sup> Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México, Av. Bordo de Xochiaca S/N, Benito Juárez, 57000 Nezahualcóyotl, Edo. de México, México, tel. (55)51-12-63-72, exts. 7962, 7924 y 7912, correos electrónicos: leo.ibarra.uaem@gmail.com, gcontreras@uaemex.mx y jaime\_camacho\_ruiz@hotmail.com.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida significativa que determina la manera de conducirse en la vida adulta debido a los cambios físicos, cognitivos y sociales que se experimentan en aquella; de ahí que la sexualidad y la salud reproductiva tengan un considerable impacto social en las conductas de riesgo (Lavielle et al., 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) indica que 16 millones de mujeres de entre 15 y 19 años se embarazan, lo que representa aproximadamente 11% de los partos en todo el mundo, y que se practican cerca de 2.5 millones de abortos peligrosos. Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia son más altas entre los hijos de adolescentes, lo que aumenta el riesgo de defunción o de futuros problemas de salud en el neonato. La misma OMS menciona que 40% de los nuevos casos de VIH se presentan en adolescentes.

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen que, después de la infancia, sea la adolescencia la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser atendida de manera especial (Martín y Reyes, 2003). Lo anterior indica por qué la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se ha constituido como una prioridad nacional e internacional.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2014) estima que actualmente hay en el país 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, y que solo 37.6% de ellos utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, 2012), la proporción de la población de 12 a 19 años en el país que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos entre madres adolescentes aumentó de 15.6 a 18.7% entre los años 2003 y 2012 (Secretaría de Salud, 2015). Por su parte, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) elaborada por el Gobierno de la República (2014) reconoce la necesidad de desarrollar

estrategias para la formación integral en educación sexual en las políticas públicas relativas a la salud y educación.

En el desarrollo sexual del adolescente participan factores como el proceso puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de las necesidades sexuales, el desarrollo de la personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecimiento de un sistema propio de valores sexuales, todo ello mientras el adolescente está sometido a la presión ejercida por su grupo de iguales o a las reacciones de sus padres ante ese desarrollo sexual (Vega, Robledo, García e Izquierdo, 2012). Es por ello que la sexualidad es uno de los ámbitos de la vida social más simbólicos y contiene múltiples dimensiones que rebasan las condiciones biológicas, por lo que es necesario entender que las valoraciones que tienden a ser compartidas socialmente contribuyen a la identidad social de los individuos, la cual puede reforzarse a partir de una representación social (Moscovici, 1976), y esta a su vez mantiene estructuras de pensamiento compartidas, orientadas hacia la normalización de las conductas sexuales de los adolescentes.

En la presente investigación se toma como marco de referencia la teoría de las representaciones sociales, que permite comprender los fenómenos psicosociales de una manera holística, en tanto que tales representaciones constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que orientan la conducta (Araya, 2002), por lo que sirven para guiar, interpretar y justificar el comportamiento.

A través de las relaciones interpersonales se intercambian opiniones, se reafirman conceptos e ideas, se debate y se consolida el proceso de construcción. La representación social se construye en este proceso de intercambio, y al mismo tiempo es ella la que orienta el discurso (Morales, 2002). A través de operaciones mentales como la atención, la percepción y la memoria, un objeto es sustituido por un símbolo, que lo hace presente cuando aquel está ausente (Jodelet, 1988); es decir, el objeto queda representado simbólicamente en la mente de los individuos; no es una simple reproducción del objeto sino que implica su transformación y construcción.

Moscovici (1976) considera que las representaciones sociales se pueden generar ante situaciones que provocan sentimientos de duda, miedo o incertidumbre, y logran clasificar, reorganizar y explicar aquello que es desconocido, no familiar, en algo conocido y familiar por medio de la función de la objetivación y el anclaje (Alvarado y Garrido, 2003).

Las estadísticas muestran que alrededor de las prácticas sexuales giran aspectos que es conveniente revisar desde la psicología y la sociología de la salud porque no únicamente presentan problemas públicos, sino todo un proceso en el que interactúan conocimientos, opiniones, ideas y actitudes en torno de un hecho que es significativo en la vida de cualquier persona, como la relación sexual, que se expresa también en el ámbito del sentido común como un terreno en el que se pueden recolectar evidencias. Debido a que se trata de un espacio donde las interacciones sociales se manifiesten en diferentes formas, son precisamente las representaciones sociales las que pueden ayudar a identificar la predisposición de una población hacia las relaciones sexuales y sus efectos en la vida social (Crespo, 1995).

Debido a lo anterior, los objetivos de la presente investigación fueron comprender las representaciones sociales que tienen los adolescentes de las relaciones sexuales, e identificar los agentes socializadores más importantes que intervienen en la construcción de dichas representaciones. Se trata de un estudio de caso que utilizó el paradigma cualitativo y entrevistas a profundidad, es decir, encuentros cara a cara entre los participantes y el investigador, orientados a analizar la multiplicidad de percepciones, significados, saberes, códigos, reconocimientos, mitos, ideologías y emociones para lograr un entendimiento detallado de sus experiencias y perspectivas puestas en sus propias palabras, para lo cual es fundamental establecer rapport con los informantes antes de enfocar la investigación (Taylor y Bogdan, 1992).

## MÉTODO

### Participantes

Tomando en cuenta los puntos de saturación y densidad (Mayan, 2001), la población sujeta de

estudio fueron cuatro adolescentes, estudiantes de bachillerato técnico en Ixtapaluca, Estado de México (México): dos varones de 17 (E2H) y 18 años (E1H), y dos mujeres de 15 (E3M) y 16 (E4M) años, que representan a los estudiantes en el rango de 15 a 18 años de edad.

### Procedimiento

El muestreo fue por conveniencia y según el área de orientación educativa. Las entrevistas se realizaron con el consentimiento previo por parte del padre o la madre y de los propios entrevistados. Para ello, se diseñó una guía de entrevista con tópicos que contenían categorías de análisis resultantes de la revisión teórica. Dicha guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas (Taylor y Bogdan, 1992). Aunque las preguntas están ordenadas, los participantes pueden responderlas libremente, a diferencia de un cuestionario de preguntas cerradas en el que las respuestas deben ser elegidas (Mayan, 2001). La pregunta de investigación que se planteó fue: “¿Cuáles son las representaciones sociales que construyen los jóvenes adolescentes respecto a las relaciones sexuales?”

Las categorías contenidas en la guía son la familia, la escuela, los medios de comunicación y las redes sociales. La familia, porque es una institución social que transmite valores tradiciones y educación ya que es la principal encargada de la socialización, que permite al adolescente insertarse al mundo social que le rodea; la escuela, porque su función es la socialización en un contexto institucional, y además porque inculca conocimientos, habilidades, actitudes e intereses; los medios de comunicación, porque transmiten contenidos de información, formación y entretenimiento a través de señales o símbolos, y las redes sociales, porque establecen formas de interacción con amigos o grupo de iguales con los cuales se crean vínculos afectivos y con quienes se comparte un espacio determinado (la escuela) y una etapa particular (la adolescencia).

En el diseño se consideraron aspectos tales como relaciones afectivas, prevención, responsabilidad, compromiso, noviazgo, actividad sexual, placer sexual, riesgo, embarazo, vivencias y experiencias.

Las entrevistas se llevaron a cabo de forma individual en los cuatro casos. Además, se grabaron en sesiones de una hora y luego se transcribieron por cada caso, clasificando la información por categorías y seleccionando el texto para ingresarlo al software NVivo 11.

Los casos representan las unidades de observación, y a partir de las categorías indicadas arriba resultaron las palabras narrativas que se derivaron de las entrevistas según la cantidad de información observada en las mismas.

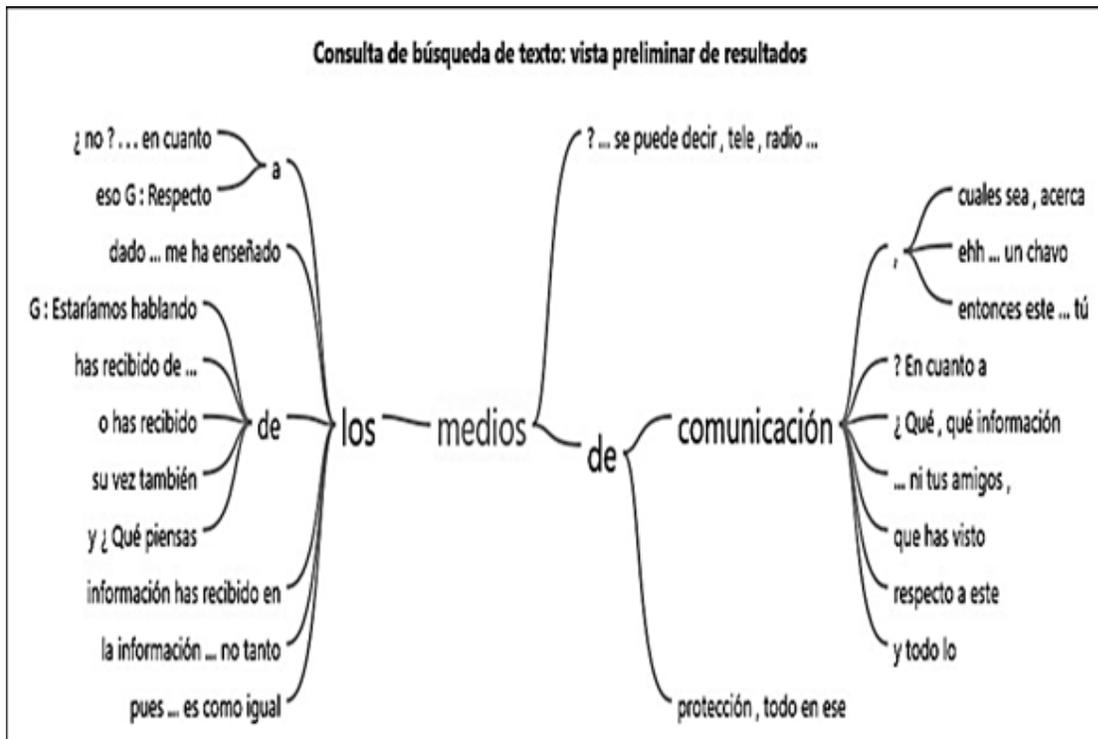
A partir de la búsqueda de textos, en las entrevistas resultaron los nodos que se muestran más adelante, en los cuales se esquematizan las palabras narrativas que representan temas, conceptos e ideas reales del esquema cognitivo de cada caso. Se obtuvieron en total 37 nodos en forma de árbol, en los que las ramificaciones representan y clasifican palabras a las cuales se les asignaron atributos y variables en función de las características (edad, sexo etc.). También se obtuvieron dos nodos conglomerados subcategorizando los conceptos de afectividad, compromiso, riesgo, placer y embarazo, jerarquizados en orden de mayor a menor, según la cantidad de información obtenida en las entrevistas. Los resultados (nodos) obtenidos en

el software fueron analizados para establecer los referentes de los adolescentes en términos de interacción y comunicación de contenidos, representaciones, imaginarios y prácticas sociales relacionados con la sexualidad para vincularlos con la teoría de las representaciones sociales, esto es, para relacionar los sistemas cognitivos, creencias, opiniones y valores que orientan las prácticas sexuales.

### RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el software NVivo 11 para investigación cualitativa. En la Figura 1 se muestra un ejemplo de nodo (árbol) de la categoría “familia”, y en las Figuras 2 y 3 los conglomerados obtenidos por similitud de palabra y similitud de codificación. La información recabada es muy amplia, por lo que se muestran solo algunos fragmentos de las entrevistas según las categorías de familia, medios de comunicación, redes sociales, escuela, amigos, compromiso y afectividad, así como las diferencias entre las representaciones sociales de hombres y mujeres.

Figura 1. Nodo (árbol) de la categoría “medios de comunicación”.

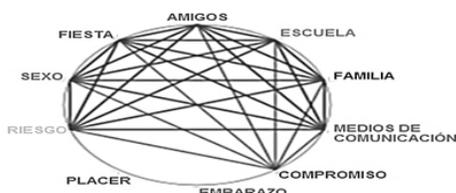


**Figura 2.** Nodo conglomerado por similitud de palabra.



**Figura 3.** Nodo conglomerado por similitud de codificación.

**Nodos conglomerados por similitud de codificación**



**Categoría “Familia”**

En los resultados obtenidos respecto a la categoría “familia”, se comprueba que el papel de la familia es determinante en las conductas sexuales de los jóvenes. Moscovici (1976) señala que en el concepto de las representaciones sociales el contexto familiar es el de mayor importancia. En las cuatro entrevistas a profundidad se pone de manifiesto que la familia del adolescente ejerce una importante influencia sobre sus conductas sexuales; es decir, en la relación entre estructura familiar y conductas reproductivas se observan que las formas de comunicación y de interacción familiar tienen gran ascendente en su conducta sexual y reproductiva, por lo que el contexto familiar puede proveer al adolescente de factores protectores o adversos.

La comunicación en la familia acerca de temas sexuales muestra ser un elemento clave en la construcción de las representaciones. La madre resultó tener un papel predominante en la comunicación, aun entre los varones: “Ella nos habla mucho y nos inculca el cuidado de tener relaciones, las enfermedades, las consecuencias, los embarazos no deseados... todo eso” (E4M).

En dos de los casos se observó que la figura materna transmite valores e impone límites; sin embargo, solo se alude a los métodos de protección. y en uno de ellos, en el que se denota que existía comunicación con ambos padres, la joven no había iniciado aún sus relaciones sexuales: «Bueno, mi familia... Yo siento que sobre ese tema mi mamá ha tenido comunicación conmigo, pero no al cien... Mi mamá me ha dicho “Protégete” y me ha enseñado los medios de protección» (E1H).

**Categorías “Medios de comunicación” y “Redes sociales”**

Se observa en el discurso que la publicidad y los medios de comunicación de masas orientan a través de mensajes (eróticos) y que son agentes socializadores potentes en la construcción de las representaciones relativas a las relaciones sexuales de los adolescentes: “La película *50 Sombras de Gray*... bueno, yo no he visto la película, pero dicen mis amigos que está padre y que van pasando varias cosas de juegos sexuales” (E2H).

Los resultados muestran cómo los modelos y estereotipos dirigen las formas de comportamiento en los adolescentes: «En Facebook tienden mucho a enviarse fotos o conversaciones, así, desnudas, o fotos desnudas, o que “mándame una foto en calzones” o equis cosa» (E1H).

En los ámbitos social, comunicacional y conversacional, las tecnologías de la información han trazado una ruta orientadora de las relaciones de los individuos: “Entramos en un juego. Armamos un grupo como de ocho personas... Éramos cuatro mujeres y cuatro hombres. Entonces empezamos a jugar *Verdad o reto*, y entonces nos mandó a tomar una foto en ropa interior” (E3M).

**Categorías “Escuela” y “Amigos”**

En los resultados obtenidos respecto a estas categorías, se observa que la interacción con amigos y hermanos influye de manera significativa en el inicio de las relaciones sexuales:

“Ahora la fiesta es para ir a tomar, fumar y ponerse a perrear con cualquier chavo que se junte, y si les da la oportunidad, hasta tienes relaciones sexuales ahí mismo” (E4M).

“Con los profesores y también con los compañeros de clase, sí hablamos sobre esos temas de sexualidad, o algo así” (E2H).

### *Subcategorías “Compromiso” y “Afectividad”*

En el nodo conglomerado por similitud de palabra (Figura 2) se muestra la jerarquización según la cantidad de información en los discursos del esquema cognitivo de los jóvenes. En él se observa que la afectividad no se menciona y que no está asociada al compromiso.

Dicha necesidad afectiva no parece ser importante: “Porque también la mujer [...] no necesita nada más estar con un hombre; ella también tiene que experimentar con las demás personas [No debes] esclavizarte a una persona, amarrarte [...]. Tener la libertad de explorar, de probar otras cosas” (E4M). En el imaginario de esta joven, las relaciones prolongadas y con una sola pareja no son deseables, y tener varias relaciones puede convertirse en un elemento de aprendizaje positivo.

En el caso de los hombres, se sorprenden de la falta de compromiso de las mujeres, pero no la cuestionan: “Te dicen así [que] sin compromisos, o sea que nada más quieren tener sexo y no quieren tener nada de compromisos” (E2H).

La reafirmación de la masculinidad en los hombres la define el contexto: «Es solo atracción física y tener [...] ese gusto de decir o presumirles a tus amigos: “Ah, ya me la cogí”, y ellas ya no buscan el mejor hombre de su vida, sino el mejor sexo en su cama» (E1H).

### **Diferencias entre las representaciones sociales de hombres y mujeres**

Los resultados muestran que hay diferencias en las percepciones, valoraciones e ideologías, así como también en los significados, saberes, códigos, reconocimientos, mitos y emociones entre hombres y mujeres respecto al tema de la sexualidad.

En las mujeres, en los dos casos la representación asocia muy fuertemente las relaciones sexuales con la reproducción y la maternidad: “Pues creo que depende mucho de las definiciones sexuales que se tengan [...]. Se supone que es, biológicamente, para reproducirse, para tener familia, para que siga algo funcionando, las redes humanas: pero

igual ya muchos lo toman como juego, como diversión. Ya no son tanto como para lo que se produjo” (E4M).

El sentirse valoradas, amadas y respetadas son los objetivos que más aparecen en el discurso de estas adolescentes: “Bueno, para mí las relaciones son cuando dos personas se quieren mucho, ¿no?, porque para hacer eso no nada más implica tener relaciones y ya nada más por hacerlo, sino debe de ser que las dos personas estén de acuerdo” (E3M).

El siguiente fragmento, de un adolescente varón, pone de manifiesto la desigualdad sexual al momento de interpretar estos procesos: «Rápido, muy fácil... como que ya no le tienes que estar rogando para esas cuestiones [...] Ya si le gustas, pues se avienta a lo que sea, a lo que dé. Y es por eso que las tachan. “Ah, esa chava es bien pronta, o es así, muy loquilla”. Y tú ya sabes también a qué le tiras si dices: “No, con esa chava no”» (E2H).

## **DISCUSIÓN**

Los grupos sociales influyen en la conducta sexual adolescente. Moscovici (1976), en su concepto de las representaciones sociales, señala al contexto familiar como el de mayor importancia entre los demás, lo que se confirma en los presentes resultados. En los cuatro casos se pone de manifiesto que la familia del adolescente tiene una influencia determinante sobre sus conductas sexuales. Los atributos de la familia, como el nivel de comunicación entre sus miembros, el grado de control, el monitoreo de la conducta que lleva a cabo, la calidez y la cercanía de sus miembros desempeñan un importantísimo papel como promotores o protectores de las conductas sexuales de riesgo del adolescente (Lavielle et al., 2014). Sin embargo, esa información es insuficiente, y son los jóvenes que conviven en el seno de familias disfuncionales los más afectados en este aspecto (Domínguez, 2011). En la población estudiada existe una relación que se manifiesta continuamente entre la estructura familiar y sus conductas reproductivas.

Holguín et al. (2013) señalan que en las relaciones entre hijos, padres y hermanos, la madre desempeña un papel importante en la sexualidad del adolescente; tal como se observa en los casos

incluidos en el presente estudio, es la madre quien ejerce la autoridad en la cognición de las representaciones, misma que se reproduce en la expresión de los jóvenes al mencionar lo que ella les ha enseñado.

En cuanto a los medios de comunicación, el cine proyecta ciertas películas que tratan bajo diferentes perspectivas el embarazo adolescente, y estos textos audiovisuales inciden de manera directa en la reproducción y creación de modelos, actitudes y valores (Marín, 2011). Lo anterior se observa en el discurso de los cuatro participantes, en quienes se comprueba que el papel que desempeñan los medios adquiere sentido en la reproducción de creencias y actitudes. Así, el ambiente que rodea a los adolescentes, formado por la familia, los amigos, los medios de comunicación y las redes sociales, es un factor que influye en la actividad sexual, independientemente de las características sociodemográficas y de los estilos de vida. Ruiz et al. (2012), por ejemplo, consideran que la opinión de los amigos y hermanos sobre el sexo influye en el inicio de las relaciones sexuales entre los jóvenes.

En cuanto a los conceptos de compromiso y afectividad, en la muestra estudiada se evidencia que tener parejas simultáneas evita el compromiso afectivo. En el caso de los hombres, la afirmación de su masculinidad se logra en cierta medida al tener varias relaciones sincrónicas y hablar de ello con sus pares; tal como mencionan Pacheco et al. (2007), ese contexto los impulsa a tener relaciones sexuales como una forma de sustentar su masculinidad. En cuanto a las mujeres, el reconocerse con el derecho de conocer y tener varias relaciones antes de formar una familia, y en los varones tener varias parejas a la vez, es considerado normal. Lo anterior no se aplica sin embargo en el caso de mujeres adolescentes que tienen relaciones simultáneas (Pacheco et al., 2007); en efecto, los adolescentes varones valoran esa conducta en ellos, pero la sancionan en las mujeres.

Es necesario el uso consciente de la comunicación en la enseñanza y el aprendizaje de los deberes y derechos iguales de la mujer y el hombre desde las edades más tempranas como parte de su educación para la sexualidad, lo que puede tener un efecto preventivo en el embarazo adolescente

que afecta sobre todo al sexo femenino (Barbón, 2011). Por lo tanto, la dimensión enfocada a las diferencias de género y al sentir de los adolescentes muestran que las representaciones sociales desempeñan un papel fundamental en las prácticas y en las dinámicas de las relaciones sociales, al tiempo que justifican y orientan su conducta.

Respecto a lo anterior, es necesario profundizar en el conocimiento de las representaciones sociales relativas al comportamiento sexual de varones y mujeres, pues es un camino útil para el conocimiento de estos problemas. Ahora bien, el establecimiento de los roles sexuales y sociales define cómo es que hombres y mujeres construyen formas diferentes de ver la sexualidad a través de sus experiencias e interacciones psicológicas y sociales (Moscovici, 1976). Las mujeres relacionan por lo regular la sexualidad con el ejercicio reproductivo y la viven como una experiencia negativa. Entre los varones, no obstante, hay la posibilidad de vivirla positiva y placenteramente (Pacheco et al., 2007). En la muestra investigada se evidencia ese hecho: las mujeres asocian la sexualidad a la reproducción, a diferencia de los hombres, que la refieren como una búsqueda de sensaciones distintas.

La salud de los adolescentes y jóvenes es un asunto que suscita cada vez más interés en todo el mundo. Existe la necesidad de comprender las características de esta edad en el área de la salud pública y las condiciones cambiantes de la sociedad, mismas que, añadidas a la modificación de las conductas de estos grupos, han generado nuevos riesgos para la salud sexual y reproductiva. Por ello, es necesario identificar los valores, creencias y otras cuestiones morales y religiosas que influyen en la decisión de prevenir y proteger a cada persona (Estupiñán, Amaya y Rojas, 2012).

En la presente investigación pudo identificarse que, en el marco interpretativo de los adolescentes, el embarazo y otros riesgos no aparecen en su esquema cognitivo, es decir, no los consideran ni siquiera como una posibilidad, por lo que este problema constituye una preocupación de primer orden para los profesionales de la salud, y se impone abordarlo a partir de un marco conceptual actualizado acerca de un desarrollo humano integral y la promoción de la salud (Martín y Re-

yes, 2003), pues la conciencia de los mencionados riesgos se genera mediante la prevención y la promoción de la salud sexual y reproductiva.

En las investigaciones sobre la fecundidad y el embarazo adolescente se observa en general que se definen de diversas maneras; se les ve como un problema social e individual en algunos casos, y en otros no se toman en cuenta las diferencias culturales. Por ende, se propone una necesaria reflexión crítica y se esclarezcan las representaciones sociales que tiene el embarazo en distintos estratos socioeconómicos y en ciertas culturas (Gómez et al., 2012).

El contexto sociocultural y económico es esencial en el análisis porque los riesgos para la población adolescente son muy elevados debido a las deprimidas condiciones económicas, la discriminación social y legal, su bajo nivel de instrucción y la falta de oportunidades para su desarrollo integral, todo lo cual constituye un problema de salud pública mundial por el tamaño de esa población (Begazo y Varas, 2015); por consiguiente, las explicaciones en torno a este problema necesitan también integrar el análisis de las condiciones socioeconómicas como uno de los factores determinantes, y entender que no solo es lo social, individual, cultural o económico el origen del problema, sino su compleja interacción.

La conducta sexual de riesgo se estudia por lo regular en instituciones educativas de nivel medio y superior porque frecuentemente el embarazo no deseado entre los estudiantes puede interrumpir su proceso formativo y proyecto de vida (Pulido et al., 2013). Lo anterior trae como consecuencia –entre muchos otros efectos– un aumento del índice de pobreza al no concluir los adolescentes sus estudios, depender de sus padres y no poder insertarse en el mundo laboral. También intervienen elementos socioculturales que se traducen en prácticas sexuales y reproductivas avaladas y reforzadas por el contexto (García, 2016).

Desde esta perspectiva, el embarazo entre los adolescentes amplía las brechas sociales, educativas y de género en cuanto que trasciende el mero proceso biológico reproductivo y afecta proyectos de vida, el ejercicio de libertades y el desarrollo individual, al tiempo que genera conflictos familiares y demandas de atención que requieren de la intervención de diversos agentes sociales.

Por ello, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) (Gobierno de la República, 2014) plantea que es necesario ampliar la comprensión del fenómeno para así prevenir su ocurrencia y erradicarlo. Asimismo, la psicología de la salud debe retomar el problema y ofrecer explicaciones atinadas respecto al comportamiento adolescente.

En conclusión, la familia en que conviven los adolescentes es el núcleo que tradicionalmente protege a sus miembros en los aspectos físicos, emocionales y psicológicos y provee los medios para la formación de la personalidad y la transmisión de valores morales y culturales, pero las influencias familiares también ejercen poder en los comportamientos personales de forma negativa. Por lo tanto, la familia puede imponer límites apropiados a la comunicación lesiva y contribuir al establecimiento de conductas sexuales saludables, pero al mismo tiempo puede ser un factor disfuncional que predisponga a situaciones de riesgo por no haber en su seno una guía que oriente el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Los medios de comunicación, amigos y grupos de pares mostraron en este estudio ser socializadores potentes de la sexualidad al marcar una orientación específica de las conductas implicadas en aquella. Por otro lado, el embarazo y otros riesgos no se consideran importantes en el esquema cognitivo de los jóvenes; de hecho, no existe en ellos una conciencia clara de los posibles riesgos que podrían evitarse mediante la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Consecuentemente, el análisis contextual es pertinente para entender con mayor profundidad los aspectos socioculturales y socioeconómicos, caracterizados por las desventajas y carencias que enfrenta la población.

El aporte de esta investigación es generar una mayor comprensión de las representaciones sociales de las interacciones sexuales, para ubicar el punto donde se interceptan lo individual y lo social, para apostar así por un cambio de paradigma que propicie nuevas formas de indagación, estrategias y programas de intervención que promuevan la salud sexual; crear una conciencia acerca de los riesgos, consecuencias y responsabilidades individuales y sociales en lo referente a la

promoción salud sexual y prevención de riesgos, e inducir el desarrollo de los jóvenes a través de la

convivencia en espacios recreativos que mejoren su estilo de vida.

## REFERENCIAS

- Alvarado, J.L. y Garrido, A. (2003). *Psicología social: Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw-Hill.
- Araya U., S. (2002). *Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. San José de Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Barbón P., O.G. (2011). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Ciencia y Enfermería*, 17(1), 19-25.
- Begazo R., C. y Varas T., W. (2015). La adolescencia como problema de salud reproductiva. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 40(2), 33-39.
- Consejo Nacional de Población (2014). *Salud sexual y reproductiva*. México: CONAPO. Disponible en línea: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Salud\\_Sexual\\_y\\_reproductiva](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Salud_Sexual_y_reproductiva) (Recuperado el 17 de octubre de 2016).
- Crespo, E. (1995). *Introducción a la psicología social*. Madrid: Editorial Universitaria.
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 387-398.
- Estupiñán A., M.R., Amaya E., L.C. y Rojas J., Y.A. (2012). Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 491-501.
- García H., G.E. (2016). Mi hijo, lo mejor que me ha pasado en la vida. México: IMJUVE.
- Gobierno de la República (2014). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. México: Autor. Disponible en línea: <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf> (Recuperado el 17 de febrero de 2016).
- Gómez S., Á., Gutiérrez M., M.E., Izzedin B., R., Sánchez M., L.M., Herrera M., N.E. y Ballesteros C., M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 189-199.
- Holguín Y., P., Mendoza L., A., Esquivel C., M., Sánchez, R., Daraviña A., F. y Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(3), 209-219.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. México: INSP/SS.
- Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.): *Psicología Social II* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Lavielle S., P., Jiménez V., F., Vázquez R., A., Aguirre G., M., Castillo T., M. y Vega M., S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del IMSS*, 52(1), 38-43.
- Marín M., F. (2011). Adolescentes y maternidad en el cine: “Juno”, “Precious” y “The Greatest”. *Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación*, 18(36), 115-122.
- Martín A., L. y Reyes D., Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 183-187.
- Mayan M., J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. Alberta (Canadá): Qual Institute Press.
- Morales, P. (2002). *Psicología social*. Buenos Aires: Prentice-Hall.
- Moscovici, S. (1976). *Psicología Social II*. México: Paidós Mexicana.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Ginebra: OMS. Disponible en línea: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/adolescent\\_pregnancy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/).
- Pacheco S., C.I., Rincón S., L.J., Elías G., E., Latorre S., C., Enríquez G., C. y Nieto O., J.M. (2007). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México*, 49(1), 45-51.
- Pulido R., M.A., Tinoco C., Á., Mondragón J., C.F., Flores L., G., Muñoz L., H. y Campos A., K. R. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.
- Ruiz C., M., López, B., C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A. y De Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 54-61.
- Secretaría de Salud (2015). *Salud materna*. Disponible en línea [http://www.senado.gob.mx/comisiones/igualdad\\_genero/reu/docs/presentacion\\_170615\\_1.pdf](http://www.senado.gob.mx/comisiones/igualdad_genero/reu/docs/presentacion_170615_1.pdf)

- Taylor, S.J. Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Madrid: Paidós.
- Vega E., G., Robledo E., M., García P., F. e Izquierdo M., C. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.

# Entrenamiento conductual del uso correcto del condón femenino en adolescentes: un estudio aleatorizado

## *Behavioral training of the correct use of female condom in adolescents: A randomized study*

*Edgar Landa-Ramírez, Sandra Itzel Quiñones-Sandoval,  
Alma Delia Flores-Ordaz, Aime Edith Martínez-Basurto  
y Juan José Sánchez-Sosa<sup>1</sup>*

### RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de dos tipos de entrenamiento conductual en el desarrollo de habilidades instrumentales y verbales para el uso correcto del condón femenino en adolescentes de la Ciudad de México. Un segundo objetivo buscó identificar los principales errores cometidos por los participantes al colocar el condón femenino. La metodología incluyó una comparación de dos grupos, en los que participaron 116 adolescentes asignados de manera aleatoria a uno de ellos. Se registraron por observación directa las habilidades instrumentales y verbales para colocar el condón en modelos de vaginas de entrenamiento en evaluaciones pre, post y seguimiento a tres meses. Ambos entrenamientos incrementaron la frecuencia de respuestas correctas en la postevaluación y en el seguimiento, incremento que fue estadísticamente significativo. Se describen algunos errores en la colocación del condón. Ambos tipos de entrenamiento fueron efectivos para desarrollar las habilidades requeridas para el uso correcto del condón femenino. Se discuten las limitaciones de los datos y las implicaciones para investigaciones futuras.

**Palabras clave:** Entrenamiento conductual; Adolescentes; Condón femenino; Errores al usar el condón.

### ABSTRACT

*The objective of the present study was to examine the effects of two training techniques: a) behavioral skills training and b) modeling, on instrumental and verbal behaviors while properly placing female condoms. A secondary objective involved identifying specific types of errors while displaying the condom-placing behavioral sequence. The study's methodology involved 116 adolescents randomly assigned to a two-group design. Direct behavioral observation procedures were implemented to record both instrumental and verbal responses while participants placed female condoms on model training vaginas. Measurements included pretest, posttest and a three-month follow up. Results revealed both procedures produced statistically significant increases from pretest to both posttest and follow up. Some errors while placing the condom included not using the proper finger combination to hold the condom and difficulties finding a comfortable position to ease its placement. Thus, we conclude that both behavioral training procedures were effective to teach proper placing of female condoms in teenagers. The study's findings are discussed in the context of their applied preventive contribution as well as limitations and suggestions for future studies.*

**Key words:** Behavioral training; Adolescents; Female condom; Errors in condom use.

---

<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 27 de enero y aceptado el 22 de marzo de 2017.

## INTRODUCCIÓN

Lopez, Stockton, Chen, Steiner y Gallo (2014) han documentado la eficacia de los métodos de barrera –en particular el condón femenino– para evitar embarazos no deseados y prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), como gonorrea, clamidia y sífilis (Vijayakumar, Mabude, Smit, Beksinska y Lurie, 2006). Su uso también ayuda a prevenir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Campbell et al., 2011) y se le considera medianamente efectivo para prevenir el contagio del virus de papiloma humano (Shepherd, Frampton y Harris, 2011). La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (Food and Drug Administration) aprobó en marzo de 2009 la segunda generación del condón femenino (CF2) en virtud de que su efectividad no mostraba ser inferior a la de la primera generación del dispositivo; hoy, se le sigue considerando como una protección efectiva contra los citados problemas de salud (Beksinska et al., 2013).

Al igual que ocurre con el condón masculino, la efectividad del CF2 para prevenir los problemas mencionados depende en gran medida de su uso correcto y consistente (Sanders et al., 2012), por lo que adquiere especial relevancia desarrollar líneas de investigación para fomentar dicho uso (Mantell et al., 2011). En el caso del CF2, los resultados de diversos estudios experimentales sugieren que los entrenamientos conductuales son efectivos para impulsar su uso correcto en diversas poblaciones adultas (Campbell et al., 2011; Choi et al., 2008; Hoffman, Exner, Leu, Ehrhardt y Stein, 2003; Kalichman, Williams y Nachimson, 1999; Mantell et al., 2014; Van Devanter et al., 2002; Witte et al., 2006; Zimmers, Privette, Lowe y Chappa, 1999). Sin embargo, algunas características de esos estudios podrían constituir limitaciones para generalizar sus resultados a la población adolescente; por ejemplo, la mayoría de los mismos se han hecho solo con mujeres, mayores de edad, con vida sexual activa, en riesgo de adquirir ITS y que asistían a centros de planificación familiar o a servicios de salud de alguna institución de educación superior (Campbell et al., 2011; Choi et al., 2008; Schuyler et al., 2016).

Lo anterior representa un problema importante por sus implicaciones demográficas de riesgo. Por ejemplo, en Estados Unidos los adolescentes inician su vida sexual a los 14 años en promedio y alrededor de la mitad habrá tenido tres parejas sexuales antes de cumplir los 19 años (Cavazos-Rehg et al., 2009; Liu et al., 2015). En la zona central de México se han documentado resultados similares en cuanto al inicio de la vida sexual. Una encuesta hecha a 13,293 adolescentes reveló que los hombres comienzan su vida sexual a los 13 años, y las mujeres a los 14, y únicamente 35% de los entrevistados reportaron haber utilizado condón (masculino) en su primer encuentro sexual (Tapia et al., 2004).

Entrenar en el uso correcto del CF2 podría ser una opción alterna o complementaria para proteger a los adolescentes de embarazos no planeados y contagios al comienzo de su vida sexual. Sin embargo, la falta de datos sobre los efectos de entrenamientos conductuales particulares no permite hacer recomendaciones sobre el tipo de intervención que conviene usar y adaptar a las necesidades de los jóvenes.

A pesar de las limitaciones descritas, hay estudios que muestran los efectos positivos de algunos programas de entrenamiento (Orr, Langefeld, Katz y Caine, 1996; Shepherd et al., 2010). Se han empleado dos estrategias conductuales para establecer esas habilidades en los adolescentes. La primera se enfoca a brindar información por medio de talleres o pláticas sobre la importancia del uso correcto del condón masculino, discutir la importancia de prevenir ITS, proporcionar información impresa en folletos y usar el modelamiento para mostrar su colocación. En estos entrenamientos, los adolescentes no manipulan el condón, sino que simplemente observan (Orr et al., 1996). En la segunda estrategia, además de brindar la información acerca del condón y la prevención de las ITS, se entrena a los adolescentes, mediante instrucciones, en los pasos a seguir para usar correctamente el dispositivo y manipular directamente los preservativos en penes de entrenamiento, retroalimentándolos por su desempeño eficaz (Shepherd et al., 2010). En el caso del condón masculino, el último tipo de entrenamiento ha tenido mejores efectos en el desarrollo de las habilidades necesarias para su uso correcto.

Los datos anteriores permitirían suponer que los adolescentes también se pueden beneficiar de recibir un entrenamiento en la modalidad conductual a fin de que desarrollen habilidades para usar correctamente el CF2; sin embargo, la falta de evidencia específica no ha permitido valorar sus posibles efectos en esta población, lo que implica un vacío en la información nacional e internacional.

Debido a los beneficios potenciales de entrenar a esta población y a la carencia de estudios que incorporen adolescentes de edades cercanas al debut sexual (alrededor de los 14 años), se decidió llevar a cabo el presente estudio, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de dos intervenciones conductuales (intervención por modelamiento e intervención de habilidades conductuales) en el desarrollo de las habilidades requeridas para el uso correcto del condón femenino en la población adolescente de la Ciudad de México. De igual forma, debido a que pocas investigaciones describen los errores que cometen las personas al colocar el condón (Bačak y Stulhofer, 2012; Sanders et al., 2012), se consideró indispensable describir los principales errores de los participantes antes de recibir el entrenamiento y posteriormente al mismo.

## MÉTODO

### Participantes

Se realizó una junta informativa con los maestros y padres de familia de los alumnos del último año

de secundaria, para comentar el propósito y alcances de la investigación y señalar la importancia de la firma del consentimiento informado para participar. El texto del consentimiento informado también reseñó los objetivos generales del estudio. Se informó a los participantes que, si lo deseaban, podían abandonar la investigación sin que hubiera ningún tipo de consecuencia. Todas las sesiones se llevaron a cabo en las aulas de la escuela.

Se invitó a participar a 189 estudiantes de ambos sexos, alumnos del tercer año de una secundaria pública de la Ciudad de México. De ellos, 69 no entregaron el formato de consentimiento informado firmado por sus padres o por ellos mismos, por lo cual no participaron en el estudio; cuatro estudiantes se rehusaron a participar, con lo que quedaron 116 estudiantes. Los participantes se seleccionaron de manera no probabilística accidental. En cuanto a las principales características sociodemográficas, participaron 58 mujeres y 58 hombres, mexicanos, solteros, de clase media baja y con una edad promedio de 14.1 años (D.E. = .40). De ellos, 95% eran de religión católica. Catorce refirieron haber comenzado ya su vida sexual (edad promedio = 13.4 años; D.E. = .72), doce de los cuales indicaron haberse protegido con condón masculino en su primer encuentro sexual y dos manifestaron no haberlo hecho. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las condiciones sociodemográficas previas al entrenamiento a las cuales se pudiera atribuir los cambios observados en la variable dependiente en las postevaluaciones (Tabla 1).

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

Participantes	Entrenamiento modelamiento	Entrenamiento habilidades conductuales	<i>p</i>
	57	59	
Edad, media, desviación estándar (D.E.)	14.16 (D.E.: .36)	14.19 (D.E.: .43)	.67 <sup>A</sup>
<i>Sexo</i>			
Mujeres	26	32	.35 <sup>B</sup>
Hombres	31	27	
<i>Debut sexual</i>			
Sí	5	9	.24 <sup>A</sup>
Edad de debut	13.6 años (D.E.: .5)	13.3 (D.E.: .8)	
No	42	37	
No contestó	10	13	
<i>Habilidades durante la preevaluación</i>			
Habilidades verbales	2	2.3 (D.E.: 1.6)	.28 <sup>A</sup>
Habilidades instrumentales	3.2 (D.E.: 1.7)	3.1 (D.E.: 1.5)	.82 <sup>A</sup>

D.E. = Desviación estándar; A = U de Mann-Whitney; B = Chi cuadrada.

## Mediciones

*Habilidades para el uso del condón femenino:* En concordancia con estudios previos, el uso correcto del condón femenino se determinó por medio de la observación directa hecha por psicólogos entrenados, quienes registraban las respuestas instrumentales y verbales de los participantes al colocar el condón femenino en un modelo de vagina de entrenamiento (Campbell et al., 2011). Se decidió diferenciar las habilidades en términos de respuestas instrumentales y verbales, pues ser ca-

paz de referir cómo se debe poner el condón no significa que se haya desarrollado la habilidad de colocarlo correctamente, y viceversa. Al igual que en estudios previos, se retomaron los once pasos derivados de las recomendaciones para usar correctamente el CF2 sugeridas por la Female Health Company (2012). Se probó la factibilidad de aplicar los pasos en cinco participantes voluntarios, a partir de los cuales se vio la necesidad de separar las instrucciones del paso 11, convirtiéndolas en dos pasos, quedando así los doce pasos utilizados en el estudio (Tabla 2).

**Tabla 2.** Pasos para usar correctamente el condón femenino.

Pasos entrenados durante el estudio adaptados de la Female Health Company
1. Verifica la fecha de caducidad que aparece en la parte frontal o lateral del paquete.
2. Esparce el lubricante en el interior frotándolo con los dedos.
3. Para abrir el condón, rasga desde la flecha situada en el borde (flecha morada) y extráelo. No uses tijeras, cuchillos o los dientes para abrir el paquete.
4. Toma el anillo interno entre los dedos pulgar e índice.
5. Aprieta el anillo interior por los lados hasta que se junten y formen una punta.
6. Puedes insertar el condón de diferentes maneras. Encuentra una posición que te sea cómoda. Puedes estar sentada(o), en cuclillas o acostada(o).
7. Identifica los labios externos de la vagina y sepáralos.
8. Entonces, usa la punta en forma de "8" del anillo interno y empújalo dentro de la vagina. Usa la punta formada por la unión de los lados del anillo del condón ("8") para empujarlo dentro de la vagina.
9. Desliza el dedo índice o medio dentro del condón y empuja el anillo interior que está dentro de la vagina hasta donde sea posible. Asegúrate de que el condón se ajuste suavemente.
10. Sujeta bien el anillo exterior y mantenlo en un sitio mientras el pene se orienta dentro del condón. Cuando el pene esté dentro de él, ya no es necesario seguir sosteniendo el anillo exterior.
11. Para retirar el condón, toma el anillo exterior y tuércelo para mantener el semen adentro. Es mejor hacerlo antes de levantarse.
12. Quita suavemente el condón, envuélvelo en un pañuelo de papel y echa a la basura el paquete vacío.

En total, participaron tres psicólogos observadores, quienes recibieron un entrenamiento de un mes para llevar a cabo el registro observacional de las respuestas verbales e instrumentales a evaluar. A las respuestas correctas se les dio el valor de 1, y de 0 a las incorrectas; al final de las evaluaciones, se sumaron los puntajes para obtener el total de respuestas correctas.

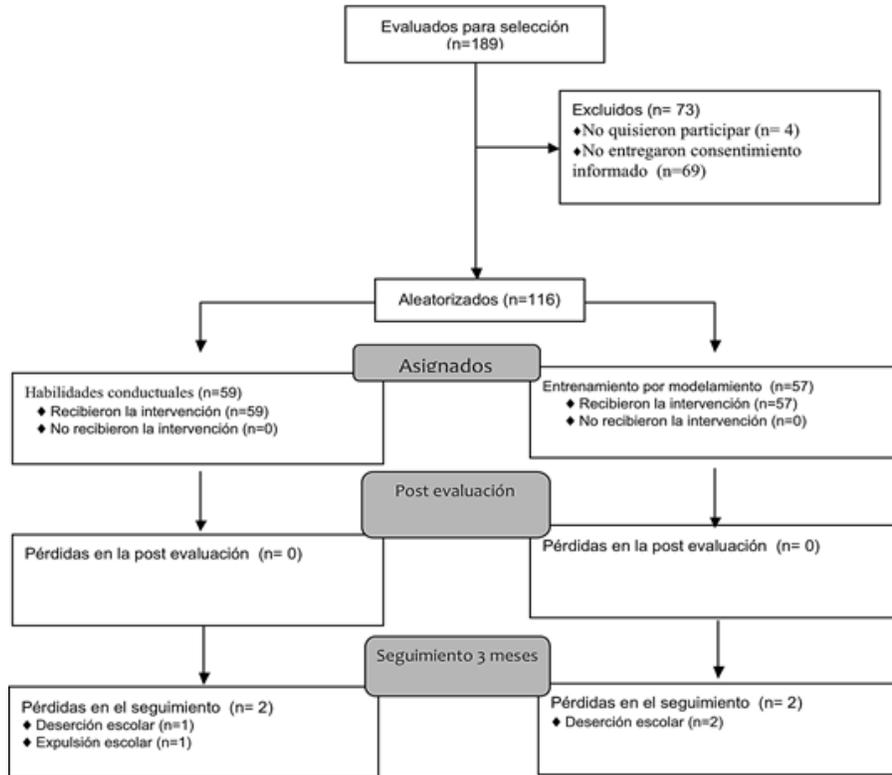
## Diseño y procedimiento

Se trató de un estudio aleatorizado de dos grupos: Grupo 1, de habilidades conductuales ( $n = 59$ ) y Grupo 2, de modelamiento ( $n = 57$ ). Los participantes se asignaron de manera aleatoria simple en una proporción de 1:1. Se utilizó un programa

computarizado para realizar la aleatorización (véase [www.randomization.com](http://www.randomization.com)). Se realizaron evaluaciones pre, post y seguimiento a los tres meses (Figura 1).

### *Preevaluación*

Antes de iniciar los entrenamientos, se dio a cada participante individual un condón femenino y el modelo de vagina de entrenamiento en un cubículo escolar de aproximadamente 3 por 3 metros, con mobiliario habitual y en presencia de un psicólogo observador. Se les instruyó a mostrar y describir, de acuerdo con sus conocimientos, cómo se usaba correctamente el CF2. El observador registraba las conductas instrumentales y verbales mostradas

**Figura 1.** Diagrama de flujo de los participantes durante el estudio.

por los participantes, a quienes se les señaló que durante esta evaluación no se les daría retroalimentación por su desempeño.

### Entrenamiento

Los entrenamientos se derivaron de una adaptación de las estrategias utilizadas en estudios previos, como los de Orr et al. (1996), Van Devanter et al. (2002) y Campbell et al. (2011). Se llevaron a cabo cuatro sesiones semanales de una hora cada una. La primera tuvo como propósito que los participantes identificaran los diversos cambios que ocurren durante la adolescencia y su impacto en el deseo sexual; la segunda, las principales enfermedades de transmisión sexual y los medios de contagio más importantes; la tercera, el impacto de los métodos de barrera en la protección con énfasis marcado en el impacto del CF2, y la cuarta, los doce pasos para usar el CF2 de manera correcta.

Las primeras tres sesiones se impartieron grupalmente en las aulas escolares. La cuarta sesión se hizo de manera individual a todos los que pertenecían al grupo de entrenamiento de habilidades conductuales. Para la enseñanza de los doce pasos, se proporcionó a cada participante un con-

dón femenino y un modelo de vagina de entrenamiento, tras de lo cual se les dio retroalimentación descriptiva en cada uno de los pasos, hasta que los realizaron de manera correcta. El proceso duró 15 minutos en promedio.

En el caso de los participantes del grupo de modelamiento, uno de los investigadores, utilizando una vagina de entrenamiento y un CF2, mostraba cómo se debía de colocar correctamente el condón según los doce pasos. Se decidió integrar el modelamiento debido a que los programas únicamente informativos no han reportado efectos tan favorables en el desarrollo de las habilidades para usar correctamente el condón (Orr et al., 1996); dicho entrenamiento se impartía grupalmente y los adolescentes no manipulaban el CF2.

### Postevaluación y seguimiento

Una semana posterior a haber completado el entrenamiento se hizo una evaluación de manera muy similar a la de la preevaluación; de igual forma, se realizó el seguimiento tres meses después. En estas mediciones, al igual que en la preevaluación, no se les dio retroalimentación a los participantes. Un psicólogo observador registró los

comportamientos instrumentales y verbales de los participantes.

### Análisis de datos

A fin de identificar homogeneidad en las varianzas y distribución normal, se aplicaron las pruebas de Levene y de Kolmogorov-Smirnov. Al no encontrarse una distribución normal, y dado el carácter nominal (correcto-incorrecto en frecuencias), se decidió utilizar la prueba U de Mann Whitney para contrastar las medianas de dos grupos independientes con libre distribución. De igual forma, se empleó el test de Wilcoxon para la contrastación de la mediana de dos muestras relacionadas con libre distribución. Finalmente, se aplicó la prueba chi cuadrada para contrastar los datos categóricos. Se consideró estadísticamente significativo el dato si la probabilidad asociada a las diferencias era  $p \leq .05$ .

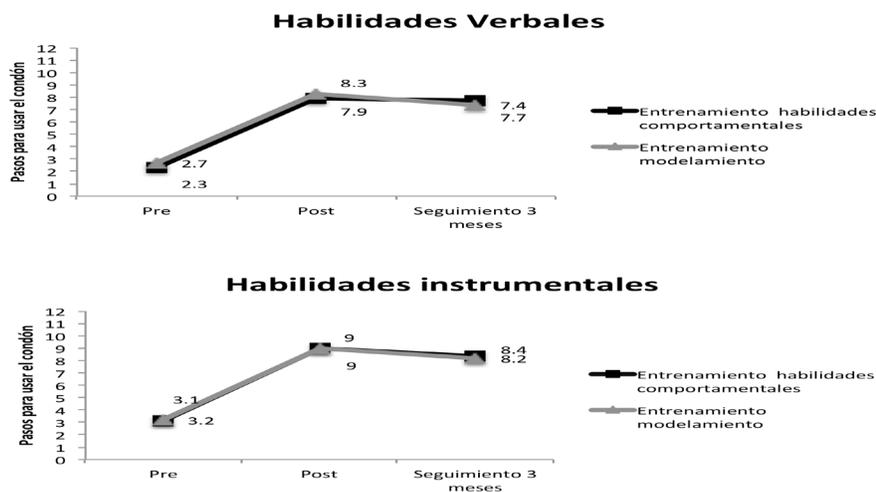
### RESULTADOS

Durante la preevaluación, los dos grupos mostraron escasas habilidades instrumentales y verbales

en el uso correcto del condón femenino. El grupo que recibiría el entrenamiento conductual tuvo en promedio 2.3 pasos correctos de los 12 pasos posibles (2.3/12) (D.E.:1.6; mediana: 2) al describir la colocación del condón femenino, y 3.1/12 al mostrarlo instrumentalmente (D.E.:1.5; mediana: 3). El grupo que se expondría al modelamiento tuvo en promedio 2.7/12 respuestas correctas al decir cómo se pone el condón femenino (D.E.:1.8; mediana: 3), y 3.2/12 al mostrarlo (D.E.:1.7; mediana: 3). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las habilidades de los participantes en cada uno de los grupos durante la preevaluación (habilidades instrumentales:  $p = < 0.81$ ; habilidades lingüísticas:  $p = < 0.28$ ). Se encontró una diferencia estadísticamente significativas en la preevaluación debida al sexo, ya que las mujeres dieron un mayor número de respuestas verbales que los hombres en el grupo de modelamiento (mujeres: 3.4 D.E.:1.7; hombres: 1.8, D.E.: 1.4,  $p = < 0.05$ ), dato que se retoma en la discusión.

Durante la postevaluación, ambos grupos incrementaron sus habilidades instrumentales y verbales sobre el uso correcto del condón femenino (Figura 2).

Figura 2. Promedio de respuestas correctas durante el estudio.



El grupo de entrenamiento conductual tuvo en promedio 7.9/12 respuestas correctas al decir cómo se coloca el condón femenino (D.E. = 1.8; mediana: 8) y 9/12 al mostrarlo (D.E. = 1.3; mediana: 9). El grupo de modelamiento tuvo en promedio 8.3/12 respuestas correctas al decir cómo se pone el condón femenino (D.E. = 1.8; mediana: 9) y 9/12 al mostrar-

lo (D.E. = 1.5; mediana: 9). Durante la postevaluación no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $Z = -1.191$ ,  $p = < .234$ ). Al comparar las diferencias entre los valores totales de la preevaluación y la postevaluación de ambos grupos en habilidades instrumentales y verbales, se encontró que los dos mostraron diferencias estadís-

ticamente significativas entre habilidades instrumentales ( $Z = -9.380$ ,  $p = < .001$ ) y habilidades lingüísticas ( $Z = -9.286$ ,  $p = < .001$ ). En la postevaluación ya no hubo diferencias estadísticamente significativas en las habilidades verbales debidas al sexo.

De igual forma, durante el seguimiento a tres meses ambos grupos mantuvieron niveles similares en sus habilidades instrumentales y verbales sobre el uso correcto del condón femenino. El grupo de habilidades conductuales tuvo en promedio 7.7/12 respuestas correctas al decir cómo se coloca el condón femenino (D.E. = 2.6; mediana: 7), y 8.4/12 al mostrarlo (D.E. = 1.3; mediana: 9). El grupo de modelamiento tuvo en promedio 7.4/12 respuestas correctas al decir cómo se pone el condón femenino (D.E. = 1.8; mediana: 8) y 8.2/12 al mostrarlo (D.E. = 1.7; mediana: 8). Una vez más, durante el seguimiento no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $Z = -1.191$ ,  $p = < .234$ ). Al comparar las diferencias entre los valores totales de la preevaluación y el seguimiento de ambos grupos en las habilidades instrumentales y verbales, se encontraron tuvieron diferencias estadísticamente significativas entre habilidades instrumentales ( $Z = -9.380$ ,  $p = < .001$ ) y habilidades verbales ( $Z = -9.286$ ,  $p = < .001$ ). Igualmente, al comparar las diferencias entre los valores totales de la postevaluación y los del seguimiento de ambos grupos en las habilidades instrumentales y verbales, se encontró que los dos tuvieron diferencias estadísticamente significativas entre habilidades instrumentales ( $Z = -3.510$ ,  $p = < .001$ ) y habilidades verbales ( $Z = -4.635$ ,  $p = < .001$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas debidas al sexo en el seguimiento.

### Errores en el uso del condón

Durante la preevaluación, los participantes mostraron un alto porcentaje de errores para colocar el condón femenino (75.48%; D.E.: 22.67). En las habilidades verbales, se equivocaron en promedio 78.2% (D.E.: 19.90). Los únicos pasos que tuvieron un porcentaje de error menor o cercano a 50% fueron el paso 3 (50.4%) y el 5 (47.9%). En el caso de las habilidades instrumentales, el promedio de errores de los participantes fue de 72.7% (D.E.: 23.95). En tres pasos hubo un porcentaje de

error menor o cercano a 50%: el 3 (23.1%), el 5 (45.3%) y el 8 (50.4%).

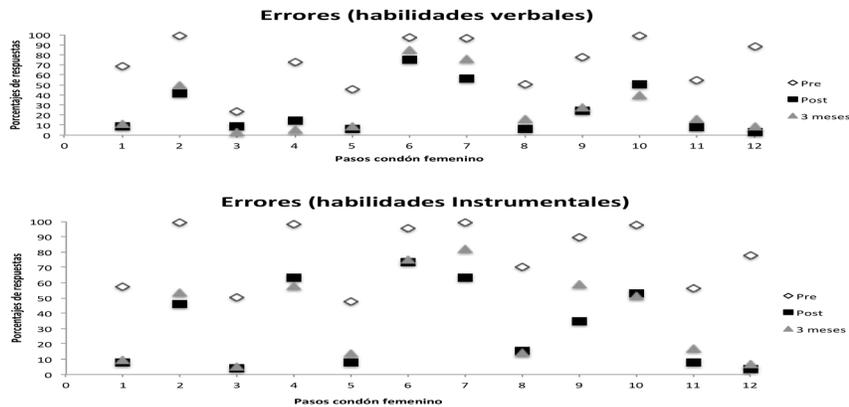
Durante la postevaluación, el porcentaje general de errores disminuyó a 28.4% (D.E.: 24.83), el de errores de habilidades verbales disminuyó a 31.69% (D.E.: 25.74) y el de errores de habilidades instrumentales disminuyó a 25.17% (D.E.: 23.43). A pesar de la disminución de los errores en las habilidades verbales, hubo tres pasos cuyos porcentajes de error se mantuvieron muy altos: el 4 (63.2%), el 6 (73.5%) y el 7 (63.2%). Algo similar ocurrió en los errores referidos a las habilidades instrumentales, ya que tres pasos se mantuvieron altos: el 6 (73.2%), el 7 (56.4%) y el 10 (50.4%).

Durante el seguimiento a tres meses, el porcentaje general de errores mostró un ligero aumento a 32.61% (D.E.: 27.07). El de errores de habilidades verbales aumentó a 36.31% (D.E.: 26.91) y el de errores de habilidades instrumentales mostró un pequeño incremento a 28.90% (D.E.: 26.73). Es de notarse que hubo cinco pasos en habilidades verbales cuyos porcentajes de error se mantuvieron altos: el 2 (53.8%), el 4 (58.1%), el 6 (75.2%), el 7 (82.1%) y el 10 (51.3%). En cuanto a los errores de las habilidades instrumentales, tres pasos se mantuvieron altos en esta etapa: el 2 (49.6%), el 6 (84.6%) y el 7 (76.1%) (Figura 3).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados anteriores indican que ambas intervenciones aumentaron las habilidades verbales e instrumentales para el uso correcto del condón femenino. En el contexto de los estudios antecedentes, si bien muchos de ellos concluyen que las intervenciones conductuales aumentan las habilidades para usar el condón femenino, no ocurre así con aquellas en que los participantes no se exponen a la manipulación del condón (Campbell et al., 2011; Choi et al., 2008; Hoffman et al., 2003; Kalichman et al., 1999; Van Devanter et al., 2002; Witte et al., 2006; Zimmers et al., 1999). Es probable que el efecto positivo logrado en el presente estudio se derive de que en la intervención se utilizaron técnicas de modelamiento mediante las cuales se proporcionaba información específica y concreta acerca de los pasos para colocar correctamente el CF2 y se demostraban además por me-

Figura 3. Promedio de errores.



dio de vaginas de entrenamiento y condones. En efecto, diversos estudios sobre aprendizaje social han sugerido que el modelamiento es central en el aprendizaje de adolescentes y que parece estar estrechamente ligado en la forma en la cual despliegan conductas saludables y no saludables, incluyendo la conducta sexual (Whiteman, Zeiders, Killoren, Rodriguez y Updegraff, 2014). Este argumento puede ayudar a explicar por qué esta población se benefició de este tipo de entrenamiento, si bien se necesitan más investigaciones al respecto. De corroborarse los datos aquí obtenidos, el entrenamiento del condón femenino por medio del modelamiento implicaría una opción viable, rápida y económica para el desarrollo de habilidades del uso correcto del CF2 por la población adolescente.

Es de destacarse que los efectos obtenidos fueron muy similares en ambos tipos de entrenamiento, tanto para las habilidades verbales como instrumentales, y que estas se conservaron a través del tiempo, resultando estadísticamente significativas aun después de tres meses de seguimiento. Tal porción de los hallazgos es consistente con los de Hoffman et al. (2003), Choi et al. (2008) y Campbell et al. (2011) en población adulta. Sin embargo, los datos del presente estudio también mostraron que, pese a que los entrenamientos incrementaron el promedio de respuestas verbales e instrumentales, dicho promedio fue menor durante el seguimiento, en comparación con los resultados de la postevaluación. Lo anterior puede indicar la relevancia de instrumentar estrategias a guisa de recordatorio entre la postevaluación y el seguimiento para apoyar el mantenimiento de por-

centajes más altos de respuestas verbales e instrumentales en el uso correcto del CF2.

En la presente investigación, los datos mostraron que los entrenamientos aumentaron el número de pasos correctos para utilizar el condón femenino. En estudios previos se ha sugerido que los entrenamientos conductuales en el uso del condón femenino probablemente fomentan en los participantes más habilidades y mejores actitudes hacia su uso (Campbell et al., 2011; Choi et al., 2008; Kalichman, et al., 1999; Van Devanter et al., 2002; Witte et al., 2006; Zimmers et al., 1999). También se ha sugerido una disminución de los actos sexuales no protegidos (Hoffman et al., 2003); dichos efectos han mostrado una tendencia a mantenerse incluso a los tres y seis meses una vez terminada la intervención. Sin embargo, muy poco o nada se ha reportado de la forma en que se usa el condón durante tales seguimientos. Con los datos obtenidos en el presente estudio parece claro que, aunque se incrementan las habilidades para usar correctamente el condón, estas aún distan de llegar al cien por ciento. Por lo anterior, es factible suponer que las personas que reciben los entrenamientos sí estén usando actualmente el condón femenino, aunque cometiendo tal vez algunos errores en su uso. Se considera que es indispensable que en futuras investigaciones no únicamente se indague si usan o no el condón, sino que evalúen cómo lo están utilizando y qué errores podrían estar cometiendo. Se encontró asimismo que los porcentajes de error disminuyeron en la postevaluación y en el seguimiento; no obstante, en algunos pasos (5 y 7, véase la Tabla 2) hubo mayor frecuencia de errores en dichas fases. Identificar los errores más comunes

permitiría conocer los que ocurren con más frecuencia durante el acto coital, que, en el caso del condón masculino, por ejemplo, son las rupturas o los deslizamientos del dispositivo (Bačák y Stulhofer, 2012; Sanders et al., 2012). En el caso del condón femenino, los pasos apropiados para colocarlo y proteger adecuadamente los labios vaginales parecen ser particularmente desafiantes para los adolescentes, por lo que se recomienda que en trabajos futuros se dé especial énfasis a las estrategias que hagan posible aprender de manera más precisa dichos pasos. Se sugiere también que los participantes tengan la oportunidad de manipular previamente las vaginas de entrenamiento, pues algunas de ellas pueden mostrar cierta resistencia para colocarse de una manera sencilla y fluida. Es posible que esta sea una de las razones por las que en los pasos 6 y 7 hubo más errores al momento de llevarse a cabo las habilidades instrumentales, no así las verbales.

Llama la atención que en la preevaluación se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas debidas al sexo en las habilidades verbales para el uso correcto del CF2. Una posible explicación de lo anterior puede ser que, según los comentarios de los participantes, un par de meses antes del inicio de la presente investigación se impartió en la institución un taller de sexualidad femenina dirigido exclusivamente a mujeres, en el que, entre otros temas, se abordó la protección sexual a través de diversos métodos de protección, incluido el CF2, únicamente por medio de información general. Lo anterior podría ser la razón de que las mujeres del grupo de modelamiento tuvieron un mayor promedio de respuestas verbales en la preevaluación al referir el uso correcto del CF2, pero no de respuestas instrumentales. Tal diferencia desapareció una vez que los adolescentes fueron expuestos a alguna de las intervenciones.

A pesar del cuidado con el que se diseñó el estudio, es posible identificar algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta en futuros trabajos. Si bien algunos estudios han recomendado repetir en al menos tres ocasiones la inserción del condón en modelos pélvicos antes de tomar en cuenta las evaluaciones (lo anterior con la finalidad de habituar al participante para que pueda posteriormente aplicarlo a la pareja o a modelos pélvicos [Choi et al., 2008; Witte et al., 2006]), las limitaciones de

recursos y tiempo para brindar el entrenamiento en la escuela no permitieron instrumentar tal recomendación en la presente investigación.

Otra limitación es que el uso correcto del CF2 únicamente se entrenó en cuanto a las habilidades verbales e instrumentales requeridas, pero no se evaluó la actitud de los participantes hacia su uso o su posible uso en relaciones coitales reales. Investigaciones futuras podrían evaluar dichas variables, ya que se consideran importantes para ayudar de manera efectiva a prevenir ITS, incluidos el VPH y el VIH (Mantell et al., 2011). Debido a los objetivos originales planteados para el presente estudio, si bien se mostró que los entrenamientos aumentaron el número de pasos correctos para utilizar adecuadamente el CF2, no se hizo énfasis en su uso consistente. Sería importante que futuras investigaciones se enfocaran en evaluar algunas variables relacionadas con el uso consistente del condón (cfr. Moyo, Levandowski, MacPhail, Rees y Pettifor, 2008). Además, se recomienda promover el desarrollo de las habilidades de negociación, toda vez que diversos estudios han documentado que dicha variable puede ser conflictiva en la pareja e impedir el uso del condón masculino o el femenino (Chakrapani, Newman, Shunmugam y Dubrow, 2010; Schmid, 2012; Schmid, Leonard, Ritchie y Gwadz, 2015; Schuyler et al., 2016; Telles-Dias, Souto y Page-Shafer, 2006). Por la falta de los recursos humanos suficientes, un solo observador registró las respuestas de los estudiantes, por lo cual no fue posible obtener un índice de confiabilidad entre observadores; aunque este se entrenó exhaustivamente en el registro de los comportamientos, lo recomendable es que hubiera un cotejo o comparación para obtener ese índice (Campbell et al., 2011), por lo que se recomienda que en estudios futuros se supere tal limitación.

Otro punto que merece abordarse aquí es que después de haber finalizado el entrenamiento algunos participantes mencionaron que les había parecido adecuada la intervención; no reportaron que les produjera alguna molestia o inconveniente, y explícitamente comentaron que era una buena idea que se integrara al sexo masculino al entrenamiento del uso correcto del CF2, ya que habitualmente eran excluidos cuando se daba ese tipo de información. En efecto, no parece haber razón alguna que impida que los varones reciban el entre-

namiento conductual en el uso correcto del CF2. Como lo muestran los datos, podrían verse igualmente beneficiados al utilizar estos programas, por lo que se recomienda que, independientemente del sexo del participante, futuras investigaciones entrenen y evalúen el uso del CF2 en virtud de sus probables ventajas, tal y como ocurre con el condón masculino (Orr et al., 1996; Shepherd et al., 2010).

Durante la fase de reclutamiento del estudio, más de una tercera parte de los adolescentes declinó participar en la investigación. Aunque una evaluación de los factores que influyeron en tal declinación o en el rechazo a entregar el formato de

consentimiento informado no estaba dentro de los objetivos de este estudio, futuras investigaciones podrían identificar los factores de tipo sociodemográfico, cultural y las creencias de los adolescentes o de sus padres, responsables de ese hecho.

A pesar de las limitaciones descritas, es de subrayarse la importancia de los hallazgos del presente trabajo al fomentar investigación sistemática, conductual, sobre el uso correcto del CF2, en una población que tradicionalmente olvidada, misma que se puede beneficiar de los entrenamientos conductuales para desarrollar en ellos habilidades verbales e instrumentales que la protejan en su vida sexual.

## REFERENCIAS

- Baćak, V. y Stulhofer, A. (2012). Condom use errors and problems in a national sample of young Croatian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 995-1003. doi: 10.1007/s10508-011-9838-x.
- Beksinska, M.E., Piaggio, G., Smit, J.A., Wu, J., Zhangy, P., Pienaar, J. y Joanis, C. (2013). Performance and safety of the second-generation female condom (FC2) versus the woman's, the VA worn-of-women, and the Cupid female condoms: A randomised controlled non-inferiority crossover trial. *The Lancet. Global Health*, 1(3), e146-e152. Disponible en línea: [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70054-8](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70054-8).
- Campbell, A.N.C., Tross, S., Hu, M.-C., Pavlicova, M., Kenney, J. y Nunes, E.V. (2011). Female condom skill and attitude: results from a NIDA Clinical Trials Network gender-specific HIV risk reduction study. *AIDS Education and Prevention*, 23(4), 329-340.
- Cavazos-Rehg, P.A., Krauss, M.J., Spitznagel, E.L., Schootman, M., Buchholz, K.K., Peipert, J.F. y Bierut, L.J. (2009). Age of sexual debut among US adolescents. *Contraception*, 80(2), 158-162.
- Chakrapani, V., Newman, P.A., Shunmugam, M. y Dubrow, R. (2010). Prevalence and contexts of inconsistent condom use among heterosexual men and women living with HIV in India: Implications for prevention. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(1), 49-58.
- Choi, K.-H., Hoff, C., Gregorich, S.E., Grinstead, O., Gomez, C. y Hussey, W. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1841-1848.
- Female Health Company (2012, agosto 26). *All about the FC2 female condom*. Chicago, IL: FHC. Disponible en línea: <http://femalehealth.com/wp-content/uploads/2016/05/All-About-the-FC2-female-condom.pdf>.
- Hoffman, S., Exner, T.M., Leu, C.-S., Ehrhardt, A.A. y Stein, Z. (2003). Female-condom use in a gender-specific family planning clinic trial. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1897-1903.
- Kalichman, S.C., Williams, E. y Nachimson, D. (1999). Brief behavioural skills building intervention for female controlled methods of STD-HIV prevention: Outcomes of a randomized clinical field trial. *International Journal of STD & AIDS*, 10(3), 174-181.
- Liu, G., Hariri, S., Bradley, H., Gottlieb, S.L., Leichter, J.S. y Markowitz, L.E. (2015). Trends and patterns of sexual behaviors among adolescents and adults aged 14 to 59 years, United States. *Sexually Transmitted Diseases*, 42(1), 20-26.
- Lopez, L.M., Stockton, L.L., Chen, M., Steiner, M.J. y Gallo, M.F. (2014). Behavioral interventions for improving dual-method contraceptive use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD010915. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD010915.pub2>.
- Mantell, J.E., Smit, J.A., Beksinska, M., Scorgie, F., Milford, C., Balch, E. y Stein, Z.A. (2011). Everywhere you go, everyone is saying condom, condom. But are they being used consistently? Reflections of South African male students about male and female condom use. *Health Education Research*, 26(5), 859-871.
- Mantell, J.E., Smit, J.A., Exner, T.M., Mabude, Z., Hoffman, S., Beksinska, M. y Stein, Z.A. (2014). Promoting female condom use among female university students in KwaZulu-Natal, South Africa: Results of a randomized behavioral trial. *AIDS and Behavior*, 19(7), 1129-1140.
- Moyo, W., Levandowski, B.A., MacPhail, C., Rees, H. y Pettifor, A. (2008). Consistent condom use in South African youth's most recent sexual relationships. *AIDS and Behavior*, 12(3), 431-440.

- Orr, D.P., Langefeld, C.D., Katz, B.P. y Caine, V.A. (1996). Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 128(2), 288-295.
- Sanders, S.A., Yarber, W.L., Kaufman, E.L., Crosby, R.A., Graham, C.A. y Milhausen, R.R. (2012). Condom use errors and problems: a global view. *Sexual Health*, 9(1), 81-95.
- Schmid, A. (2012). Assertiveness during condom negotiation among high risk late adolescent/emerging adult couples: The role of relational uncertainty. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 73(6-B), 4001.
- Schmid, A., Leonard, N.R., Ritchie, A.S. y Gwadz, M.V. (2015). Assertive communication in condom negotiation: Insights from late adolescent couples' subjective ratings of self and partner. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 94-99.
- Schuyler, A.C., Masvawure, T.B., Smit, J.A., Beksinska, M., Mabude, Z., Ngoloyi, C. y Mantell, J.E. (2016). Building young women's knowledge and skills in female condom use: lessons learned from a South African intervention. *Health Education Research*, 31(2), 260-272.
- Shepherd, J.P., Frampton, G.K. y Harris, P. (2011). Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD001035. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001035.pub2>.
- Shepherd, J., Kavanagh, J., Picot, J., Cooper, K., Harden, A., Barnett-Page, E. y Price, A. (2010). The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 14(7), 1-206.
- Tapia A., V., Arillo S., E., Allen, B., Angeles L., A., Cruz V., A. y Lazcano P., E. (2004). Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. *Archives of Medical Research*, 35(4), 334-343.
- Telles-Dias, P.R., Souto, K. y Page-Shafer, K. (2006). Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil. *AIDS and Behavior*, 10(4 Suppl), S67-S75.
- Van Devanter, N., Gonzales, V., Merzel, C., Parikh, N.S., Celantano, D. y Greenberg, J. (2002). Effect of an STD/HIV behavioral intervention on women's use of the female condom. *American Journal of Public Health*, 92(1), 109-115.
- Vijayakumar, G., Mabude, Z., Smit, J., Beksinska, M. y Lurie, M. (2006). A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *International Journal of STD & AIDS*, 17(10), 652-659.
- Whiteman, S.D., Zeiders, K.H., Killoren, S.E., Rodriguez, S.A. y Updegraff, K.A. (2014). Sibling influence on Mexican-origin adolescents' deviant and sexual risk behaviors: the role of sibling modeling. *The Journal of Adolescent Health*, 54(5), 587-592.
- Witte, S.S., El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Chang, M. y Hill, J. (2006). Promoting female condom use to heterosexual couples: findings from a randomized clinical trial. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(3), 148-154.
- Zimmers, E., Privette, G., Lowe, R.H. y Chappa, F. (1999). Increasing use of the female condom through video instruction. *Perceptual and Motor Skills*, 88(3 Pt 2), 1071-1077.



# Masculinidad y paternidad: los riesgos en la salud a partir de los aprendizajes de género

## *Masculinity and fatherhood: Health risks from gender learning*

*Alejandra Salguero Velázquez, Diana Córdoba Basulto  
y Salvador Sapién López<sup>1</sup>*

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar los riesgos en la salud de los varones en México a partir de los aprendizajes de género sobre la masculinidad y la paternidad. Se incorpora una revisión teórica de esos aprendizajes y estereotipos, que no consideran el cuidado de la salud ni la revisión médica o psicológica en las rutinas masculinas porque pondría en evidencia su vulnerabilidad, lo que coloca a los hombres en condiciones de riesgo para la salud y hace que experimenten afecciones que se manifiestan en estados de ansiedad, angustia, depresión y en ocasiones suicidio.

**Palabras clave:** Masculinidad; Paternidad; Salud; Estereotipos de género; Hombres.

### ABSTRACT

*The aim of the present study was to analyze health risks in Mexican men linked to gender learning about masculinity and paternity. The study incorporates a theoretical revision on such learning and gender stereotypes. The analysis indicates that such learning does not involve men's health care nor the medical or psychological revision of their routines, probably because it would expose their vulnerability, and would place them in risky health conditions, including symptoms of such ailments as anxiety, anguish, depression and in some cases, suicide.*

**Key words:** Masculinity; Fatherhood; Health; Gender stereotypes; Men.

## INTRODUCCIÓN

Podría comenzar el presente ejercicio teórico a partir de algunas interrogantes como las siguientes: ¿Es necesario hablar sobre las condiciones de riesgo en la salud de los hombres en México? ¿Es posible relacionar la masculinidad y la paternidad con algunas condiciones de salud? ¿Cuáles son las preocupaciones y temores en su condición de hombres y padres? ¿Hay desventajas sociales a partir de los roles estereotipados de género? Éstas y otras interrogantes condujeron a elaborar el presente trabajo bajo la premisa de que los aprendizajes y estereotipos de género señalados plantean que los hombres son el sexo fuerte, que siempre deben asumir la responsabilidad y tener todo bajo control, que viven en condiciones favorables y ventajosas, y que, por tanto, ejercen una posición de poder en un mundo socialmente estructurado.

---

<sup>1</sup> Carrera de Psicología, Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Avenida de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: alevs@unam.mx, dicordoba@hotmail.com y josesapien@hotmail.com. Artículo recibido el 8 de mayo y aceptado el 3 de julio de 2017.

Parecía necesario seguir indagando sobre los aprendizajes de género de los hombres en México: cómo aprendieron a ser hombres y qué tensiones representa asumir la responsabilidad de la familia, el trabajo o la proveeduría, aun cuando sus parejas aporten económicamente lo mismo o, en ocasiones, incluso más.

El sentido de responsabilidad se incorpora en la identidad de la mayoría de los hombres desde temprana edad, lo que los lleva a soportar, incluso a costa de su salud, condiciones y riesgos físicos y emocionales porque así lo indican los aprendizajes y estereotipos de género, que definen a los hombres por su fortaleza, dureza y aguante.

Dentro del concepto de salud habría que considerar a los hombres como una entidad separada, pues desde el punto de vista sociológico que relaciona el estado de funcionalidad con el rol socialmente asignado, la salud es una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales. Parsons (1881) define la salud como “el estado de capacidad óptimo de un individuo para la realización efectiva de los roles y las tareas para los que ha sido socializado” (p. 57). El punto aquí sería el cuestionamiento respecto de los roles sociales y las tareas asignadas para el cumplimiento de los mismos. En el caso de los hombres implicados en su rol de padres, lo más valorado y exigido es la proveeduría, sin importar la forma a través de la cual la cubran ni las consecuencias para la salud que de ella se generen, como los tiempos mínimos para la convivencia familiar, los males y otras afecciones de la salud.

Desde el punto de vista psicológico sería pertinente investigar los estados emocionales, el manejo de los sentimientos, el estrés y la ansiedad asociados a las condiciones de vida, en que los aprendizajes y estereotipos del género masculino tienen fuertes implicaciones en las condiciones de salud, así como analizar como una posibilidad la vivencia de ser hombre y padre en condiciones saludables, tanto física como psicológicamente, lo cual sería posible si se lleva el concepto de salud más allá del modelo médico al incorporar no solo el estado físico sino también el psicológico, pues existe entre ambos una estrecha interrelación y afectación mutua (Figuroa y Nájera, 2015; Sánchez, 2000).

Psicológicamente, el concepto de salud se debe ver de manera integral, considerando a la persona como un todo, identificando de manera conjunta con ella los procesos a través de los cuales construye situaciones o estados de malestar consigo misma o con otras personas en la trayectoria de vida, así como el proceso terapéutico de acompañamiento a los varones para identificar y construir el estado de *bien-estar* a partir de las condiciones en las que se encuentren y los recursos socioculturales de que dispongan. Un compromiso desde la psicología de la salud es analizar, identificar, diagnosticar y abordar junto con los varones los procesos de desarrollo emocional, las dificultades y problemas que enfrentan y las maneras en que los resuelven.

La salud psicológica incorpora la parte emocional en el proceso de aprendizaje y construcción de ser hombre. Quienes han recibido atención psicológica se involucran en un proceso en el que elaboran y reelaboran momentos y experiencias de vida, nombrando aquello que han silenciado durante años, trabajando y resignificando experiencias dolorosas o conflictivas para encontrarles sentido y así elaborar nuevos significados que les permitan continuar, construir y reconstruir sus trayectorias como hombres, parejas o padres.

En algunos casos, los hombres, aun cuando parecen “estar bien”, sufren en silencio y experimentan sentimientos de confusión, aislamiento, desesperanza, depresión o soledad que persisten de la infancia a la vida adulta, y que, cuando son padres, se llegan a agudizar por la responsabilidad que implica hacerse cargo de la vida de sus hijos.

Es a través de los aprendizajes de género como se incorporan estereotipos que los conducen a ocultar sus emociones y sentimientos, pues externalizarlos “no es de hombres”. Figuroa (2001) habla así de “la soledad en la paternidad” para dar cuenta de las experiencias que muchos hombres no se atreven a manifestar porque se resisten a cuestionar ciertos modelos dominantes de masculinidad, que en el caso de la paternidad refieren a la pérdida de experiencias potencialmente gratificantes y lúdicas debido a la rigidez de los aprendizajes de género excluyentes y limitantes, con las consiguientes implicaciones en su salud física y emocional.

## MASCULINIDAD: LOS RIESGOS A PARTIR DE LOS APRENDIZAJES Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Hacer patentes las desventajas de los aprendizajes de género desde los cuales los hombres construyen sus identidades como tales conduce a indagar la manera a través de la cual los adquirieron. En muchos casos fue en las familias de origen en las que se señalaba que un hombre es quien “debe” mandar, tener el control de las situaciones, ser responsable y silenciar las emociones y sentimientos, pues eso corresponde a las mujeres, no a los hombres. Nolasco (1989) plantea que hay un principio masculino construido socialmente a partir del cual los hombres intentarán casi siempre administrar sus afectos. Este principio, base de la identidad masculina, segmenta y polariza lo femenino de lo masculino, lo sexual de lo afectivo, el trabajo del placer, convirtiendo así a los hombres en individuos divididos que viven inmersos en la ilusión de la perfección. Rivera y Ceciliano (2005) consideran que una parte de la representación social del ser hombre incorpora la idea de que debe evitar las emociones, sobre todo aquellas que son “típicamente femeninas”, como demostrar cariño, afecto o miedo; ante todo, los hombres deben ser racionales y están para proteger, trabajar, proveer y ser fuertes y decididos. Fuller (2000) y Rodríguez (2001) señalan que los hombres construyen su identidad en un ámbito plagado de estereotipos, en una sociedad con predominio y privilegios masculinos, cuya conservación y consolidación se convierte en una parte y un cometido importantes de su existencia. El orden social de género acentuará esas dimensiones estereotipadas al maximizar las diferencias entre hombres y mujeres como grupos excluyentes (Connell, 2015).

Los estereotipos de género son una descripción simplificada de la realidad que reafirma la dimensión normativa para regular formas de conducta y actitudes; quienes no siguen dichas normas son socialmente sancionados y reprobados (Camussi y Leccardi, 2005). La evaluación o autoevaluación de las diferencias genéricas tiene implicaciones en las concepciones de realidad y del mundo de pertenencia. Cuando alguien se atreve a ser diferente o rompe con las expectativas este-

reotipadas, recibe consecuencias por su conducta “desviada”. Esas expectativas estereotipadas no son simplemente creencias y percepciones acerca de diferentes cualidades del hombre y la mujer, sino que adquieren un valor normativo y prescriptivo que identifica las características y conductas consideradas como “deseables” en las mujeres y hombres, así como en las mujeres-madres o en los hombres-padres. Tal dimensión involucra, pues, la formulación de juicios y apreciaciones que constituyen delimitaciones sobre lo que es correcto o deseable. Los estereotipos son prejuicios y generalizaciones con dimensiones normativas sobre lo que supone deben ser los hombres y las mujeres dentro de un orden “natural”, exageraciones, e incluso ficciones, que ayudan a justificar el orden social existente; simplifican la realidad para el propósito de adaptación, y validan las diferencias de poder entre hombres y mujeres muchas veces mediante explicaciones naturalistas que afectan las posibilidades de vida.

Un caso particular son las condiciones y riesgos a la salud de los varones, particularmente por la falta del cuidado de sí mismos, lo que puede llegar a considerarse como una forma de violencia de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2002). En su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, la Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad que cause, o tenga probabilidades de causar, lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

En los varones, los aprendizajes de género incorporan el ejercicio de poder no solo contra otros sino contra sí mismos, lo que los lleva en muchas ocasiones a pasar por alto el cuidado de su salud al no hacerse revisiones médicas, pues eso cuestionaría su hombría, fuerza y resistencia ante las situaciones adversas (Salguero, 2002). Enfermar no entra en la categoría de “hombre”. Si llegan a enfermar, “ya sanarán solos –afirman–, que por eso son hombres”. Vale preguntarse si los aprendizajes de género en los varones de descuidar su salud física y emocional no son formas de violencia hacia sí mismos, y si las políticas de salud toman en consideración ese hecho y si repro-

ducen y mantienen las desigualdades de género, asumiendo una concepción estereotipada sobre los hombres y su atención médica o psicológica.

Lo anterior se vincula a los procesos de aprendizaje de género del ser hombre. ¿Cómo aprenden a ser hombres?, ¿desligándose, violentando sus cuerpos, su vida? Es posible tener algunos acercamientos desde los diferentes ámbitos por los que transitan en su trayectoria de vida.

Es en los círculos familiares donde se despliegan formas de aprendizaje no solo de lo que significa ser mujer o ser hombre, sino de los roles de género que les corresponden (Oliveira, Eternod y López, 1999; Schmukler, 1996); es ahí donde incorporan y aprenden las *prácticas del cuidado de sí*, como señala Foucault (1987), al considerar o no el cuidado del cuerpo, la alimentación o la vida emocional para lograr el “bien-estar”. ¿Es ahí donde se incorporan como parte de la socialización y aprendizaje de los hombres? En el caso de las mujeres, se ha documentado históricamente que la ética del cuidado se ha dirigido a ellas, quienes aprenden desde pequeñas a cuidar de sí mismas y de otros; en la práctica, incorporan elementos y situaciones que conducen al cuidado de sí, no solo física sino emocionalmente, especializándose en la escucha de situaciones difíciles o conflictivas que viven los otros. Como madres, amigas, tías o vecinas, ahí están para escuchar y dar consejos, para cuidar.

En el caso de los varones –sean niños, adolescentes o adultos–, las quejas están vedadas; deben soportar y resistir no solo el dolor físico sino también el emocional por las situaciones que no pueden resolver y que, según los modelos de género, “deberían saber”, pues ellos están para resolverlo todo, no para lamentarse ni para decir “me duele”, “me siento mal”, “estoy cansado” o “no quiero ir a trabajar, pues prefiero quedarme en casa y cuidar de mi hijo”, todo lo cual sería impensable.

¿Será que el cuidado de sí se haya feminizado y que por ello los sujetos de género masculino no tengan cabida en dicho cuidado, aun cuando los costos sociales, económicos y en la salud sean muy altos, vayan en aumento y sigan cobrando vidas?

Un tema de investigación que requiere acercamiento, abordaje y análisis desde tal perspectiva son los procesos de aprendizaje de género

de los hombres en relación al cuidado de sí, no solo en los ámbitos familiares sino en los escolarizados y de la salud, pues es probable que se estén reproduciendo desigualdades al no considerar una ética del cuidado en los varones. Vargas, Rodríguez y Hernández (2010) señalan que una manera de construirse como persona es a través de la autonomía al generar procesos mediante los cuales se propicie la independencia familiar, pero al mismo tiempo sabiendo que se pertenece a ese ámbito y que se es apoyado por él. Habría que identificar procesos de construcción de autonomía en los varones en los que se incorpore el cuidado de sí como una forma de “ser persona”, de estar en el mundo desde el “bien-estar”, identificando situaciones de riesgo, como el abuso de alcohol y drogas o el trabajo excesivo, que los coloca en situaciones de riesgo para la salud al violentarse ellos mismos o a través de otros. Aprender a tomar distancia de situaciones conflictivas, atreverse a romper el silencio, cuidar de sí, evitar poner en riesgo la salud o el bienestar, es muy poco común en los varones.

## **PATERNIDAD, APRENDIZAJES Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO**

Existen concepciones ideológicas sobre la paternidad que en muchos casos incluyen estereotipos sobre lo que “debería ser” un padre al asignarle valoraciones positivas o negativas según su cumplimiento y responsabilidad. La madre sigue siendo considerada como la cuidadora principal de la familia, en tanto que el padre lo es solo una parte del tiempo ya que su papel principal es de proveedor económico en los estereotipos de género tradicionales (Sunderland, 2006), lo que tiene implicaciones en la vida y en las condiciones de salud, pues los hombres están más preocupados por la proveeduría y el trabajo que por la relación familiar y el tiempo dedicado a los hijos. ¿Existe la posibilidad de ser un padre diferente, comprometido, amoroso y sensible a las necesidades de sus hijos más allá de la mera proveeduría económica? Si así fuera, ¿su pareja y familia le darían el respeto, la tolerancia y la aceptación de sus ideas, creencias y organización de vida de ese hombre, o cuestionarían su actuación con base en los estereotipos

de género, llegando incluso a cuestionarlo como hombre? Algunos padres que se atreven a ser diferentes reciben críticas por transgredir el “deber ser”, según el cual los hombres se comprometen poco con la familia, no pasan mucho tiempo con los hijos, y es su esposa quien debe hacerse cargo de las labores de la casa. Atreverse a ser un hombre o padre “diferente” genera incertidumbre, y en ocasiones conflicto, pues confronta y atenta contra lo establecido y pone en entredicho las maneras en que se supone deben ser los hombres. Enfrentar una postura distinta más allá de los estereotipos establecidos es, pues, conflictivo.

Ser padre forma parte de un proceso sociocultural complejo que se va construyendo momento a momento en la relación compartida con la pareja y los hijos (Salguero, 2007a). Construir una identidad como padre adquiere un carácter relacional y temporal en los escenarios y en las prácticas en que participan los hombres que han decidido serlo. En el caso de la paternidad, los varones se enfrentan a una búsqueda de identidad que implica un esfuerzo por encontrar puntos de referencia que les permitan comprender su actuación en un ámbito que en términos generales les resulta desconocido. Salguero y Pérez (2008) proponen analizar este proceso con el apoyo de una metáfora: los padres como inmigrantes en un terreno desconocido, ya que las prácticas tradicionales vividas con sus propios padres, caracterizadas en muchas ocasiones por una escasa participación en las decisiones reproductivas y en la crianza de los hijos, son cuestionadas hoy día. Algunos se han preguntado por esas “nuevas” formas de actuación refiriendo que con la paternidad entran a un terreno desconocido que no saben cómo afrontar, que no encuentran referentes concretos, que tienen que ir ensayando y construyendo día con día nuevas formas de relación, sin saber si lo que hacen como padres es lo correcto. Ello implica la necesidad de aprender a ser padres en ese territorio inexplorado, construir una postura, buscar información y usarla en la práctica. La metáfora del inmigrante permite resaltar que hay una gran variedad de cuestiones que tienen que negociarse para saber cómo habitar ese terreno ignoto donde nada está resuelto o definido de antemano, y es a partir de esas múltiples negociaciones que se va construyendo una identidad que se improvisa con lo que

la experiencia ha incorporado y con los recursos disponibles en los escenarios socioculturales (cf. Holland, Lanchicotte, Skinner y Cain, 1998).

Las distintas formas de improvisar dan como resultado una manera de ubicarse y experimentar ese terreno novedoso y de construir una identidad como padre. Para Hoghughy y Long (2004), la paternidad integra actividades y procesos que involucran a los hijos, la madre y otros familiares, quienes tienen diferentes concepciones de sí mismos y de los demás que en ocasiones generan conflictos y tensiones entre ellos.

Analizar lo que los hombres viven como padres y su relación con la salud física o emocional es importante pero escasamente documentado. Según la información disponible, “ser padre” es un concepto con una enorme carga de valor y responsabilidad; no es suficiente con ser padre, sino que existe una constante preocupación por ser “buen” padre, esto es, tener paciencia y disponibilidad y atender las necesidades de los hijos. El problema es que no existe acuerdo acerca de qué debería hacerse para lograrlo, lo que genera incertidumbre y preocupación en los padres, llevándolos a una búsqueda constante, a ensayos múltiples y a una frecuente improvisación en el proceso, todo lo cual genera ansiedad, temores, miedos y en ocasiones depresión.

Ser padre significa para algunos construir formas de relación distintas a las que aprendieron de sus padres, confrontando sus temores y miedos y conduciéndolos a construir y reconstruir la trayectoria de vida en la que se accede y se vive la paternidad, la que forma parte del proceso de aprendizaje de ser padres en la relación con sus hijos. De cualquier manera, es posible decir que un hijo enseña mucho al padre y siempre le dice cómo actuar. La satisfacción y emoción de amar y participar en la crianza de los hijos, de compartir el tiempo y disfrutar la relación, da un sentido diferente a los varones, muchos de los cuales llegan a afirmar que ha sido lo más importante que han hecho en su vida. La paternidad genera un proceso de cambio y resignificación por sobre los estereotipos centrados en el poder, la autoridad, la ausencia, el distanciamiento y la escasa participación de los varones en lo que concierne a los hijos. Sin embargo, las instituciones y ámbitos laborales no toman en consideración esta posibilidad, sino que

la idea sigue siendo ver a los hombres únicamente como engranajes de la industria, del trabajo, sin vida personal, lo que ha sido y es reforzado mediante los procesos de socialización genérica.

El riesgo de los procesos de socialización y aprendizajes de género es la creencia estereotipadas de que ellos solo son para el trabajo. Desde temprana edad, el mundo del trabajo influye en la vida de los hombres y forma parte de su identidad; la idea es que deben trabajar, pues es a través de esta tarea que obtendrán un lugar y serán reconocidos como hombres (Salguero, 2007b), lo que es incompatible con el cuidado, la crianza y la atención de los hijos, lo que requiere tiempo y los enfrenta a dilemas y conflictos entre lo que se quiere y las posibilidades que se tienen para hacerlo, pues con frecuencia, aunque quisieran destinar más tiempo a sus hijos, los horarios de trabajo no lo permiten. La exigencia social de género es que sean proveedores, que lleven dinero a casa, y la forma de lograrlo es trabajando (Cape-lla, 2007; Salguero, 2009). No obstante, el trabajo implica en ocasiones horarios extendidos que se convierten para algunos en una permanente fuente de conflicto, pues la convivencia familiar se ve obstaculizada o definitivamente impedida.

El no poder estar con sus hijos produce a los hombres una sensación de insatisfacción, conflicto y en ocasiones depresión. Montiel, Salguero y Pérez (2008) plantean que una posibilidad de resolver el conflicto es a través de las negociaciones y acuerdos que establecen con su pareja para conciliar la relación trabajo-familia y balancear los tiempos y actividades. Pero como no siempre es posible, hay conflictos permanentes en la pareja e incluso con los hijos, lo que acrecienta los niveles de estrés, angustia y aislamiento, por lo que muchos reasumen el papel que refrenda la masculinidad hegemónica y optan por el trabajo, con lo que la presión ejercida por aquellos será mayor.

El desempleo o el trabajo informal con bajos ingresos se convierten en una desventaja que frecuentemente da al traste con la relación. En ocasiones, sus parejas condicionan la posibilidad de ver a sus hijos. Al preguntársele a un hombre cuál había sido la situación más difícil que había vivido, dijo que ello ocurrió cuando se quedó sin trabajo y la esposa le prohibió ver a sus hijos hasta que llevara dinero, lo que le generó un estado de

ansiedad constante que le paralizó el brazo. “Sentía que moría –comentó– no por el dolor físico sino emocional al no poder ver a mis hijos, pues aunque buscaba trabajo no lo podía encontrar”.

Condicionar la convivencia con los hijos a la proveeduría genera dolor y sufrimiento, angustia, estrés, ansiedad y depresión, lo que representa una condición de riesgo para la salud emocional y psicológica de los padres varones (Bolaños, 2014). Como ya se ha señalado antes, los aprendizajes de género incorporan estereotipos según los cuales se evalúa la actuación de los hombres como la responsabilidad y el cumplimiento del rol de proveedores económicos. Si tienen trabajo y obtienen recursos económicos suficientes, serán valorados como hombres responsables; si no, como irresponsables. “Ya no son hombres”, sin importar lo que puedan pensar o sentir o las implicaciones que ello tiene en sus condiciones de salud.

La relación entre la masculinidad, la paternidad y los aprendizajes de género en los hombres lleva a considerar los estereotipos y el daño que generan en los procesos de socialización y el aprendizaje de ser hombre, de ser padre, al construir identidades conflictivas y tensionadas que imponen variados riesgos a la salud física y emocional al tratar los hombres de alcanzar los estándares bajo los que se miden y evalúan en el mundo social.

## CONCLUSIONES

Los aprendizajes de género como hombres y padres incorporan estereotipos centrados en la fortaleza, la responsabilidad, el cumplimiento, creando así expectativas, actividades y formas de relación consideradas propias de ellos y de la paternidad. La responsabilidad económica y la proveeduría son en México cada vez más difíciles para los hombres en la medida en que los cambios socioculturales han favorecido el ingreso de las mujeres a los ámbitos laborales, lo que no implica que las mujeres generen condiciones de desventaja social en perjuicio de los hombres, sino que las condiciones de trabajo no se han desarrollado de manera tan equitativa para que tengan cabida a hombres y mujeres. La distribución geográfica en las ciudades implica muchas horas de traslado entre

los hogares y los centros de trabajo, de modo que las posibilidades reales de convivencia con la familia y con los hijos son cada vez más difíciles y complicadas.

En numerosas familias el padre es avasallado por el trabajo; sin posibilidad de convivir, su rol se centra en esa actividad y en la de ser proveedor; de hecho, es su manera de existir. Sin embargo, no poder cumplir con ese rol no significa irresponsabilidad o carecer de hombría, lo cual se convierte en una forma de desigualdad social; por ende, es necesario identificar tensiones, contradicciones y malestares en los procesos de aprendizaje como hombres y como padres. Figueroa (2010) y Figueroa y Nájera (2015) consideran que se ha hecho cada vez más evidente la necesidad de generar información sobre la población masculina para considerar sus responsabilidades y derechos en los procesos reproductivos. En ese sentido, es importante dar cuenta de sus experiencias en contextos como el trabajo y la familia (Bolaños, 2014; Figueroa, Jiménez y Tena, 2006).

Si bien se han generado líneas de investigación sobre los procesos de aprendizaje de los hombres y de la paternidad, se ha cuestionado la pertinencia o no de usar ciertas categorías para denotar algunas experiencias reproductivas de los varones (Guevara, 2003), pues en el caso de la paternidad se enfrentan a un aprendizaje complejo a fin de satisfacer los requerimientos de tiempo, formas de relación, responsabilidad y cumplimiento, lo que no se atreven a expresar por el peligro que entraña caer fuera del modelo normativo de la masculinidad, convirtiéndose así en situaciones de riesgo para la salud. Shepard (1996) considera que los hombres tienen derecho a cuestionar los atributos que socialmente se han construido sobre los roles que deben cumplir a partir de los estereotipos de género.

Se hace necesario investigar los malestares derivados de los procesos de aprendizaje de género de los hombres, los cuales incorporan estereotipos que dañan el cuidado de su salud. Figueroa (2010) considera que por lo general los hombres hablan poco de sus malestares y de su incomodidad ante las consecuencias de tales estereotipos, no únicamente de ellos sino de las propias mujeres.

En fin, el proceso de construcción de la masculinidad incorpora una visión estereotipada de lo que se supone debe ser un hombre, tal como señalan Olavarría, Benavente y Mellado (1998), aunque los costos de vivir como hombres a partir de ese modelo hegemónico sean muy altos (cf. Connell, 2015). Al respecto, Tena y Jiménez (2014) plantean que los hombres pueden estar viviendo situaciones contradictorias, ambivalentes, pero que, por el lenguaje asociado al estatus social que ocupan, es factible que ni siquiera las identifiquen o que incluso explícitamente se rehúsen a nombrarlas como tales. Por ello, es importante documentar las necesidades, molestias e inconformidades de los varones a fin de elaborar estrategias que puedan ayudar a contrarrestarlas al redefinir sus responsabilidades en los espacios reproductivos y relacionales, y en ese sentido afirmar un concepto de salud que vaya más allá de lo físico al considerar la parte emocional, pues en ocasiones se relaciona con procesos depresivos y ansiedad, pérdida de autoestima y sentido de pertenencia.

Es importante abrir espacios donde los hombres puedan hablar sobre esa parte conflictiva que representa la enorme responsabilidad que históricamente se les ha asignado: cargar sobre sus hombros el peso total de la familia, lo que se ha convertido en un riesgo para la salud.

## REFERENCIAS

- Bolaños, F. (2014). El Grupo de "Apoyo Emocional al Desempleo" en hombres: Resultado de investigación. En J. G. Figueroa (Coord.): *Políticas públicas y la experiencia de ser hombre. Paternidad, espacios laborales, salud y educación* (pp. 111-174). México: El Colegio de México.
- Camussi, E. y Leccardi, C. (2005). Stereotypes of working women: the power of expectations. *Social Science Information*, 44(1), 113-140.
- Capella R., S. (2007). ¿Sólo trabajadores/proveedores? En G. Jiménez L. y O. Tena (Coords.): *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp. 153-180). México: UNAM.

- Connell, R. (2015). *Masculinidades*. México: UNAM.
- Figuerola J., G. (2001). La soledad en la paternidad. *Fem*, 25(218), 15-19/48.
- Figuerola J., G. (2010). La construcción de la titularidad para el ejercicio de los derechos reproductivos. En B. García y M. Ordozica (Coords.): *Población (t. I: Los grandes problemas de México)* (pp. 253-289). México: El Colegio de México.
- Figuerola J., G., Jiménez, L. y Tena, O. (2006). *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México: El Colegio de México.
- Figuerola J., G. y Nájera J., N. (2015). El uso de las autopsias verbales para analizar algunos suicidios de varones progenitores. *Acta Universitaria*, 25(NE-3), 19-25. Doi: 10.15174/au.2015.848.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad (I: La voluntad de saber)* (15ª ed.). México: Siglo XXI Editores.
- Fuller, N. (2000). Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. En N. Fuller (Ed.): *Paternidades en América Latina* (pp. 35-90). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú/Fondo Editorial.
- Guevara, E. (2003). ¿Se puede hablar de los derechos reproductivos de los hombres en el caso del aborto? *Memorias del VI Coloquio del Programa Interdisciplinario de Estudios sobre la Mujer*. México: El Colegio de México (mimeo), México, D.F., 13 al 15 de marzo.
- Hoghugh, M. y Long, N. (2004). Key concepts. Parenting: an introduction. *Handbook of Parenting* (pp. 1-18): New Delhi: SAGE.
- Holland, D., Lanchicotte, W., Skinner, D. y Cain, C. (1998). *Identity and agency in cultural worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Montiel, P., Salguero, A. y Pérez, G. (2008). El trabajo: ¿fuente de conflicto en el ejercicio de la paternidad? *Psicología y Ciencia Social*, 10(1), 26-40.
- Nolasco, S. (1989). *O mito da masculinidade*. Río de Janeiro: Roco.
- Olavarría, J., Benavente, C. y Mellado, P. (1998). *Masculinidades populares. Varones adultos jóvenes de Santiago*. Santiago de Chile: FLACSO.
- Oliveira, O., Eternod, M. y López, P. (1999). Familia y género en el análisis demográfico. En B. García (Coord.): *Mujer, género y población en México*. México: El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). La violencia, un problema ubicuo. En OPS (Ed.): *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Parsons, T. (1881). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. Concepts of health and disease. En G. E. Jaco (Ed.): *Patients, physicians and illness*. New York: Free Press (reprinted in Social Structure and Personality. London: Routledge and Kegan Paul).
- Rivera, R. y Ceciliano, Y. (2005). *Cultura, masculinidad y paternidad: las representaciones de los hombres en Costa Rica* (2ª ed.). San José de Costa Rica: FLACSO.
- Rodríguez M., E. (2001). Experiencias del trabajo de masculinidades en Bolivia. En J. G. Figuerola y R. Nava (Eds.): *Sexualidad, salud y reproducción. Memorias del Seminario-Taller Identidad Masculina, Sexualidad y Salud Reproductiva* (Documento de trabajo No. 4, pp. 32-36). México: El Colegio de México.
- Salguero, A. (2002). *Significado y vivencia de la paternidad en el proyecto de vida de los varones*. Tesis de Doctorado en Sociología. México: UNAM.
- Salguero, A. (2007a). Más allá de la obiedad..., la paternidad, un proceso histórico, sociocultural y de aprendizaje. En A. Salguero, D. Córdoba y S. Sapién (Coords.): *Reproducción y paternidad* (pp. 5-44). México: UNAM.
- Salguero, A. (2007b). El significado del trabajo en las identidades masculinas. En L. Jiménez, y O. Tena (Coords.): *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp. 429-448). México: UNAM/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Salguero, A. (2009). Ser proveedor no es suficiente: reconstrucción de la identidad en los varones. *Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 4(7), octubre-diciembre.
- Salguero, A. y Pérez, G. (2008). La paternidad en los varones: una búsqueda de identidad en un terreno desconocido. Algunos dilemas, conflictos y tensiones. *Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 3(4).
- Sánchez G., M. (2000). El concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, 7. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe OPS/OMS.
- Schmukler, B. (1996). La socialización de los niños y las relaciones de género en la familia. En J. G. Figuerola P. (Coord.): *Elementos para un análisis ético de la reproducción* (pp. 243-258). México: UNAM.
- Shepard, B. (1996). La masculinidad y el rol masculino en la salud sexual. En A.A.: *Salud reproductiva: nuevos desafíos* (pp. 73-86). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Sunderland, J. (2006). 'Parenting' or 'mothering'? The case of modern childcare magazines. *Discourse & Society*, 17(4), 503-527.
- Tena, O. y Jiménez, L. (2014). Algunos malestares en la experiencia de los varones: ¿podemos ir reflexionando sobre sus derechos sexuales y reproductivos? En J. G. Figuerola y A. Salguero (Coords.): *¿Y si hablas de tu ser hombre? Violencia, paternidad, homoerotismo y envejecimiento en la experiencia de algunos varones* (pp. 331-358). México: El Colegio de México.
- Vargas, J., Rodríguez, M. y Hernández, M. (2010). La diferenciación del yo y la relación hacia la violencia en el varón. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 197-216.

# Sintomatología y resiliencia ante el acoso relacional en México

## *Symptomatology and resilience during relational harassment in México*

*Alejandra Elizabeth Pérez Pérez, Berenice Jiménez Rodríguez  
y Rozzana Sánchez Aragón<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Experimentar acoso relacional, referido a conceptos tales como hostigamiento, obsesión o violación psicológica, tiene importantes efectos en diferentes aspectos de la vida de las víctimas, por lo que esta investigación tuvo como objetivos validar dos escalas para medir los síntomas y la resiliencia ante dicho acoso, y examinar asimismo las diferencias por sexo y por la relación que la víctima tiene con el acosador. Los resultados indican la obtención de medidas válidas y confiables para ambas variables. Por un lado, se agrupan ciertos síntomas psicológicos (emocionales, de ansiedad, mentales, sociales y espirituales), y por otro los síntomas en el estilo de vida (económicos, conductuales y autodestructivos). En el caso de la resiliencia, esta fue unidimensional. En cuanto a diferencias encontradas, las mujeres manifestaron una mayor intensidad en algunos de sus síntomas, así como en la resiliencia espiritual. También se observó que los efectos del acoso se experimentan más vivamente entre más cercana es la relación con el acosador. Así, resulta evidente la importancia de la contribución metodológica de esta investigación, basada en el desarrollo de medidas válidas, y el conocimiento teórico obtenido de la experiencia del acoso para así mejorar la orientación y el tratamiento al respecto.

**Palabras clave:** Víctimas; Acosador; Relaciones personales; Medición.

### ABSTRACT

*Experiencing relational harassment, through stalking, harassment, obsession, or psychological offense, has substantial effects on the lifestyle of victims. The present study aimed at validating two scales to measure symptoms and resilience to relational harassment, and to examine the differences by sex and type of relationship victims had with their stalker. Results indicate valid and reliable measures for both variables. On the one hand, psychological (emotional, anxiety, mental, social and spiritual) symptoms and other lifestyle (economic, behavioral and self-destructive) symptoms grouped together; while resilience showed a one-dimensional nature. Women expressed greater intensity in some of their symptoms but also higher spiritual resilience. Harassment effects are more intensely experienced the closer the victims' relationship with the stalker. The methodological contribution of the present study resides in the development of a valid measure, and the theoretical knowledge obtained from harassment experience in order to improve both preventive advice and treatment.*

**Key words:** Victims; Stalkers; Personal relationships; Measurement.

---

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: rozzara@unam.mx. Artículo recibido el 22 de mayo y aceptado el 28 de agosto de 2017.

La búsqueda insistente que lleva a cabo un individuo que pretende establecer una relación íntima (física o simbólica de compañerismo, amistad, romance o cercanía) con otra persona, a pesar de que esta no la desea, conlleva que los involucrados estén en una situación disyuntiva y disfuncional que se conoce como *intrusión relacional obsesiva* (IRO en lo sucesivo) (Spitzberg y Cupach, 2014).

Este tipo de persecución, también conocida como “acoso”, probablemente ha existido siempre en las sociedades debido a la construcción cultural de lo que es y lo que implica el amor romántico y apasionado (Meloy, 1999; Meloy, Hoffmann, Guldemann y James, 2012). Por ejemplo, la poesía, el canto o la narración histórica sugieren que la obsesión motivada por un objeto de amor está llena de “pasiones paradójicas, confusas y contrarias, como el odio, los celos y el egoísmo, la atracción y la repulsión, la intimidad y el miedo [...] el deseo de aceptación y la hostilidad” (Kamir, 2001, p. 16). Actualmente, la IRO se ubica dentro de los diferentes tipos de agresión íntima (abuso de la pareja, violación, acoso sexual, hostigamiento (*bullying*) y hostigamiento laboral (*mobbing*), ya que genera en los receptores de tales actos altos niveles de emociones y sentimientos negativos, como miedo, ansiedad y sentimientos de victimización (Sinclair, 2012).

La literatura sugiere que las conductas de acoso surgen a partir de los restos de una relación incipiente o ya desarrollada (Duntley y Buss, 2012; Miller, 2012; Nicastro, Cousins, y Spitzberg, 2000), por lo que el acoso no solo se ha considerado como una ofensa, sino como un crimen que se caracteriza por su carácter repetitivo, persistente y repentino (Mullen, Pathé y Purcell, 2001; Spitzberg y Cupach, 2007).

A pesar de la controversia sobre los límites precisos de las conductas de acoso, hay consenso en cuanto a que tales comportamientos pueden incluir una estrecha vigilancia, el acoso telefónico o por correo electrónico, la usurpación de la identidad de la víctima, las amenazas, las agresiones físicas o sexuales, e incluso el intento de asesinato (McEwan, Pathé y Ogloff, 2011; Miller, 2012; Spitzberg y Cupach, 2014). Sin embargo, debido a que el acoso se compone también de actos que pueden parecer benignos o no representar

una amenaza inmediata contra la integridad de la persona, como regalar cosas o mostrar interés por sus actividades sociales, el acoso no es denunciado por las víctimas, lo que representa un problema para que los sistemas de justicia determinen su prevalencia (Breiding et al., 2014). Datos estadísticos de esa prevalencia en Estados Unidos indican que este fenómeno afecta a 7.5 millones de personas anualmente, a 8% entre las mujeres y a 2% entre los hombres, con edades de 18 a 29 años; asimismo, se ha encontrado que la gran mayoría de los acosadores son hombres (87%); y que en el caso de 59% de las mujeres y 30% de los hombres víctimas, el perpetrador es o ha sido su ex pareja (Baum, Catalano, Rand y Rose, 2009; Breiding et al., 2014; Langhinrichsen-Rohling, 2012; Tjaden y Thoennes, 2000). En México, las cifras existentes se reducen a la experiencia de las mujeres. De hecho, 63% de mujeres de entre 15 y 49 años de edad han enfrentado situaciones de violencia sexual, tales como abuso, intimidación, acoso u hostigamiento por parte de su pareja o de otras personas (Casique, 2017).

La IRO tiene efectos potencialmente devastadores sobre las víctimas debido a que los perpetradores con frecuencia acosan a sus víctimas durante años, siendo el promedio de tiempo de cuatro a dieciocho meses (Spitzberg y Cupach, 2014). Durante ese tiempo, el perseguidor puede abrumar psicológicamente al objeto de su afecto a través de incesantes llamadas a todas horas, de notas y regalos no deseados que aparecen en lugares sorprendentes; también apareciéndose en el trabajo, la escuela, los lugares de recreación y socialización que frecuenta la víctima, e inclusive en su propia casa (Spitzberg, Cupach y Ciceraro, 2010). Además, los acosadores buscan maneras ingeniosas de involucrarse en la vida de la víctima, como infiltrarse entre sus amistades y familia, uniéndose a grupos de recreación a la que pertenece la víctima o realizando conductas cada vez más riesgosas e intimidatorias, tales como proferir amenazas de allanamiento, secuestro, restricción física o sexual, o de daño a la víctima o a sus seres queridos si la intimidad no es correspondida, o bien dejar objetos amenazantes o imágenes que desprestigian a la víctima en espacios públicos, entre otros (Duntley y Buss, 2012; Spitzberg y Cupach, 2014).

Cuando se vive una situación de acoso, la víctima experimenta momentos estresantes que debilitan los sistemas de protección normales que proveen a las personas una sensación de control y significado, lo que ocasiona cambios en sus respuestas fisiológicas, emociones, cognición y memoria (Spitzberg y Cupach, 2014). Así, casi todas las víctimas sufren efectos psicológicos nocivos típicamente conceptualizados como síntomas muy variados en su tipo, intensidad e implicaciones en el corto y largo plazo (Davis, Coker y Sanderson, 2002; Sheridan y Lyndon, 2012). La mayoría de los estudios (Bjerregaard 2000; Brewster, 1999; Kamphuis, Emmelkamp y Bartak, 2003; Kuehner, Gass y Dressing, 2007; Nicastro et al., 2000; Sheridan y Lyndon, 2012) señalan que el acoso aumenta el miedo, la desconfianza hacia otros, provoca náuseas persistentes y dolores de cabeza, exacerbación de problemas médicos preexistentes, uso y abuso de sustancias, confusión, nerviosismo, ansiedad, problemas gástricos, alteraciones crónicas del sueño, debilidad o cansancio persistente y alteraciones del apetito.

Además, muchas de las víctimas sufren también pérdidas económicas y sociales, pues tienen que cambiar constantemente su número de teléfono, dirección, empleo, escuela o aficiones, invertir en tecnología para su protección (alarmas, objetos de seguridad, etc.) y servicios (guardaespaldas), y restringir sus actividades sociales y vida pública (Mohandie, Meloy, McGowan y Williams, 2006; Spitzberg y Cupach, 2007). Por si no bastara lo anterior, las víctimas informan aún más síntomas cuando los comportamientos de acoso son más penetrantes, intensos y persistentes (Blaauw, Winkel, Arensman, Sheridan y Freeve, 2002).

Hay que señalar en este punto que la aproximación psicológica tradicional desde la que se ha abordado la IRO se ha centrado en los efectos negativos de esta en la salud del individuo, los que generan el trastorno de estrés postraumático (a raíz de la persecución) y su consiguiente sintomatología (Bonanno, 2004). Sin embargo, desde otra perspectiva se encuentra la idea de que la mayor parte de las personas se encuentran expuestas al menos un evento desafortunado o amenazante en su vida (Folkman, 2013; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003), que no obstante acentúa la capacidad que tienen las mismas de soportar notablemente bien

la conmoción, sin alteraciones aparentes en su desempeño en el trabajo o en las relaciones íntimas, y que parecen vencer los nuevos retos con aparente facilidad (Bonanno, 2004; Bonanno, Westphal y Mancini, 2011). A este fenómeno se le conoce como *resiliencia*.

Con base en estos dos enfoques respecto a las formas de reaccionar ante la IRO, Spitzberg y Cupach (2014) proponen que los efectos de dicho problema cubran dos dimensiones básicas de la vida del individuo: 1) las consecuencias de orden relacional, que se refieren a las irrupciones que la persona y miembros cercanos a ella experimentan, por lo que los autores han desarrollado ocho dimensiones de síntomas emergentes frente a la experiencia de acoso relacional; a saber, alteraciones de conducta, trastornos económicos, mentales, emocionales, de ansiedad, sociales, espirituales y autodestructivos, y 2) las de orden personal, que atañen básicamente a la manifestación de la resiliencia, que representa una actitud positiva ante la adversidad y que se compone de la percepción de que la vida puede ser “mejorable”, el reconocimiento y la valoración de la red social y su función de soporte (Spitzberg y Cupach, 2001). Por tanto, la resiliencia incluye: resistir el suceso y rehacerse a sí mismo, lo que es factible gracias a que, como rasgo de personalidad, genera respuestas que proveen de una visión del yo positiva al poder aprender de la desgracia, las que evidencian los recursos que se poseen para lidiar con las amenazas; lo que trae consigo que el individuo se sienta seguro de sí mismo, encuentre que las experiencias negativas tienen un propósito significativo en la vida, confíe en su capacidad de influir en lo que le sucede y crea que se puede aprender de las experiencias positivas y de las negativas (Bonanno et al., 2011; Tugade y Fredrickson, 2004).

De acuerdo con lo planteado hasta ahora respecto al fenómeno de la IRO, se puede concluir que, al ser un evento traumático que implica amenaza, trae consigo efectos negativos conocidos también como síntomas, y puede desencadenar efectos positivos, como la expresión de la resiliencia.

El hecho de que la mayor parte de la investigación realizada al respecto haya sido en población anglosajona, y de que su prevalencia sea mundial, su estudio en nuestra cultura se vuelve una necesi-

dad imperante. Por ello, los objetivos del presente trabajo fueron los de validar la Escala de Síntomas y la Escala de Resiliencia ante el acoso relacional en la víctima, y examinar las posibles diferencias respecto a los síntomas y la resiliencia en función del sexo y la relación con el acosador.

## MÉTODO

### Participantes

Se conformó una muestra no probabilística accidental (Kerlinger y Lee, 2002) de 717 participantes en total, todos ellos residentes en la Ciudad de México, de los cuales 504 fueron mujeres y 213 hombres, cuyas edades fueron de 16 a 65 años ( $M = 23.13$  años). La distribución del nivel educativo fue como sigue: 29% de bachillerato, 60% de licenciatura y 11% que no especificó su escolaridad, pero cuyas respuestas fueron tomadas en cuenta para el análisis. Para participar fue necesario que las personas respondieran a afirmativamente a la pregunta “¿Ha sido acosado(a) en su vida?”. Al preguntárseles respecto a su relación con el acosador, 131 respondieron que era un extraño, 159 un conocido, 129 un colega, 98 un amigo(a), 24 un familiar, 34 una cita casual, 38 una cita seria, 19 el cónyuge, 58 una ex pareja y 23 otro tipo de relación.

### Instrumentos

Las Escalas de Síntomas ante el Acoso y de Resiliencia ante el Acoso forman parte del Autorreporte de Victimización, adaptado de la Encuesta de Intrusión Relacional Obsesiva de Spitzberg y Cupach (2014), que en su primera sección incluye preguntas sobre los datos sociodemográficos de cada participante y especificidades de la situación de acoso que experimentaron; en la segunda sección se presentan las medidas de síntomas y resiliencia, teniendo ambas escalas como estímulo la pregunta “¿En qué medida usted experimentó cualquiera de las siguientes situaciones, como resultado directo de la persecución no deseada de esta persona?”.

### Escala de Síntomas ante el Acoso

Está compuesta por un total de ocho agrupaciones de reactivos que miden síntomas 1) *conductuales*, es decir cambios en la rutina diaria; 2) *económicos*, referentes a la pérdida de ingresos, trabajo, gastos en seguridad o acciones legales; 3) *mentales*, como dificultad para recordar y falta de concentración; 4) *emocionales*, referentes a la tristeza y depresión; 5) *de ansiedad*, como tensión, pánico o paranoia; 6) *sociales*, que aluden a problemas de interacción con sus relaciones cercanas; 7) *espirituales*, es decir pérdida de la confianza en las instituciones y relaciones de la víctima, y 8) *autodesestructivos*, son los intentos o pensamientos suicidas.

### Escala de Resiliencia ante el Acoso

Consta de seis grupos de reacciones resilientes: 1) *personales*, que implican la capacidad de recuperarse del evento, aceptar el cambio y hacer frente a la adversidad; 2) *de mejora*, que aluden a una mejor relación con el perpetuador del acoso; 3) *sociales*, referentes a la percepción positiva de la red social; 4) *de apertura*, esto es, las competencias que se descubrieron o desarrollaron para enfrentar y sobreponerse a la experiencia; 5) *De afrontamiento*, o sea, el esfuerzo del individuo (recursos conductuales) que revelan una capacidad superior de la que la persona creía tener para enfrentar el incidente, y 6) *espirituales*, referidas a las sensaciones de apreciación por la vida y una visión optimista del futuro.

El formato de respuesta para ambas escalas es de tipo Likert con seis opciones, con recorrido de 1 (Nunca) a 6 (Más de diez veces), cuya media teórica es 3.5.

### Procedimiento

Para la aplicación del instrumento se acudió a lugares públicos (escuelas, parques, centros comerciales) en donde se preguntaba a las personas si eran o habían sido víctimas de acoso relacional (brindándoles la definición conceptual e incluso operacional); cuando la respuesta era afirmativa, se les solicitaba contestar una serie de preguntas relativas a ese problema. A cada uno de los participantes se le aseguró la confidencialidad de sus

respuestas y de que en caso de desear suspender su participación, podrían hacerlo libremente; asimismo, se resolvieron las dudas que surgieron ante las pruebas y se les indicó que los datos proporcionados se tratarían únicamente con fines de investigación.

## RESULTADOS

Para cumplir con el objetivo de la validación de ambas escalas en una muestra mexicana, primero se realizó el proceso de traducción-retraducción de los reactivos originales de ambos instrumentos; después, tras la captura de las respuestas dadas por los participantes a las escalas, se siguió el procedimiento de validación de pruebas psicológicas culturalmente sensibles propuesto por Reyes y García

(2008) y que se fundamenta en los planteamientos de Cronbach y Meehl (1955), para lo cual se calcularon estadísticos descriptivos (frecuencia y medidas de tendencia central), pruebas *t* de Student para discriminar cada reactivo. Debe decirse que no se eliminaron reactivos en la Escala de Síntomas, y de la Escala de Resiliencia, solo dos. Se llevó a cabo un análisis de correlación producto-momento de Pearson entre los reactivos para identificar el tipo de rotación a solicitar en el análisis factorial, que en ambos casos fue ortogonal (tipo varimax). Respecto a este último análisis de la escala de síntomas se obtuvo un índice KMO de .914; el valor de la Prueba de Esfericidad de Bartlett fue de 2667.053 ( $gl = 28, p = .000$ ) y se identificaron dos factores con valores propios superiores a 1 que explicaron 66.50% de la varianza (Tabla 1).

**Tabla 1.** Análisis factorial de la Escala de Síntomas por reactivo.

FACTORES	Carga factorial
<b>Factor 1. Síntomas psicológicos</b>	<b><math>\alpha = .896</math></b>
<i>Síntomas emocionales</i> (e.g. llorar fácilmente, sentirse deprimido o triste, pérdida de interés en el sexo, soledad, sentir celos, enojo, frustración, impotencia, sensación de falta de control sobre la vida, falta de confianza en sí mismo, etc.)	.856
<i>Síntomas de ansiedad</i> (e.g. ataques de pánico, tensión, sentimiento de paranoia, miedo general a los demás, timidez, pesadillas, desconfianza en los demás, etc.)	.806
<i>Síntomas mentales</i> (e.g. dificultad para recordar cosas o para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, tener la mente “en blanco”, pensar cosas desagradables o criticar a los demás, estado de alerta a su alrededor, no entender lo que otros dicen, ser optimista sobre cualquier cosa, percepción de sí mismo como un objeto, culparse a sí mismo por cosas, obsesionarse con las cosas, etc.)	.804
<i>Síntomas sociales</i> (e.g. ser demasiado crítico con los demás, ponerse por debajo de los demás, arrebatos de ira injustificada, reaccionar exageradamente a lo que otros dicen o hacen, celos injustificados, posesividad hacia otros, alejamiento de los demás, evitación de situaciones sociales, etc.)	.749
<i>Síntomas espirituales</i> (e.g. pérdida de fe en la sociedad, la policía, la ley, la religión, la familia, los amigos, la pareja, la carrera o el trabajo y los compañeros de trabajo)	.663
<i>Varianza explicada = 36.79% Media = 2.25 DS = 1.27</i>	
<b>Factor 2. Síntomas en el estilo de vida</b>	<b>.645</b>
<i>Síntomas económicos</i> (e.g. pérdida de ingresos, del trabajo o carrera, gastos en seguridad o acciones legales, pérdida de tiempo dedicado a resolver la situación, etc.)	.847
<i>Síntomas conductuales</i> (e.g. tener que cambiar la rutina diaria, cambiar de trabajo, cambiar de horario, cambiar los hábitos de ejercicio o de ir al gimnasio, cambiar de iglesia, cambiar los hábitos alimenticios, cambiar de pasatiempos, etc.)	.672
<i>Síntomas autodestructivos</i> (e.g. pensamientos acerca de terminar con la vida, hacer planes para terminar con ella, o intentos con terminar con la vida, etc.)	.602
<b>Varianza explicada = 29.71% M = 1.72, D.E. = .9449</b>	

En la Escala de Resiliencia se obtuvo un índice KMO de .828 y la Prueba de Esfericidad de Bartlett de 1957.006 ( $gl = 6; p = .000$ ) y un solo factor

con valor propio superior a 1 que explicó 78.71% de la varianza (Tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis factorial de la Escala de Resiliencia por reactivo.

FACTORES	Carga factorial
<b>Resiliencia ()</b>	<b><math>\alpha = .911</math></b>
Resiliencia ante la apertura (e.g. sensación de que todo es posible; experimentar una creencia de que se pueden seguir diferentes caminos en la vida; sentirse capaz de adaptarse a lo que ocurra de ahora en adelante y que todo va a salir mejor)	.926
Resiliencia de afrontamiento (e.g. sentirse más confiado en su capacidad para manejar este tipo de problemas en el futuro; darse cuenta de que se es más fuerte de lo que se pensaba; tener una confianza renovada en su habilidad para seguir adelante y ser mejor en el futuro)	.889
Resiliencia espiritual (e.g. sensación de una mayor apreciación de la importancia de la vida, sensación de optimismo sobre el futuro, etc.)	.883
Resiliencia social (e.g. sentimiento de renovación en cuanto a lo bueno que son sus relaciones sociales; cuánto puede depender de su familia, amigos o compañeros de trabajo; tener una actitud más responsable hacia los amigos, familia o sus propios hijos)	.849
M = 3.13 D.E. = 1.52	

Para cumplir con el segundo objetivo, primeramente se llevó a cabo una prueba *t* de Student para muestras independientes para comparar a hombres y las mujeres en cuanto a los síntomas y la resiliencia de manera individualizada, con el propósito de no perder efectos si se comparaban los factores obtenidos en los análisis previos. Los hallazgos muestran diferencias estadísticamente significativas en los síntomas emocionales (e.g. llorar fácilmente, sentirse triste), de ansiedad (e.g. tener ata-

ques de pánico, tensión) y mentales (e.g. dificultad para recordar cosas, pensar cosas desagradables) que evidencian que son las mujeres quienes sufren más tales síntomas. En cuanto a la resiliencia, solo se observó una diferencia estadísticamente significativa en la resiliencia espiritual (e.g. sentir una fuerte apreciación de la importancia de la vida), donde también son ellas quienes puntuaron más alto. En los demás reactivos se observaron semejanzas entre los sexos (Tabla 3).

**Tabla 3.** Diferencias sexuales en síntomas y resiliencia.

Síntomas y resiliencia	Mujeres (n = 504)	Hombres (n = 213)	t	p
	M (D.E.)	M (D.E.)		
Síntomas emocionales	2.61 (1.66)	2.15 (1.43)	3.51	.000
Síntomas de ansiedad	2.66 (1.62)	2.27 (1.48)	2.97	.003
Síntomas mentales	2.28 (1.55)	2.00 (1.33)	2.24	.025
Síntomas sociales	2.30 (1.53)	2.19 (1.50)	-	-
Síntomas espirituales	1.89 (1.41)	1.82 (1.37)	-	-
Síntomas conductuales	2.10 (1.33)	2.08 (1.51)	-	-
Síntomas económicos	1.58 (1.15)	1.70 (1.31)	-	-
Síntomas autodestructivos	1.49 (1.61)	1.42 (1.00)	-	-
Resiliencia ante la apertura	3.28 (1.72)	3.04 (1.75)	-	-
Resiliencia de afrontamiento	3.48 (1.73)	3.45 (1.74)	-	-
Resiliencia espiritual	2.98 (1.77)	2.69 (1.71)	2.01	.044
Resiliencia social	3.02 (1.65)	2.84 (1.63)	-	-

En cuanto a la búsqueda de diferencias en síntomas y resiliencia por tipo de relación con el acosador, se encontró –luego de realizar un análisis de varianza de una vía– que hubo diferencias estadísticamente significativas en los síntomas económicos (e.g. pérdida de ingresos o trabajo, gasto de

dinero en seguridad), mentales, emocionales y de ansiedad, siendo mayores cuando el perpetrador del acoso fue una ex pareja o cónyuge, y menores cuando se trató de un extraño o un conocido (Tabla 4).

**Tabla 4.** Diferencias por tipo de relación con el acosador en síntomas económicos.

Síntomas económicos	Económicos M (D.E.)	Mentales M (D.E.)	Emocionales M (D.E.)	Ansiedad M (D.E.)
Extraño (n = 129)	1.44 (1.06)	1.95 (1.33)	2.19 (1.45)	2.30 (1.51)
Conocido (n = 158)	1.49 (1.15)	1.89 (1.34)	2.13 (1.42)	2.42 (1.46)
Colega (n = 129)	1.79 (1.24)	2.28 (1.52)	2.47 (1.56)	2.63 (1.68)
Amistad (n = 95)	1.55 (1.22)	2.27 (1.49)	2.54 (1.77)	2.54 (1.64)
Familiar (n = 24)	1.71 (1.26)	2.13 (1.42)	2.88 (1.62)	3.04 (1.71)
Cita casual (n = 34)	1.82 (1.21)	2.09 (1.28)	2.21 (1.17)	2.18 (1.04)
Cita seria (n = 38)	1.32 (0.96)	2.39 (1.56)	2.61 (1.70)	2.32 (1.52)
Cónyuge(n = 19)	2.05 (1.47)	2.47 (1.50)	3.32 (1.79)	2.84 (1.74)
Ex pareja(n = 53)	1.96 (1.40)	2.94 (1.87)	3.45 (1.79)	3.12 (1.67)
Otro (n = 23)	1.52 (1.20)	2.83 (1.69)	2.91 (1.77)	3.17 (1.64)
F (p)	2;010 (.036)	3;344 (.001)	4;759 (.000)	2;283 (.016)

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en dos agrupaciones de reactivos de resiliencia: social (e.g. sentimiento de renovación debido a las relaciones de amigos y familia que se tienen) y afrontamiento (e.g. sentirse con más confianza para manejar este tipo de problemas en el futuro), observándose el mismo efecto que en los síntomas (Tabla 5).

**Tabla 5.** Diferencias por tipo de relación con el acosador en resiliencia.

Relación	Social M (D.E.)	Afrontamiento M (D.E.)
Extraño (n = 129)	2.67 (1.58)	3.04 (1.77)
Conocido (n = 158)	2.93 (1.68)	3.46 (1.76)
Colega (n = 129)	3.05 (1.63)	3.56 (1.61)
Amistad (n = 95)	2.70 (1.66)	3.40 (1.80)
Familiar (n = 24)	3.46 (1.71)	3.61 (1.90)
Cita Casual (n = 34)	3.21 (1.70)	3.67 (1.78)
Cita Seria (n = 38)	3.24 (1.51)	4.21 (1.56)
Cónyuge(n = 19)	3.68 (1.45)	3.63 (1.95)
Ex pareja(n = 53)	3.47 (1.69)	3.70 (1.57)
Otro (n = 23)	2.83 (1.52)	3.91 (1.37)
F (p)	2; 208; .020	2; 103; .027

## DISCUSIÓN

Se logró validar en una muestra mexicana las dos escalas de Spitzberg y Cupach (2014) dirigidas a medir los síntomas y la resiliencia en personas víctimas de acoso, lo cual representa una contribución metodológica de la presente investigación. De igual manera, se comprobó que la experiencia del acoso tiene repercusiones graves en la salud de sus víctimas, pero también fortalece sus capacidades resilientes (Spitzberg y Cupach, 2014). Cabe señalar que las opciones de respuesta fueron seleccionadas libremente por los participantes, lo que muestra que la prueba en general es sensible y representa los diferentes niveles de frecuencia con que se manifiestan las variables.

La propuesta original de Spitzberg y Cupach (2014) reporta las escalas como unidimensionales, aunque no se tienen datos de análisis factoriales o confiabilidades (comunicación personal con B. Spitzberg, 6 de marzo de 2013). Sin embargo, al realizar este tipo de análisis en México se encontró que la Escala de Síntomas ante el Acoso mostró un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach total robusto, además de arrojar

dos factores. El primer factor corresponde a síntomas psicológicos, que contiene reactivos acerca de signos emocionales tales como llorar fácilmente, sentirse deprimido, haber perdido el interés en el sexo, sentir impotencia y soledad; síntomas de ansiedad, como tener ataques de pánico, tensión, paranoia, pesadillas y desconfianza de los demás; síntomas mentales, como dificultad para concentrarse, tomar decisiones, comprender lo que ocurre alrededor o ser obsesivo de las cosas; síntomas sociales, como sentirse menos que los demás, tener arrebatos de ira injustificada o evitar situaciones sociales, y signos espirituales, como perder la fe en todo y todos. El segundo factor, que corresponde a síntomas en el estilo de vida incluye reactivos sobre las implicaciones del acoso en la vida cotidiana; síntomas económicos, como pérdida de ingresos, de trabajo y de dinero gastado en seguridad; síntomas conductuales, como cambiar la rutina y actividades personales y sociales por el acoso, y síntomas autodestructivos, que se orientan hacia la experiencia de pensamientos suicidas (Blaauw, Winkel, Arensman, Sheridan y Freeve, 2002).

Si bien estos factores distan de la propuesta de Spitzberg y Cupach (2014), permiten identificar matices más finos de la experiencia de signos y síntomas ante la IRO en la muestra mexicana. Ambos factores distinguen muy bien las consecuencias negativas, que abarcan no solo lo psicológico (síntomas emocionales, de ansiedad, mentales o cognoscitivos, sociales y espirituales), sino también aquellos efectos en las finanzas o economía de la víctima, sus síntomas evidentes en sus rutinas e intentos de autodestrucción. Al respecto, se ha encontrado que la IRO es una manifestación de estrés postraumático (Nguyen, Spitzberg y Lee, 2012) que puede derivar, según autores como Spitzberg y Cupach (2014) y Tjaden y Thoennes (2000), en enfermedades crónicas, o bien deteriorar en forma importante la salud.

La Escala de Resiliencia –al igual que la reportada por los autores– resultó ser unidimensional y comprende la capacidad de la víctima del acoso para recuperarse y hacer frente a la adversidad mediante la apertura (sensación de que todo es posible y que saldrá bien; el afrontamiento, que favorece la confianza en la capacidad para manejar este tipo de problemas en el futuro; la fortaleza espiritual, por la que la persona siente optimismo

ante la vida, y el apoyo social, que involucra un sentimiento de renovación gracias al apoyo de las personas cercanas. Así, la percepción positiva de la red social, las competencias para enfrentar y sobreponerse a la experiencia, la sensación de apreciar la vida y la visión optimista del futuro coinciden con los diferentes acercamientos al constructo de resiliencia (cf. Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Cuando se compararon los reactivos de síntomas y resiliencia (para reconocer efectos más específicos) entre hombres y mujeres, se observaron grandes similitudes entre ambos, que indican que las víctimas sufren igualmente consecuencias sociales, espirituales, conductuales, económicas y autodestructivos; en cuanto a las diferencias, las mujeres fueron más sintomáticas en lo psicológico, es decir, mostraron prevalencia de problemas emocionales y de memoria y concentración.

Estos resultados reafirman que las mujeres expresan más emociones positivas y negativas y que los hombres procuran ser más racionales (Simon y Nath, 2004); asimismo, se ha encontrado consistentemente en la literatura sobre la IRO que las mujeres manifiestan los síntomas más severos mediante respuestas de ansiedad exacerbada y ataques de pánico (Bjerregaard, 2000; Breiding et al., 2014; Spitzberg y Cupach, 2001, 2014), y que se asustan con mayor facilidad, experimentan más estados de paranoia y modifican más algunos aspectos de su personalidad a raíz del acoso (Davis et al., 2002; Pérez y Sánchez, 2015).

En el caso de la resiliencia, se notaron semejanzas en cuanto a la apertura, el afrontamiento y lo social, así como diferencias en cuanto al reactivo espiritual, en donde también son las mujeres quienes valoran más la vida, lo que podría explicarse en virtud de poseer una sensibilidad mayor que los hombres (Spitzberg et al., 2010), pero también que enfrentan de manera más decidida los sentimientos de vulnerabilidad y desequilibrio emocional resultantes del acoso (Duntley y Buss, 2012).

Finalmente, se examinaron las consecuencias percibidas de tener una relación con el acosador en la sintomatología y el ejercicio de la resiliencia percibidas por la víctima. En el primer caso, se observaron diferencias estadísticamente significativas en algunos de los reactivos (síntomas económicos, mentales, emocionales y de ansiedad),

que indican que tales síntomas se expresan más frecuentemente cuando la relación es con el cónyuge o la ex pareja, en comparación a cuando el perpetrador es un extraño o un simple conocido. Este efecto quizá se explique mediante algunos hallazgos anteriores, que han señalado que las conductas de acoso están vinculadas a la proximidad que el perpetrador tiene con la víctima, lo que sitúa a los extraños y meros conocidos como acosadores de bajo riesgo (McEwan, Mullen, McKenzie y Ogloff, 2009; Sheridan y Lyndon, 2012). También se ha visto que la forma más frecuente y peligrosa de acoso se produce entre las ex parejas íntimas debido a que tienen mucho más información acerca de la víctima, así como el acceso a sus redes de apoyo, por lo que dirige las conductas de acoso a los aspectos más vulnerables de la vida de aquélla (McEwan, Mullen y McKenzie, 2009; Spitzberg y Cupach, 2007).

En cuanto a la resiliencia, se manifestaron diferencias en el reactivo social y de enfrentamiento, lo que indica que cuando el acosador es el cónyuge o la ex pareja –a diferencia de cuando es un extraño o un amigo–, las relaciones sociales con la familia, los amigos o los compañeros de trabajo representan un gran apoyo que le permite a la víctima sentir más confianza para manejar las situaciones presentes y futuras. Lo anterior se relaciona con las características propias de la muestra del presente estudio, conformada en su mayor número por mujeres, quienes ante una situación de acoso manifestaron ser más propensas a compartir su experiencia con sus amigos, en primer lugar, y

después con sus parientes (cf. Edwards, Dardis y Gidycz, 2012). Estas redes de apoyo hacen posible que la víctima se muestre abierta para hablar del suceso y proporcionan apoyo emocional, consejos y acciones tangibles de sostén (Latta y Goodman, 2011; Trotter y Allen, 2009), lo que tiene un efecto positivo en la víctima, desplaza las expresiones de enojo o culpa y fomenta las conductas de afrontamiento (Spitzberg y Cupach, 2014).

El aporte de la presente investigación se centra en la validación de dos escalas destinadas a evaluar los efectos negativos (síntomas) y positivos (resiliencia) en situaciones de acoso relacional en una muestra mexicana, lo que supone, por un lado, contar con dos herramientas válidas y confiables en las áreas de investigación y de ejercicio profesional y, por otro lado, dar peso al papel de la cultura en la forma en la que se acuñan las formas de concebir, sentir y actuar en las relaciones personales, ya que el grupo sociocultural define lo que es apropiado a ciertos contextos interpersonales, las formas de cortejo, los alcances de las conductas durante este proceso e incluso la pertinencia limitar los acercamientos indeseables, como el acoso. De igual manera, esta investigación representa una plataforma para profundizar y reconducir el estudio de las respuestas humanas ante los sucesos traumáticos con una visión no únicamente negativa, centrada en los síntomas, sino utilizando la resiliencia con el fin de desarrollar nuevas formas de intervención basadas en modelos que ayuden a conceptualizar, investigar, diseñar e intervenir eficazmente.

## REFERENCIAS

- Baum, K., Catalano, S., Rand, M. y Rose, K. (2009). *Stalking victimization in the United States* (NCJ Report 224527). Washington, D.C.: U.S. Department of Justice.
- Bjerregaard, B. (2000). An empirical study of stalking victimization. *Violence and Victims*, 15, 389-406.
- Blaauw, E., Winkel, F.W., Arensman, E., Sheridan, L. y Freeve, A. (2002). The toll of stalking: The relationship between features of stalking and psychopathology of victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 50-63.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G.A., Westphal, M. y Mancini, A.D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511-535.
- Breiding, J.M., Smith, S.G., Basile, K.C., Walters, M.I., Chen, J. y Merrick, M.T. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization – National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(8), 1-24.
- Brewster, M.P. (1999). *An exploration of the experiences and needs of former intimate stalking victims: Final report submitted to the National Institute of Justice*. West Chester, UK: West Chester University.

- Casique R., I. (2017). Fuentes y datos sobre la violencia contra las mujeres en México. Aprendizajes, dificultades y retos acumulados. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 8(1), 6-16.
- Cronbach, L.J. y Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281.
- Davis, K.E., Coker, A.L. y Sanderson, M. (2002). Physical and mental health effects of being stalked for men and women. *Violence and Victims*, 17, 429-443.
- Duntley, J.D. y Buss, D.M. (2012). The evolution of stalking. *Sex Roles*, 66(5-6), 311-327.
- Edwards, K., Dardis, C. y Gidycz, C.A. (2012). Women's disclosure of dating violence: A mixed methodological study. *Feminism & Psychology*, 22, 507-517. doi: 10.1177/0959353511422280.
- Folkman, S. (2013). Stress: appraisal and coping. En M. D. Gellman y J. R. Turner (Eds.): *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913-1915). New York: Springer.
- Kamir, O. (2001). *Every breath you take: Stalking narratives and the law*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M.G. y Bartak, A. (2003). Individual differences in post-traumatic stress following postintimate stalking: Stalking severity and psychosocial variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 145-156.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Kuehner, C., Gass, P. y Dressing, H. (2007). Increased risk of mental disorders among lifetime victims of stalking: Findings from a community study. *European Psychiatry*, 22, 142-145.
- Langhinrichsen-Rohling, J. (2012). Gender and stalking: Current intersections and future directions. *Sex Roles*, 66(5-6), 418-426.
- Latta, R.E. y Goodman, L.A. (2011). Intervening in partner violence against women: A grounded theory exploration of informal network members' experiences. *The Counseling Psychologist*, 39, 973-1023. doi: 10.1177/0011000011398504.
- McEwan, T.E., Mullen, P.E. y MacKenzie, R.D. (2009). A study of the predictors of persistence in stalking situations. *Law and Human Behavior*, 33, 149-158. doi: 10.1007/s10979-008-9141-0.
- McEwan, T.E., Mullen, P.E., MacKenzie, R.D. y Ogloff, J.R. (2009). Violence in stalking situations. *Psychological Medicine*, 39, 1469-1478. doi: 10.1017/S0033291708004996.
- McEwan, T.E., Pathé, M. y Ogloff, J.R. (2011). Advances in stalking risk assessment. *Behavioral Sciences & The Law*, 29(2), 180-201.
- Meloy, J.R. (1999). Stalking: An old behavior, a new crime. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(1), 85-99.
- Meloy, J.R., Hoffmann, J., Guldinann, A. y James, D. (2012). The role of warning behaviors in threat assessment: An exploration and suggested typology. *Behavioral Sciences & The Law*, 30(3), 256-279.
- Miller, L. (2012). Stalking: Patterns, motives, and intervention strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 17(6), 495-506.
- Mohandie, K., Meloy, J.R., McGowan, M.G. y Williams, J. (2006). The RECON typology of stalking: Reliability and validity based upon a large sample of North American stalkers. *Journal of Forensic Sciences*, 51, 147-155.
- Mullen, P.E., Pathé, M. y Purcell, R. (2001). Stalking: new constructions of human behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 9-16.
- Nguyen, L.K., Spitzberg, B.H. y Lee, C.M. (2012). Coping with obsessive relational intrusion and stalking: The role of social support and coping strategies. *Violence and Victims*, 27(3), 414-433.
- Nicastro, A.M., Cousins, A.V. y Spitzberg, B.H. (2000). The tactical face of stalking. *Journal of Criminal Justice*, 28(1), 69-82.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. y Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Pérez P., A.E. y Sánchez A., R. (2015). Efectos positivos y negativos del contacto mediado en mujeres víctimas de acoso. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(2), 99-109.
- Reyes L., I. y García B., L.F. (2008). Hacia un procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante. En S. Rivera A., R. Díaz-Loving, R. Sánchez A. e I. Reyes L (Eds.): *La Psicología Social en México* (pp. 625-630). México: AMEPSO.
- Seligman, M.E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, January, 55(1), 5-14.
- Sheridan, L. y Lyndon, A.E. (2012). The influence of prior relationship, gender, and fear on the consequences of stalking victimization. *Sex Roles*, 66(5-6), 340-350.
- Simon, R.W. y Nath, L.E. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *American Journal of Sociology*, 109(5), 1137-1176.
- Sinclair, H.C. (2012). Stalking myth-attributions: Examining the role of individual and contextual variables on attributions in unwanted pursuit scenarios. *Sex Roles*, 66(5), 378-391. doi: 10.1007/s11199-010-9853-8.
- Spitzberg, B.H. y Cupach, W.R. (2001). Paradoxes of pursuit: Toward a relational model of stalking-related phenomena. En J.A. Davies (Ed.): *Stalking crimes and victim protection. Prevention, intervention, threat assessment, and case management* (pp. 97-136). Boca Raton, FL: CRC Press.

- Spitzberg, B.H. y Cupach, W.R. (2007). The state of the art of stalking: Taking stock of the emerging literature. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 64-86.
- Spitzberg, B.H. y Cupach, W.R. (2014). *The dark side of relationship pursuit: From attraction to obsession and stalking*. New York: Routledge.
- Spitzberg, B.H., Cupach, W.R. y Ciceraro, L.D. (2010). Sex differences in stalking and obsessive relational intrusion: Two meta-analyses. *Partner Abuse*, 1(3), 259-285.
- Tjaden, P. y Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the national violence against women survey. *Violence Against Women*, 6, 142-161. doi: 10.1177/10778010022181769.
- Trotter, J.L. y Allen, N.E. (2009). The good, the bad, and the ugly: Domestic violence survivors' experiences with their informal sources. *American Journal of Community Psychology*, 43, 221-231. doi: 10.1007/s10464-009-9232-1.
- Tugade, M.M. y Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.



# Asociación entre el síndrome de dolor miofascial y sintomatología ansiosa en docentes de educación superior

## *Association between myofascial pain syndrome and anxious symptomatology in college professors*

*Claudia García Hernández<sup>1</sup>, Rafael Octavio Félix Verduzco<sup>1</sup>,  
Santa Magdalena Mercado Ibarra<sup>1</sup>, Enrique Sabag Ruiz<sup>2</sup>,  
Raquel García Flores<sup>1</sup>, Diana Mejía Cruz<sup>1</sup>  
y Ana Pamela Casanova Escobar<sup>1</sup>*

### RESUMEN

La población docente de educación superior está expuesta a jornadas laborales intensivas que implican con frecuencia el trabajo de oficina con computadoras, durante el cual se mantienen posturas inadecuadas y sedentarias. Lo anterior favorece el desarrollo de alteraciones posturales, esguince cervical, hernias de disco, tensión, estrés laboral y sintomatología ansiosa. El presente estudio evaluó la relación entre la sintomatología ansiosa y el síndrome del dolor miofascial en 46 docentes de educación superior, hallándose una relación directa y significativa entre ambas condiciones. Los resultados del presente estudio indican la importancia de desarrollar programas psicoeducativos en la población docente para prevenir estrés laboral, dolor miofascial y sintomatología ansiosa.

**Palabras clave:** Sintomatología ansiosa; Dolor miofacial; Docentes de educación superior.

### ABSTRACT

*College professors are exposed to long working days involving office work with computers where inadequate and sedentary postures are maintained. This fact contributes to the development of postural alterations, cervical strain, disc hernias, tension, work-related stress, and anxious symptomatology. The present study evaluated the relationship between anxiety symptomatology and myofascial pain syndrome in 46 college teachers. A direct and significant relationship was found between these conditions. Results indicate the importance of developing psychoeducational programs for teachers aimed at preventing work stress, myofascial pain and anxious symptomatology.*

**Key words:** Anxious symptomatology; Myofascial pain syndrome; College professors.

## INTRODUCCIÓN

**E**l estrés se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las que debe dar una respuesta apropiada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento (Asociación Mexicana de Psiquiatría, 2010), y que pueden provenir de cualquier situación o pensamiento que haga que el individuo se sienta frustrado, airado o ansioso; así, el estrés es la reacción del cuerpo a un desafío o demanda particular. Acorde a ello, periodos prolongados de estrés, ansiedad y depresión pueden producir cambios subyacentes en algunos grupos musculares (Rivera, 2001).

<sup>1</sup> Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de febrero 818 Sur, Edificio Pool, Unidad Obregón, 85000 Cd. Obregón, Son., México, tel. (644)410-09-00, ext. 2442, correos electrónicos: cgarcia@itson.edu.mx y diana.mejia@itson.edu.mx. Artículo recibido el 23 de junio y aceptado el 3 de agosto de 2017.

<sup>2</sup> Clínica Santa Lucía, Calle Chihuahua 224, Centro, Fundo Legal, 85000 Cd. Obregón, Son., México, tel. (644)413-47-12.

González y Vives (2015) llevaron a cabo un metaanálisis de diversos estudios, en el que se confirma la relación entre el estrés psicológico y los problemas músculo-esqueléticos, de modo que los niveles de estrés mantenidos durante un tiempo considerable aumentan significativamente el riesgo de aparición de dolor físico, sobre todo lumbar y cervical.

El síndrome de dolor miofascial es uno de los problemas más comúnmente identificado en personas que padecen altos niveles de estrés y ansiedad; tal condición se define como un conjunto de síntomas sensoriales, motores y autonómicos ocasionado por los llamados “puntos gatillo” miofasciales, lo que produce dolor y limitación funcional en muy diversos grados y genera en ocasiones discapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (Moreno, Reyes, De la Lanza y Ramírez, 2013; Simons, Travell y Simons, 2004).

Estudios previos han demostrado que los docentes de educación superior se exponen a largas jornadas laborales que implican alteraciones en sus hábitos de alimentación, sueño, posturas de trabajo inadecuadas y estrés (Camacho, Echeverría y Reynoso, 2010; García et al., 2009; Urquidi y Rodríguez, 2010; Velázquez, 2010). Lo anterior subraya la importancia de realizar investigaciones en esta población, con el propósito de detectar e intervenir oportunamente en los problemas musculares que son consecuencia de un elevado estrés y de síntomas de ansiedad.

De acuerdo a García et al. (2009), la principal estrategia para reducir el estrés en ambientes laborales es la puesta en práctica de programas de salud integrados que incluyan ejercicios físicos durante la jornada de trabajo. Dicha estrategia es parte de las iniciativas internacionales propuestas por el Reino Unido denominadas Health and Safety Executive (HSE) (2017), que indican que los empresarios tienen la obligación legal de proteger el bienestar emocional y físico de sus empleados.

Por lo anterior, la presente investigación evaluó la relación entre la sintomatología ansiosa y el síndrome del dolor miofascial en docentes de educación superior, considerando su categoría laboral y el tipo de academia a la que pertenecían, a fin de aconsejar oportunamente al personal docente sobre la importancia de reducir los niveles de

ansiedad debidos a las altas demandas laborales y, en consecuencia, de dolor muscular.

## MÉTODO

### Participantes

El estudio se hizo en una institución de educación superior con un total de 46 docentes, de los cuales 37 fueron mujeres y 9 hombres, pertenecientes a las áreas de Ciencias sociales, Humanidades y Económico-administrativa. Los participantes tuvieron un promedio de edad de 43.7 (D.E. = 9.5) años y 3.4 (D.E. = 1.6) años de antigüedad como académicos. De ellos, 67.4% reportó realizar algún tipo de actividad física.

El 56.5%, de los participantes eran profesores de planta, 32.6% profesores por contrato anual, y 10.9% profesores auxiliares con contratos por horas de clases. El 37% trabajaba en las áreas de Psicología, 23.9% en la de Administración, 19.6% en la de Educación y 19.6% en la de Contaduría y Finanzas.

### Instrumentos

El estrés se evaluó por medio del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 2011) (cf. Jurado et al., 1998), el cual consta de 21 preguntas con respuestas tipo Likert. Tiene un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.87, una estructura factorial de tres dimensiones, y validez de criterio con correlaciones de  $r = 0.70$ .

Para evaluar el síndrome de dolor miofascial, se evaluaron veintidós puntos de tensión. Se utilizó un examen digital llamado “palpación selectiva de un músculo” para determinar la presencia o ausencia de bandas palpables y de puntos gatillo dolorosos a la presión, usando para ello la palpación plana y de pinza. La valoración la realizó un médico especialista en rehabilitación física (Simons et al., 2004).

### Procedimiento

El presente trabajo se hizo en una institución de educación superior. Se invitó a los docentes a par-

ticipar, explicándoles el propósito del estudio y entregando a quienes aceptaron la carta de consentimiento informado, donde se aseguró la confidencialidad de sus datos. Luego, se acordaron las citas para las aplicaciones de los instrumentos. En la sesión de evaluación se aplicó una breve ficha demográfica, después el BAI, y por último la evaluación médica de los 22 puntos gatillo para detectar el dolor miofascial.

Posterior a la evaluación, se llevó a cabo un análisis de los 22 puntos del síndrome de dolor miofascial para generar un folleto de entrega de resultados. Se volvió a visitar a cada docente para explicarle los resultados del diagnóstico físico y entregarle un programa de ejercicios, acorde a dichos resultados, para disminuir los síntomas de dolor.

## RESULTADOS

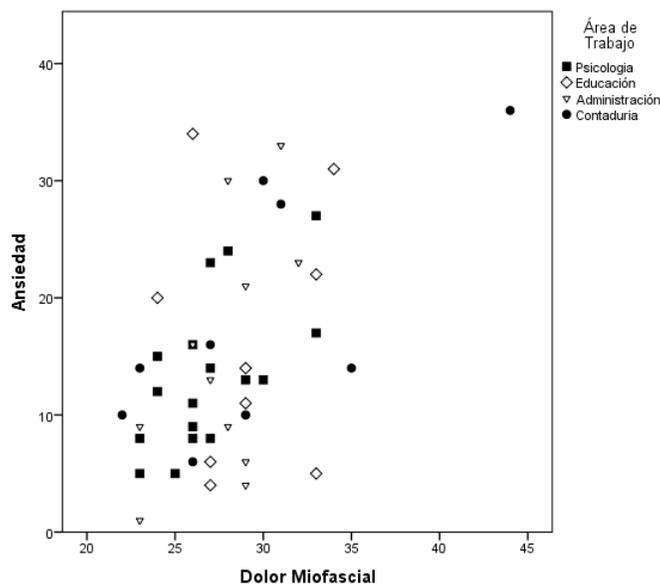
Se realizó una correlación de Pearson entre el total del puntaje de la escala de ansiedad y el total de puntos activos de dolor miofascial, hallándose

una correlación significativa baja entre las dos variables ( $r = 0.52, p < 0.000$ ).

Posterior a este análisis se buscaron nuevamente correlaciones entre las variables de ansiedad y puntos activos, considerando los subgrupos de profesor de planta, por contrato y por horas de clases. Se encontró una correlación significativa baja entre las dos variables ( $r = 0.53, p = 0.04$ ) solo en profesores por contrato anual, pero no en profesores de planta ( $r = 0.37, p = 0.059$ ) ni en profesores auxiliares ( $r = 0.84, p = 0.069$ ).

Se volvió a buscar correlaciones según los subgrupos del tipo de carrera (Psicología, Administración, Educación y Contaduría y Finanzas, encontrándose una correlación significativa alta entre las dos variables ( $r = 0.70, p = 0.03$ ) en docentes del área de Contaduría, una correlación significativa moderada entre ambas variables ( $r = 0.62, p = 0.008$ ) en docentes del área de Psicología, pero no en profesores de Educación ( $r = 0.07, p = 0.08$ ) ni de Administración ( $r = 0.84, p = 0.069$ ). El diagrama de dispersión que se presenta en la Figura 1 muestra en por áreas de trabajo la relación entre la ansiedad y los puntos activos de dolor miofascial.

**Figura 1.** Diagrama de dispersión que muestra la correlación entre las variables de ansiedad y dolor miofascial con la variable de agrupación por tipo de área laboral.



Se llevó a cabo un análisis de varianza para comparar los grupos según la variable de área de trabajo (Psicología, Educación, Administración y Contaduría) y el puntaje en la escala de ansiedad y el total de puntos activos de dolor miofascial

por separado. No se encontraron diferencias significativas entre los cuatro grupos en la variable de ansiedad ( $F = 0.56, p = 0.64$ ), ni en la de dolor miofascial ( $F = 1.18, p = 0.32$ ).

Se decidió realizar también un análisis de varianza para comparar los grupos según el tipo de contrato (planta, contrato anual y auxiliar por horas) en cuanto al puntaje de la escala de ansiedad y el total de puntos activos de dolor miofascial por separado, hallándose diferencias significativas entre los tres grupos en la variable de ansiedad ( $F = 3.5, p = 0.03$ ); el análisis *post hoc* con la prueba de Tukey mostró una diferencia significativa ( $p = 0.03$ ) entre el grupo de planta ( $M = 12.9$ , D.E. = 8.3) y el de contrato anual ( $M = 20.2$ , D.E. = 10.3), manifestando este último mayores niveles de ansiedad. En cuanto al dolor miofascial, no se encontraron diferencias entre los tres grupos ( $F = 2.84, p = 0.06$ ).

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre la ansiedad y síndrome de dolor miofascial en docentes de educación superior. Se encontró una correlación débil pero significativa directa entre las variables medidas; sin embargo, al analizar las categorías de área de trabajo se encontró una relación alta entre dichas variables, pues los docentes del área de Contaduría y Psicología se exponen a niveles de estrés más altos, en contraste con los de las áreas de Educación y Administración, lo que propicia mayores síntomas de ansiedad y de sintomatología de dolor miofascial. En un análisis que consideró el tipo de contratación en la que se encontraban los participantes, se observó que los docentes por contrato anual mostraron una relación significativa, lo que implicaba una mayor ansiedad y mayores indicadores de dolor miofascial.

La comparación por grupos según el área de trabajo no arrojó diferencias significativas en las variables de ansiedad y síndrome de dolor miofascial; aun así, el tipo de contratación mostró diferencias significativas entre el grupo de planta y

el grupo de contrato anual, observándose que el segundo de ellos mostraba una mayor ansiedad.

El presente estudio corrobora hallazgos previos (Camacho et al., 2010; García et al., 2009; González y Vives, 2015; Simons et al., 2004), en los que se ha hallado que la carga laboral excesiva afecta la salud física y mental de las personas.

Los resultados obtenidos denotan la importancia de hacer más estudios sobre el estrés laboral en las áreas de trabajo de mayor riesgo debido a la alta exigencia laboral, como la Contaduría, y asimismo según el tipo de contratación, pues la evaluación constante para la permanencia en el trabajo, entre muchas otras condiciones, resulta de suyo estresante.

Se considera que la principal limitación del estudio es el tamaño reducido de la muestra, por lo que se recomienda aumentar su tamaño en futuras investigaciones con el objetivo de confirmar y ampliar estos hallazgos.

Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos según el síndrome de dolor miofascial, se recomienda seguir utilizando en futuros estudios evaluaciones fisiológicas que den soporte a las evaluaciones mediante autorreporte, como el test de ansiedad. Si bien en el presente estudio se encontró una relación débil considerando el tipo de área de trabajo y de contratación, es posible suponer que existe una relación fuerte entre esas variables, la que permitiría identificar la ansiedad y el dolor miofascial de manera oportuna.

Por lo anterior, en futuros estudios se hace necesario generar ciertos tipos de intervención en los trabajadores de disciplinas y ambientes laborales que reduzcan la ansiedad y las alteraciones musculares, por lo que se sugiere por el momento, tal como se ha hecho en diversas propuestas internacionales (García et al., 2009; HSE, 2017), se fomente una mayor activación física en los escenarios laborales como una práctica común, lo que contribuirá a un mejor desempeño laboral.

## REFERENCIAS

- Asociación Mexicana de Psiquiatría (2010). *Estrés y ansiedad*. Recuperado de <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>.
- Beck, A. y Steer, R.A. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck* (trad. de J. Sanz, F. Vallar, E. De la Guía y A. Hernández). Madrid: Pearson Educación, S.A.

- Camacho, L., Echeverría, S. y Reynoso, L. (2010). Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 91-103. doi: 10.5460/jbhsi.v2.i1.10.
- García, C., Ramos, D., Serrano, D., Sotelo, M., Flores, L. y Reynoso, L. (2009). Estilos de vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: un estudio descriptivo. *Psicología y Salud*, 19(1), 141-149. doi: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29111983014>.
- González, M. y Vives, J. (2015). Estrés psicológico y problemática musculoesquelética. Revisión sistemática. *Enfermería Global*, 14(2), 276-300. doi: 194551-790171-1-PB%20(1).pdf.
- Health and Safety Executive (HSE) (2017). *Work related stress*. Recuperado de <http://www.hse.gov.uk/>.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Moreno J., C.V., Reyes V., H.E., De la Lanza A., L.P. y Ramírez B., I.G. (2013). Síndrome de dolor miofascial. Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(2), 148-157.
- Rivera, E. (2001). Dolor miofascial. *Medunab*, 4(12), 161-165.
- Simons, D., Travell, J.G. y Simons, L.S. (2004). *Dolor y disfunción miofascial: el manual de los puntos gatillo* (v. 2). México: Médica Panamericana.
- Urquidí, L. y Rodríguez, J.R. (2010). Estrés en profesorado universitario mexicano. *Revista Electrónica de Actualidades Investigativas en Educación*, 10(2), 1-21.
- Velázquez, D. (2010). Estrés, empleo y salario de los académicos de la educación superior. *Matices del Posgrado Aragón*, 5(13), 111-137.



# Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel

## *Burnout in health professionals and administrative staff in a medical unit of first level*

Sandra Yadira Flores Tesillo y Ana Olivia Ruíz Martínez<sup>1</sup>

### RESUMEN

La presente investigación aborda la salud mental en una unidad médica de primer nivel, comparando el síndrome de burnout en dos grupos de trabajadores: profesionales de la salud y personal administrativo. Los instrumentos de evaluación empleados fueron un cuestionario de datos socio-demográficos y la Escala de Valoración del Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS). La muestra estuvo conformada por 29 profesionales de la salud (enfermeras y médicos) y 29 trabajadores del área administrativa. Respecto a las variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de trabajadores; en cambio, hubo importantes diferencias en la presencia del síndrome en el componente de despersonalización, mayor en el personal administrativo. Se discuten las diferencias entre los puestos, mismas que pueden provocar la despersonalización y no los demás componentes de dicho síndrome.

**Palabras clave:** Burnout; Personal administrativo; Médicos; Enfermeras.

### ABSTRACT

*The present study addressed the mental health of health professionals and administrative staff in a first-level medical facility. Measures of burnout were compared between health caregivers (physicians and nurses) and administrative staff of the facility. Measurement included a socio-demographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) rating scale. A total of 58 members, 29 health professionals and 29 staff workers participated. Results showed significant differences in the depersonalization component of burnout, with the highest scores occurring in the administrative staff. No significant differences between the two groups were found in terms of socio-demographic variables. Differences between the duties that could cause the presence of depersonalization and the lack of other components of the burnout syndrome are discussed.*

**Key words:** Burnout; Administrative personal; Doctors; Nurses.

## INTRODUCCIÓN

Las instituciones de salud requieren trabajadores eficientes y comprometidos con su vocación y con la calidad del servicio, por lo que la propia institución requiere brindar a quienes laboran en ellas un desarrollo de mayor alcance y de duración más extensa que la simple formación escolarizada recibida por los mismos. El desarrollo profesional debe ser una opción empresarial estratégica si la institución u or-

---

<sup>1</sup> Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, Camino Viejo a Jilotzingo, continuación Calle Rayón, Valle Hermoso, 55600 Zumpango, Edo. de México, México, tels.: (591)917-41-40 y (591)917-27-02, correo electrónico: flores\_tesillo@hotmail.com. Artículo recibido el 7 de diciembre de 2016 y aceptado el 24 mayo de 2017.

ganización aspira a sobrevivir en un entorno global cada vez más competitivo (Fernández, 2002). El trabajo es indispensable para una vida saludable, tanto por la retribución económica como por el progreso social que implica la realización de la persona y de la comunidad (Nieto, 2000).

Es obvio que un trabajador comprometido es más productivo y útil que uno apático, deprimido, estresado y cansado, de modo que la adecuada salud del trabajador contribuye al crecimiento de la empresa o institución, lo que a la postre trae consigo la mejor la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, el bienestar individual y social y la prosperidad económica en el país (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010). La salud mental no únicamente se refiere a la ausencia de trastornos mentales o de enfermedades, sino a la práctica de las potencialidades y capacidades en la vida de las personas, a su interacción social y con el medio ambiente, inherentes a la naturaleza del ser humano y que a su vez condicionan su bienestar individual y colectivo (Secretaría de Salud, 2002).

Sin embargo, el trabajo también puede afectar la salud del trabajador, específicamente la mental, al producir algunas afectaciones, como estrés emocional crónico; agotamiento mental; pérdida progresiva del idealismo y la energía; falta de deseo en alcanzar objetivos; comportamientos indiferentes, distantes e incluso lesivos, y sentimientos de culpa (Domínguez et al., 2012). Tales afectaciones pueden ser generalizadas debido a las condiciones y medio ambiente del trabajo.

En el trabajo, el ser humano siempre ha estado expuesto a riesgos físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales que son inherentes al mismo, entre los cuales estos últimos han ido adquiriendo una importancia mundial cada vez mayor (García y Giraldo, 2013).

Dentro de los primeros se encuentran las condiciones de seguridad (instalaciones, maquinaria y herramientas), las características estructurales del lugar de trabajo, los riesgos ambientales, el material escaso y la falta de seguridad (Nieto, 2000), y entre los factores psicosociales, los horarios inflexibles; la mala comunicación con los compañeros de trabajo, la remuneración insuficiente, el trabajo continuo en horarios extensos, la carga física o mental que implica el trabajo, las demandas

laborales excesivas y otros (Carmo et al., 2010). Si a todos los factores mencionados de origen externo (producidos por la institución) se les agregan las demandas de excelencia profesional (como empatía, comprensión y dedicación), el resultado es una elevada exigencia personal (Greig y Fuentes, 2009) que genera agotamiento y conflicto con los valores personales que paulatinamente conducen a la desilusión, la frustración, la desmotivación y, como consecuencia, al desencadenamiento del proceso del llamado síndrome de *burnout* (Loaiza, 2010).

El estrés es una respuesta automática ante cualquier situación que se perciba como una demanda o amenaza y que exige de un rápido cambio, en donde lo más importante no es lo que sucede sino la forma en cómo se percibe (Naranjo, 2009).

El estrés y el burnout presentan matices diferentes, por lo que no se debe confundirlos; el estrés (eustrés) puede incluso aumentar el rendimiento de una persona, ayudarla a enfrentar y resolver de forma adecuada las situaciones de la vida diaria y a desarrollar su máximo potencial, mientras que el burnout siempre tendrá consecuencias negativas (Manzano, 2001); además, el primero hace referencia a procesos breves, en tanto que el burnout es considerado como el resultado de una situación prolongada de desgaste (Arias y Zegarra, 2013).

El burnout va más allá de la actitud, pues afecta la conducta y la condición orgánica, y surge como una respuesta al estrés laboral crónico que padece el trabajador y que involucra un estado de agotamiento físico, emocional y cognitivo (Rodríguez y Rivas, 2011).

Maslach y Jackson (1981) propusieron una clasificación de tres dimensiones o componentes del síndrome de burnout: *a*) despersonalización (DP), que se caracteriza por actitudes negativas, irritabilidad, pérdida de motivación, falta de empatía e incompetencia, insensibilidad, antipatía, etc.; *b*) cansancio emocional (CE), que se define por una pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento, fatiga física o psicológica, y *c*) falta de realización personal en el trabajo (RP), que se describe como respuestas negativas, falta de interés, desmotivación, disminución de la autoestima, inseguridad para alcanzar metas u objetivos, o simplemente su anulación.

En 2008, Graue, Álvarez y Sánchez sugirieron una forma diferente de caracterizar al síndrome de burnout: *a)* agotamiento emocional, fatiga y depresión; *b)* relación de los síntomas con la actividad laboral; *c)* predominancia de estos síntomas en los ámbitos mentales y conductuales sobre el cansancio físico; *d)* aparición de los síntomas en personas normales sin antecedentes “psicopatológicos”, y *e)* ineficiencia y pobre desempeño en el trabajo.

Desde una perspectiva psicosocial, el burnout se concibe como un proceso en el que se concentran diversos factores personales y contextuales que lo convierten en uno de los problemas más complejos de la psicología laboral en la actualidad (Aguirre, 2012). Aparece con mayor frecuencia en los trabajadores implicados en interacciones humanas de carácter intenso y duradero (Vilá et al., 2015) y en la esfera de la prestación de servicios con cargas excesivas de trabajo, como los médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, psiquiatras y otros profesionales (Graue et al., 2008). Específicamente en el área médica, los profesionales de la salud se ven sometidos en una constante tensión emocional debido a la batalla por recuperar la homeostasis del paciente (Torres y Guarino, 2013). En dicha área, estudios como el de Galván et al. (2014) señalan que los médicos con menor antigüedad tienen una mayor tendencia a padecer burnout; sin embargo, hay que considerar que tal resultado puede depender de la capacidad de adaptación que tienen los médicos al ámbito laboral, y en buena medida a la capacidad de la institución para afrontar sus propios conflictos internos.

Los trabajadores que manifiestan el síndrome de burnout durante mucho tiempo pueden sufrir numerosos problemas de salud física y mental, así como un desequilibrio en las áreas laboral, familiar, social, económica y otras (Torres y Guarino, 2013), además de un deterioro en la calidad de servicios que proporcionan, ya que el síndrome de burnout perturba la eficacia personal (Seguel y Valenzuela, 2014). Así, estos trabajadores pueden llegar al extremo de limitar el sentido de su vida y en muchas ocasiones aislarse socialmente por la incompreensión de su propio estado. Si bien los síntomas iniciales pueden ser leves durante la instalación de dicho síndrome, es necesario que los trabajadores puedan identificar plenamente los sín-

tomas y las áreas que se puedan ver afectadas para poder llevar a cabo una intervención adecuada.

Roth y Pinto (2010) señalan que las revisiones clínicas del síndrome de burnout lo muestran como una categoría clínica determinada por una diversidad de síntomas asociados a la depresión, el estrés agudo, la ansiedad y ciertos trastornos de personalidad.

Según Jiménez, González y Garrosa (2001), una vez que se instala el síndrome de burnout en el personal, este puede manifestar síntomas en diferentes áreas personales: cognitivos (pérdida de valores, falta de expectativas, modificación del autoconcepto, distracción, pérdida de la creatividad), conductuales (ausentismo, aumento de la conducta violenta, consumo excesivo de café, alcohol y fármacos, etc.), comportamentales (suicidio, sentimientos de fracaso, falta de competencia personal, carencia de expectativas y horizontes laborales, insatisfacción generalizada, impuntualidad), sociales (evitación de contacto, conflictos interpersonales, aislamiento, evitación profesional) y emocionales; así como impaciencia, deseo de desertar el trabajo, dudas acerca de su propia competencia profesional, baja autoestima, negación de emociones, sentimientos de autocrítica excesiva unidos a una sensación de impotencia, lo que lleva a los trabajadores a la negatividad e irritabilidad) (cfr. Juárez, Haros, Avalos, Guerra y Chacón, 2012; Leka, Griffiths y Cox, 2004).

Un factor importante que se debe mencionar dentro de las afectaciones del síndrome de burnout son las manifestaciones actitudinales ante los pacientes que se deterioran. Como consecuencia este tipo de relaciones, los trabajadores (médicos o enfermeras) pueden reducir la eficacia de su intervención. Las principales actitudes que se manifiestan son desconfianza, apatía, cinismo, ironía hacia los pacientes, familiares y compañeros, hostilidad, escasas verbalizaciones en las interacciones sociales, indiferencia, etc. (Lacasta, Aguirán, Fernández y González, 2008).

Rodríguez (2010) subraya que los estudios hechos en Latinoamérica reportan índices bajos de prevalencia de burnout. Entre los estudios llevados a cabo en México, Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández y Pérez (2009) reportaron una prevalencia de síndrome de burnout en el Hospital Ecatepec de 27%, y de 24% en el Hospital de Cuautitlán. El es-

tudio de Carrillo, Gómez y Espinoza (2012) mostró una prevalencia de 30 a 69% en médicos generales y especialistas, y Pereda, Márquez, Hoyos y Yáñez (2009) encontraron 19.6% de síndrome de burnout en médicos.

Considerando lo anterior, el presente estudio tuvo la finalidad de comparar el síndrome de burnout en dos grupos de trabajadores: personal de salud (enfermeras y médicos) y personal administrativo de una unidad médica de primer nivel, ubicada en la localidad de Zumpango, Edo. de México (México). Es importante señalar que este estudio comparativo con diseño no experimental entre dos grupos de trabajadores tuvo como propósito ofrecer información sobre un sector de trabajadores que no ha sido suficientemente estudiado: el personal administrativo; de igual manera que los médicos, tienen contacto directo y atienden a un gran número de pacientes por día y en muchas ocasiones las relaciones con ellos son conflictivas por las implicaciones derivadas de su trabajo.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra seleccionada estuvo constituida por un total de 58 participantes distribuidos en dos grupos. El primero de ellos, referido como grupo "A", se compuso de los 29 profesionales de salud (enfermeras de medicina preventiva y médicos familiares); el segundo grupo, denotado como grupo "B" se constituyó por 29 participantes del personal administrativo. Ambos grupos eran trabajadores de la referida unidad médica de primer nivel. Todos los participantes fueron voluntarios.

### Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos que se aplicaron individualmente a los participantes:

*Cuestionario de datos sociodemográficos*, que permitió la recolección de datos de variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, número de hijos, horas de trabajo continuo, número de empleos, antigüedad, escolaridad, tiempo de

egreso y distancia de su hogar al trabajo medida en minutos de trayecto.

*Escala de Valoración de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1981), que consta de 22 ítems distribuidos en tres escalas: Cansancio emocional (CE), con nueve ítems; Despersonalización (DP) con cinco, y Realización personal (RP) con ocho. Para obtener los resultados, se suman los ítems de acuerdo a la dimensión. Las dimensiones de CE y DP se suman directamente, mientras que en RP se debe invertir la calificación para que se obtenga la "falta de realización personal".

El instrumento presenta las siguientes categorías: bajo, medio o moderado y alto en cada una de las dimensiones. A CE corresponde el siguiente puntaje: bajo: < 16, moderado: 17-26, y alto > 27; a DP: bajo: < 6, moderado: 7-12, y alto: > 13, y a RP: bajo: > 39, moderado: 38-32 y alto < 31 (Guevara, Henao y Herrera, 2002). En cuanto a la consistencia interna o fiabilidad. Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia (2014) señalaron en su investigación que en los siete estudios hechos en México que especificaron el valor promedio ponderado, este fue de 0.86 en CE, 0.60 en DP y 0.75 en RP. A su vez, Pando, Aranda y López (2015) obtuvieron las siguientes fiabilidades: 0.86 en CE, 0.75 en RP y 0.70 en DP. En la presente investigación, las fiabilidades fueron de 0.83, 0.62 y 0.72, respectivamente.

### Procedimiento

Previamente a la conducción del estudio, se solicitó la autorización a las autoridades de la institución para aplicar los instrumentos ya mencionados. Luego, a cada participante se le dio a firmar una carta de consentimiento informado y se aplicaron individualmente el cuestionario de datos sociodemográficos y la MBI-HSS. Por último, se agradeció su participación voluntaria a cada uno de los participantes.

### Análisis de datos

El análisis de los datos recabados se llevó a cabo mediante estadística descriptiva: media y desviación estándar; la comparación entre los dos grupos

de trabajadores se realizó mediante la *t* de Student de muestras independientes, y con la finalidad de comparar las variables que podrían predecir la presencia de burnout en ambos grupos, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal.

## RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se desarrollaron de la siguiente manera: se compararon los datos sociodemográficos entre los dos grupos de trabajadores, así como los componentes de la escala de valoración del MBI-HSS en ambos grupos de trabajadores, y finalmente los resultados del análisis de regresión lineal, consistentes en la relación

predictiva entre las variables sociodemográficas y los componentes del burnout.

Dentro de la comparación de los datos sociodemográficos, los dos grupos de trabajadores tuvieron una media de edad de 38 años; además, se halló un promedio similar en el número de hijos, antigüedad, número de empleos y demás variables (Tabla 1). Entre ambos grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los mencionados datos, excepto en el grado de escolaridad, en donde los médicos y enfermeras tuvieron un mayor grado de escolaridad (licenciatura, posgrado y especialidad) que los administrativos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $t = 5.24, p = .000$ ).

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas de los grupos participantes.

Variables sociodemográficas	Médicos/enfermeras			Personal administrativo		
	n	M	(DE)	n	M	(DE)
Hombres	4	*	*	5	*	*
Mujeres	25	*	*	24	*	*
Edad	*	38.86	(10.61)	*	38.93	(10.63)
Estado civil						
Soltero	10	*	*	6	*	*
Casado	16	*	*	20	*	*
Unión libre	3	*	*	2	*	*
Divorciado	0	*	*	1	*	*
Número de hijos	*	1	(1.23)	*	1	(0.98)
Horas de trabajo	*	8	(3.54)	*	7	(1.75)
Número de empleos	*	1	(0.78)	*	1	(1.05)
Antigüedad	*	12	(9.32)	*	12	(8.10)
Escolaridad						
Secundaria	0	*	*	1	*	*
Preparatoria	0	*	*	19	*	*
Licenciatura	17	*	*	8	*	*
Posgrado	9	*	*	1	*	*
Especialidad	3	*	*	0	*	*
Tiempo de egreso de su profesión en años	*	14	(16.10)	*	16	(10.16)
Transporte en minutos del hogar al trabajo	*	43	(27.61)	*	39	(37.18)

Nota: \*Datos superfluos.

En cuanto a la valoración del síndrome de burnout por componentes, la Tabla 2 muestra la calificación que obtuvo la población total en términos de

porcentajes respecto a los componentes del MBI-HSS en ambos grupos de trabajadores.

**Tabla 2.** Calificación obtenida por la población total (en porcentaje) en los componentes del MBI-HSS en los dos grupos.

Nivel de calificación	Personal administrativo			Médicos/enfermeras		
	Componentes del MBI-HSS			Componentes del MBI-HSS		
	CE	DP	RP	CE	DP	RP
Alto	10.34	20.68	20.68	10.34	3.44	6.89
Moderado	17.24	27.58	13.79	6.89	20.68	13.79
Bajo	72.41	51.72	65.51	82.75	75.86	79.31

Nota: CE = Cansancio emocional, DP = Despersonalización, RP = Realización personal.

Se puede apreciar que la mayoría del personal administrativo y el de salud estudiados se encuentra con niveles bajos de burnout; sin embargo, hubo trabajadores ubicados en niveles altos y medios, sobre todo del personal administrativo.

Respecto a los niveles promedio en que se hallaban ambos tipos de trabajadores, el personal administrativo se ubicó en un nivel bajo en CE y moderado en los componentes DP y RP. Un nivel moderado en cualesquiera de los tres componentes del síndrome de burnout significa que los trabajadores manifiestan algunas afectaciones conductuales, emocionales, sociales o cognitivas en dichos componentes, considerables en cuanto a la disminución de su calidad de vida; a su vez, el personal de médicos y enfermeras se mantuvo en un promedio bajo en las tres dimensiones (9.79, 4.27 y 40.96, respectivamente).

En el análisis de las comparaciones entre el puesto y los componentes de la escala de valoración del MBI-HSS, los resultados fueron los siguientes: en el componente de CE no hubo diferencias significativas ( $t = -.86, p = .390$ ), al igual que en el componente de RP, en el que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $t = 1.60, p = .115$ ). No obstante, en el componente de DP se asume que existen en efecto diferencias significativas ( $t = -2.3, p = .025$ ), obteniendo una mayor puntuación los trabajadores administrativos, lo que significa que estos últimos, a diferencia del personal de salud, son más susceptibles a manifestar actitudes de frialdad y distanciamiento, sentimientos de impotencia, desafecto y apatía con los pacientes, lo que claramente puede disminuir la calidad del trabajo proporcionado a los mismos, originando con ello afectaciones a otras áreas de la institución de salud.

La regresión lineal sirve como referencia para conocer si las variables sociodemográficas tomadas en cuenta en este estudio ayudan a predecir

la presencia de los componentes del burnout en los diferentes grupos de trabajadores ya que, como se pudo observar anteriormente, hubo una diferencia significativa en la categoría de DP a favor de los trabajadores administrativos. Los resultados de la regresión señalan lo siguiente: a) en el personal de salud se encontraron relaciones significativas de las variables Tiempo de egreso y Distancia hogar-trabajo que predicen en 32.2% la presencia de DP. b) En el personal administrativo se halló que la escolaridad predice en 20.8% la DP y en 20.5% el CE, en tanto que la distancia hogar-trabajo predice en 16.5% el CE; por último, la distancia al trabajo también afecta en 16.5% la falta de RP.

Las variables sociodemográficas restantes, como el sexo, estado civil, edad, número de hijos, horas de trabajo y número de empleos, no resultaron predictoras de ninguna de las dimensiones del burnout.

## DISCUSIÓN

Múltiples investigaciones hacen referencia de que el personal de salud (médicos y enfermeras) es más vulnerable a padecer síndrome de burnout, y un ejemplo claro se encuentra en la investigación de Feliciano, Kobacs y Wanick (2005), que refieren que dichos profesionales están por lo regular tan comprometidos a brindar soluciones a los problemas de salud de los pacientes que tienden al agotamiento emocional, depresión y sentimientos de insuficiencia.

Afortunadamente, en el presente estudio predominó un bajo nivel de burnout en ese personal, seguido por los niveles medio y alto. No obstante, si se consideran las indicaciones del instrumento, que señalan que alcanzar el nivel moderado en cualquiera de los componentes implica sufrir afecciones psicológicas que requieren atención, en-

tonces hasta una quinta parte del personal de salud cumple tal condición, especialmente por las puntuaciones elevadas en la despersonalización. La comparación de estos resultados con otros estudios permite hallar convergencias y divergencias; por ejemplo, respecto al estudio de Aranda, Pando, Torres, Salazar y Franco (2005), hecho en población mexicana, los participantes del presente estudio mostraron menos cansancio y más despersonalización, pero al comparar estos datos con los obtenidos por Galván et al. (2014) con médicos en Argentina, se encuentra menos cansancio y menos despersonalización.

En cuanto a las variables sociodemográficas asociadas al burnout en los profesionales de salud, destacaron el tiempo de egreso de los estudios y la distancia entre el hogar y el trabajo; sin embargo, estos datos no coinciden con los de otros estudios (Aranda et al., 2005; Galván et al., 2014), que han encontrado distintas variables asociadas, tales como ser soltero, estar sobrecapacitado para el puesto, tener mayor antigüedad en la institución y cubrir guardias o jornadas mayores de 36 horas. Lo anterior sugiere que los factores asociadas al burnout pueden variar de acuerdo a los contextos laborales o geográficos, por lo que se requerirían estudios transculturales.

En el caso del personal administrativo de la institución, también se halló una tendencia hacia los niveles bajos de burnout, con variaciones en sus componentes. El cansancio emocional se ubicó en un nivel bajo, mientras que la despersonalización y la falta de realización personal lo hicieron en niveles moderados. Al comparar estos resultados con los datos obtenidos de otros trabajadores administrativos, el porcentaje de burnout en la muestra de estudio osciló entre 10 y 21%, mientras que en el estudio de De los Ríos, Ocampo, Laneros, Ávila y Tristán (2007), hecho en el personal administrativo educativo de San Luis Potosí, rebasó en 50% los niveles altos, lo que evidencia la necesidad de realizar otros estudios con muestras de diferentes perfiles administrativos que hagan posible dilucidar si los resultados dependen del área de trabajo. En esta investigación, los factores asociados al burnout del personal administrativo fueron la mayor distancia al trabajo y una menor escolaridad, pero en el estudio referido de De los Ríos et al. (2007) tales aspectos fueron distintos:

sexo femenino, mayores de 36 años, casadas, con una antigüedad mayor a 15 años e insatisfacción laboral.

En cuanto a la comparación entre los dos tipos de personal con los componentes del inventario utilizado, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de trabajadores en el componente de despersonalización, donde el personal administrativo alcanzó mayores índices. A este respecto, Llorens, García y Salanova (2005) señalan las consecuencias que ello tiene en el servicio a los usuarios, pues la despersonalización se caracteriza por actitudes negativas, insensibilidad hacia los usuarios del servicio y respuestas de tipo impersonal; en otras palabras, por un endurecimiento afectivo.

Es importante mantener una línea de investigación del burnout en el país, ya que los resultados del personal administrativo de la presente investigación muestran un mayor riesgo de padecerlo, lo que indica que los médicos no son los únicos trabajadores vulnerables ante tal síndrome; de hecho, cualquier trabajador puede sufrir estrés, ante el cual reacciona de diferentes formas para afrontarlo según los recursos de que dispone (Oswaldo, Días, Rueda y Filho, 2012).

El personal de salud y el administrativo tuvieron una percepción diferente acerca de sus actividades laborales. Es importante referir que durante las aplicaciones a los participantes, algunos miembros del primero de estos dos grupos señalaron que el trabajo implicaba para ellos un lugar de distracción a los problemas familiares y que disfrutaban su labor; por el contrario, los comentarios de los del segundo fueron en el sentido de que su trabajo les provocaba tensiones constantes.

Un punto importante en la investigación es que una de las variables sociodemográficas importantes fue la escolaridad, que mostró una influencia significativa en el análisis predictivo, de tal forma que una mayor escolaridad se asocia con una menor despersonalización. Se requiere, pues, de investigaciones más acuciosas que indiquen de qué manera actúa la educación en ese sentido; es posible que la educación y la profesión (enfermería o medicina), tareas exigentes de suyo, pueden formar parte de un plan de vida y generar un mayor disfrute; en cambio, el personal administrativo, con menos preparación y reconocimiento,

debe mantener metas y objetivos claros para su desarrollo personal y profesional que les hagan posible desempeñarse en áreas laborales según sus habilidades, condiciones físicas, preparación académica, deseos, aptitudes, personalidad y otros factores.

Otras variables sociodemográficas, como la edad, las horas de trabajo o el número de hijos no resultaron ser relevantes. De esta manera el burnout no depende de esas variables, sino de cuestiones personales y del propio carácter del trabajo, como el número de pacientes atendidos, la relación entre el personal y el paciente, el significado laboral, el reconocimiento laboral, etcétera.

Estos resultados no se anticipaban ya que en algunas investigaciones (Aranda, Pando, Velázquez, Acosta y Pérez, 2003; Feliciano et al., 2005; Guevara et al., 2002) hallan que variables sociodemográficas tales como la edad, el sexo, el número de trabajos o las horas de la jornada laboral pueden influir directamente en la vulnerabilidad de los trabajadores para padecer el síndrome de burnout.

En conclusión, en el área de la salud se desempeñan tanto profesionales de salud como personal administrativo, no obstante lo cual el estudio de burnout se ha centrado en los primeros. Por tal motivo, se comparó el burnout en ambos tipos de trabajadores, encontrando que predomina el nivel bajo y moderado y que la diferencia se encuentra en la despersonalización, en la que el

personal administrativos muestra más frialdad y distanciamiento y menos empatía hacia los usuarios, lo que puede estar asociado a su menor escolaridad, el mayor tiempo de egreso y la distancia del hogar al trabajo.

Tal comparación muestra la importancia de atender no solo a los médicos y enfermeras, sino también al personal administrativo como un eslabón importante en los servicios de salud, el cual generalmente atiende a una gran cantidad de usuarios y constituye el primer contacto que brinda información y realiza los trámites necesarios para emprender las acciones de intervención sanitaria necesarias en el cuidado de la salud. Dicho personal requiere apoyo para adaptarse a las exigencias de su trabajo, de manera que pueda dirigir y afrontar sus actividades diarias en los ámbitos personal, familiar, organizacional y social.

En consecuencia, se sugiere que en futuras investigaciones se trabaje con muestras representativas del sector salud, abordar los estilos de afrontamiento y emplear diferentes tipos de profesionistas y trabajadores y profundizar en la variable de escolaridad. Asimismo, sería conveniente complementarlas con una aproximación cualitativa que permita indagar cuestiones relacionadas al significado, representaciones y carga afectivo-emocional sobre el trabajo que realiza cada tipo de empleado y los diferentes tipos de trato entre ellos y los pacientes.

## REFERENCIAS

- Aguirre, J. (2012). Organización, expectativas y salud mental. Un análisis psicosocial en el contexto universitario. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 24, 37.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J. y Franco, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(3), 1-9.
- Aranda, C., Pando, M., Velázquez, I., Acosta, M. y Pérez, M. (2003). Síndrome de burnout y factores. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(4), 193-199.
- Arias, W.L. y Zegarra, J. (2013). Clima organizacional, síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de un hospital oncológico de Arequipa. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 15(1), 37-54.
- Carmo, M., Chaves, M., Barcellos, R., Almeida, L., Oliveira, I., y Pedrao, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52-64.
- Carrillo, R., Gómez, K. y Espinoza, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 2(28), 578-584.
- De los Ríos C., J.L., Ocampo M., M., Landeros L., M., Ávila R., T.L. y Tristán A., L.A. (2007). Burnout en personal administrativo de una dependencia gubernamental: Análisis de sus factores relacionados. *Investigación y Ciencia*, 37, 26-34.
- Domínguez, J., Herrera, F., Villaverde, M., Padilla, I., Martínez, M. y Domínguez, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*, 44(1) 30-35.

- Feliciano, K., Kobacs, M. y Wanick S. (2005). *Los sentimientos de los profesionales del servicio de emergencias pediátricas: reflexivos sobre burnout*. Pernambuco (Brasil): Universidad de Pernambuco.
- Fernández, N. (2002). El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. *Cuadernos de Gestión*, 2(1), 65-90.
- Galván M., E., Vassallo J., C., Rodríguez, S., Otero, P., Montonati, M.M., Cardigni, G., Buamscha, D.G., Rufach, D., Santos, S., Moreno, R.P. y Sarli, M. (2014). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 53(1), 29-36.
- García, C. y Giraldo, J. (2013). *Burnout en personal de salud*. Tesis de doctorado. Medellín (Colombia): Universidad CES. Disponible en línea: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1842/2/Burnout\\_personal\\_de\\_salud.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1842/2/Burnout_personal_de_salud.pdf).
- Graue, E., Álvarez, R. y Sánchez, M. (2008). *El síndrome de burnout: la despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional*. México: Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V.
- Greig, D. y Fuentes, X. (2009). Burnout o agotamiento en la práctica diaria de la medicina. *Revista Chilena de Cardiología*, 28(4), 403-407.
- Guevara, C., Henao, D. y Herrera, J. (2002). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*, 35(4), 173-178.
- Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.): *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A. y Placencia, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37, 159-176.
- Juárez, M., Haros, Y., Avalos, J., Guerra, R. y Chacón, S. (2012). Factores de riesgo relacionados con el síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Cultura Científica y Tecnológica*, 57, 289-296.
- Lacasta, M., Aguirán, P., Fernández, E. y González, M. (2008). Consecuencias del síndrome del burnout. En M. González, M. Lacasta y A. Ordoñez (Eds.): *El síndrome de agotamiento profesional en oncología* (pp. 35-42). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T. (2004). *Work organisation and stress. Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representative*. Nottingham, UK: University of Nottingham.
- Llorens, S., García, M. y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y Organizaciones*, 21(1-2), 55-70.
- Loaiza, E. (2010). Las organizaciones tóxicas: consecuencia fatal de una organización exitosa que pierde su camino. *UNACIENCIA, Revista de Estudios e Investigaciones*, 4, 1-12.
- Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. Dirección y organización. *Revista de Ingeniería de Organización*, 15, 1-12.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista de Educación*, 33(2), 171-190.
- Nieto, H. (2000). *Salud laboral: la salud de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Disponible en línea: [www.fined.uba.ar/depto/sal\\_seg/la\\_salud\\_de\\_los\\_trabajadores\\_de\\_la\\_salud.pdf](http://www.fined.uba.ar/depto/sal_seg/la_salud_de_los_trabajadores_de_la_salud.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelos de la OMS. Contextualización, prácticas y literaturas de apoyo*. Disponible en línea: [http://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf).
- Oswaldo, Y., Días, E., Rueda, V. y Filho, O. (2012). Impacto de los estresores laborales en los profesionales y en las organizaciones análisis de investigaciones publicadas. *Invenio*, 29(15), 67-80. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87724146007>.
- Pando, M., Aranda, C. y López, M. (2015). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países latinoamericanos. *Ciencia y Trabajo*, 52, 28-31.
- Pereda, L., Márquez, F., Hoyos, M. y Yáñez, M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32(5), 1-6.
- Rodríguez, C., Oviedo, A., Vargas, M., Hernández, V. y Pérez, M. (2009). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, 19, 179-193.
- Rodríguez, M. (2010). Burnout: un fenómeno creciente. *Psicología desde el Caribe*, 26, 17-20. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039001>.
- Rodríguez, R. y Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 1-17.

- Roth, E. y Pinto, B. (2010). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la ciudad de La Paz. *Ajayu*, 8(2), 62-100.
- Secretaría de Salud (2002). *Programa de Acción en Salud Mental*. México: SS. Disponible en línea: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm\\_intro.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf).
- Seguel, F. y Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome de burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 119-127.
- Torres, B. y Guarino, L. (2013). Diferencias individuales y burnout en médicos oncólogos venezolanos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 95-104.
- Vilá, M., Cruzate, C., Orfila, F., Creixell, J., González, M. y Davins, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria. *Atención Primaria*, 45(1), 14-26.

# Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos

## *Relations between quality of life, sociodemographic and health factors in Colombian elderly*

*Stefano Vinaccia Alpi<sup>1</sup>, Fernando Riveros Munévar<sup>2</sup>,  
Leonardo García-Rincón<sup>3</sup>, Japcy Margarita Quiceno<sup>4</sup>,  
Olga Viviana Martínez<sup>1</sup>, Alejandra Martínez<sup>1</sup> y Kimberly Reyes<sup>1</sup>*

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue analizar las relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en 150 adultos mayores colombianos. Fue un estudio descriptivo correlacional, con ejercicios de comparación de grupos a los cuales se aplicaron diversos instrumentos que miden las variables de interés. Los resultados mostraron puntuaciones altas en placer y resiliencia, y bajas en ansiedad, depresión y dolor. El 92.7% de los participantes mostró riesgo de dependencia de otros para la ejecución de sus funciones. Las personas viudas y casadas tuvieron mayores puntuaciones en placer. Aquellos que vivían solos tuvieron una calidad de vida desfavorable; quienes tenían una actividad laboral y estudiaban reportaron mayor placer y autorrealización. Las personas pertenecientes al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales exhibieron menor resiliencia, calidad de vida, autorrealización y control, y una mayor percepción de dolor. Finalmente, hubo relaciones positivas entre calidad de vida y resiliencia. La ansiedad correlacionó negativamente con control y resiliencia, y la depresión con control, autorrealización, calidad de vida y resiliencia. Se concluye que los adultos mayores refieren mejor calidad de vida en condiciones tales como realizar alguna actividad laboral o académica, contar con una afiliación a un sistema de salud y vivir en compañía.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Resiliencia; Ansiedad/depresión; Riesgo de dependencia; Actividades de la vida diaria; Dolor.

### ABSTRACT

*The aim of this descriptive-correlational study, with a group comparison, was to evaluate the relationships between quality of life, sociodemographic and health factors in 150 Colombian elderly adults residents of Bogotá. Participants completed a series of questionnaires in order to measure the variables of interest. The results showed high scores on pleasure and resilience, and low scores on anxiety, depression, and pain. Almost 93% of participants, however, showed a risk of dependency on others for functioning properly. Older widows and married people had higher scores on pleasure and people living alone had a diminished quality of life. Similarly, participants who worked and studied reported higher pleasure and self-realization. Participants belonging to social welfare (SISBEN) showed lower resilience, quality of life, self-realization, and control, as well as greater perception of pain. Finally, there were positive associations between quality of life and resilience; the anxiety response was negatively correlated with control and resilience, and depression negatively correlated with control, self-actualization, quality of life, and resilience. In conclusion, older adults*

<sup>1</sup> Fundación Universitaria Sanitas, Carrera 7, Núm. 173-64, Bogotá, Colombia, tel. (57)15-89-53-77, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com. Artículo recibido el 19 de mayo y aceptado el 28 de agosto de 2017.

<sup>2</sup> Universidad de San Buenaventura, Carrera 8H, Núm. 172, raya 20, Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Universidad El Bosque, Av. Carrera 9, Núm. 131 A-02, Edificio Fundadores, 2º Piso, Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Universidad de Medellín, Carrera 87, Núm. 30 – 65, Medellín, Colombia.

*report better quality of life when performing some work or academic activity, have healthcare, and live in company.*

**Key words:** Quality of life; Resilience; Anxiety/depression; Risk of dependence; Activities of daily living; Pain.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que afecta a numerosos países desarrollados y en vías de desarrollo. En el año 2015 había 901 millones de adultos mayores de 60 años, un aumento de 48% respecto al porcentaje correspondiente al año 2000, calculado en 607 millones. Se prevé que esta cifra crezca en 56% en el año 2030 y que en 2050 tenga el doble del tamaño que tenía en 2015, llegando a casi 2.1 mil millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En Colombia, según Dulcey, Arrubla y Sanabria (2013), los 4,964,793 adultos mayores de 60 años correspondían en 2013 a 10.5% de la población; de ese total, 650,000 sobrepasaban los 80 años. El Global Aging Institute [CGA] (2017) señala que entre los años 2010 y 2036 los mayores de 65 años en Colombia pasarán de ser 6% de la población a 15%, un porcentaje que Estados Unidos demoró 69 años en alcanzar, y 115 Francia. De este porcentaje, se calcula que solo una de cada cuatro personas en Colombia recibirá pensión, y una de cada siete tratándose de mujeres; además, 44% de los adultos mayores de 65 años serán de bajos recursos –la tasa más alta de toda América–; por otro lado, las proyecciones poblacionales plantean que en el año 2050 Colombia tendrá cerca de 14.1 millones de adultos mayores de 60 años viviendo en su territorio, equivalente a casi una cuarta parte de la población (Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

La calidad de la atención que reciben las personas que envejecen en Colombia varía según el lugar donde viven, pues aquellas que residen en las zonas altamente urbanizadas pueden recibir una atención de buena calidad, mientras que los habitantes de las zonas rurales y en las regiones del sur y del norte están expuestos al desempleo, los bajos ingresos, la desigualdad de acceso a la aten-

ción médica, el tráfico de drogas y los conflictos armados (Gómez, Curcio y Duque, 2009).

El reto para los estudios sobre el envejecimiento es entender cómo las condiciones asociadas con él no únicamente dependen de variables de tipo físico o fisiopatológicas que pueden producir enfermedades o fragilidad progresiva, sino también de factores psicológicos, cognitivos y sociales que, por el contrario, podrían contribuir a un proceso positivo en la vejez en el que la salud, el bienestar, las fortalezas personales y el placer pueden ser parte de la calidad de vida (Fontes y Neri, 2015).

Por otro lado, la calidad de vida, como un constructo multidimensional, es potencialmente influida positivamente por diversas variables, incluyendo las sociodemográficas (ingreso familiar y nivel de escolaridad) (Poli et al., 2016), la percepción del apoyo familiar (Hoogendijk et al., 2016), las relaciones con la familia y los amigos (Cornwell, 2016), la vida social y las actividades de ocio (Nimrod y Shrira, 2016), la resiliencia y las emociones positivas (Cárdenas y López, 2011; Smith y Hollinger-Smith, 2015; Zen y Shen, 2010), y negativamente por otras variables, como los síntomas depresivos, la ansiedad, el dolor, la fragilidad y el estrés (Gómez, Curcio y Henao, 2012).

Los estudios desarrollados en Colombia han investigado la calidad de vida de adultos mayores en diferentes contextos y estados físicos (Cano, Borda, Arciniegas y Parra, 2014; Cardona, Álvarez y Pastrana, 2012; Cardona, Estrada y Agudelo, 2006), su autopercepción (Ocampo, Zapata, Cubides, Curcio y Villegas, 2013), las relaciones entre el estatus socioeconómico y la calidad de vida (Lucumi, Gómez, Browson y Parra, 2014), la depresión (Bacca, Gonzales y Uribe, 2005), la fragilidad (Curcio, Henao y Gómez, 2014), la discapacidad (Agudelo, Ayala y Ríos, 2009) y la resiliencia (Bennett, Reyes, Altamar y Soulsby, 2016).

También está en proceso de desarrollo el proyecto de investigación SABE Colombia, con el cual se pretende medir la antropometría, la presión arterial, la función física y las medidas bioquímicas y hematológicas, las características de los cuidadores familiares y la calidad de vida, entre otras variables, de más de 23 mil adultos mayores (Gómez, Corchuelo, Curcio, Calzada y Méndez, 2016).

En 2002, la OMS introdujo el concepto de “envejecimiento activo”, definiéndolo como el proceso en el cual se optimizan las oportunidades para promover la salud, la participación y la seguridad de las personas que están en dicho proceso de envejecimiento. Al respecto, Kahana, Kelley-Moore y Kahana (2012) desarrollaron el Modelo Proactivo de Éxito en el Envejecimiento, con base en el cual la calidad de vida de estas personas podría relacionarse con la utilización de recursos internos y externos para afrontar de una forma proactiva los retos que conlleva el envejecimiento (cf. Fedeli, 2014).

A partir de lo anterior, y ante la escasa investigación nacional en torno a los datos de calidad de vida en adultos mayores y sus variables relacionadas, el objetivo de este estudio descriptivo, correlacional y con ejercicios de comparación de grupos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), fue analizar las relaciones entre la calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos.

## MÉTODO

### Participantes

Por medio de un muestreo no aleatorio por sujetos disponibles y teniendo en cuenta como criterios de inclusión que fueran mayores de 60 años, residentes en la ciudad de Bogotá, sin alteraciones neurocognitivas, participaron en este estudio 150 adultos mayores de entre 60 y 98 años de edad ( $M = 72.4$ ,  $D.T. = 7.3$ ), de los cuales 68 fueron hombres (45.3%) y 82 mujeres (54.7%). La mayoría pertenecían al estrato socioeconómico colombiano de 1 a 4 (bajo y medio). Gran parte de la muestra era casada (48%), 20% era viuda y 13.3% soltera. De los participantes, 78.7% vivían con familiares, mientras que 19.3% vivían solos. Cabe señalar que, en Colombia, las personas pueden estar adscritas a diferentes sistemas de salud, como el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la medicina prepagada (servicio de salud que garantiza y cubre más de lo que ofrece el Plan Obligatorio de Salud). En este estudio, 78.7% de

los participantes estaba adscrito a una EPS, 17.3% al SISBEN, 4% a medicina prepagada y 60% consumía medicamentos regularmente. Cabe señalar que la muestra se obtuvo mediante un convenio con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) de la ciudad de Bogotá.

### Instrumentos

*Escala de Calidad de vida CASP-19.* Desarrollada por Hyde, Wiggins, Higgs y Blane (2003), en esta investigación se usó la versión experimental colombiana de Vinaccia (2010), que comprende 19 ítems que se agrupan en cuatro dimensiones: control, autonomía, placer y autorrealización, y además una escala total. El sistema de respuesta es de tipo Likert de cuatro puntos, que va de “frecuentemente” a “nunca”. En este estudio, la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.815.

*Cuestionario de Resiliencia del CLHLS.* La versión experimental colombiana de Vinaccia (2010), derivada del Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (Zeng y Shen, 2010), es un cuestionario tipo Likert de cinco ítems que mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,755.

*Cuestionario Breve de Tamizaje de Depresión y Ansiedad (PHQ-4).* Desarrollado por Kroenke, Spitzer, Williams y Lowe (2009), retoma del DSM-IV los dos criterios principales para estas patologías y los puntúa en una escala de 0 (“casi ningún día”) a 3 (“casi todos los días”), con una puntuación máxima de 12. En el presente estudio se usó la versión estandarizada en Colombia de Kocalevent, Finck, Jiménez, Sautier y Hinz (2014), con un índice de confiabilidad de 0.84. El coeficiente alfa de Cronbach en el presente estudio fue de 0.636.

*Cuestionario de Barber (CB).* Desarrollado por Barber, Wallis y McKeating (1980), se empleó aquí la versión española de Larragoita y Larragoita (1996). El CB es una escala autoadministrada que mide el riesgo de dependencia a otras personas. Comprende nueve ítems que se responden en un sistema de verdadero/falso, con puntuaciones de 0 a 1, donde un punto o más sugiere situaciones de riesgo. En esta investigación, el cuestionario mostró un coeficiente alfa de Cronbach de .668.

*Índice de Katz.* Elaborado por Katz, Ford, Moscovitz, Jackson y Jaffe (1963), se utilizó en este estudio la versión española de Álvarez et al.

(1992). Este instrumento mide la valoración que hace la persona de las actividades de la vida diaria, y está heteroadministrado con seis ítems dicotómicos y con puntuaciones que van de 0 (cuando la actividad es realizada de forma independiente) a 1 (cuando la actividad se realiza con ayuda o no se realiza). La puntuación se estima por grados, siendo los grados A-B o 0-1 puntos iguales a la ausencia de incapacidad o incapacidad leve: los grados C-D o 2-3 puntos a una incapacidad moderada, y los grados E-G o 4-6 puntos a una incapacidad severa. En este estudio, los datos de confiabilidad según el coeficiente alfa de Cronbach arrojaron un coeficiente alfa de .914.

*Escala Visual Analógica (EVA).* Este instrumento se compone del dibujo de una línea vertical de diez centímetros en la que la persona indica el nivel de percepción de dolor sobre la misma, de manera que va de 1 a 10 puntos. Las puntuaciones cercanas al extremo inferior de la línea indican una percepción menor de síntomas de dolor y las que se hallan cerca del extremo superior de la línea muestran una mayor percepción.

*Ficha de datos sociodemográficos.* La ficha de datos sociodemográficos permite recoger información sobre edad, género, estrato, ocupación, personas con quién vive el participante y condiciones de salud.

## Procedimiento

Antes de empezar la fase de campo de la investigación, que implicaba la aplicación de las pruebas psicométricas, se llevó a cabo el proceso de adaptación cultural de las mismas, según los criterios de Alexandre y Guirardello (2002). Con el CAPS- 19, el CLHS, el Barber y el Índice de Katz el trabajo de adaptación cultural consistió en la aplicación de las pruebas a un grupo de diez adultos mayores de ambos sexos que, luego de responderlas, fueron entrevistados para identificar palabras o preguntas de difícil comprensión, evaluar su aceptabilidad y hacer comentarios sobre ellas de una forma general, registrándose además el tiempo necesario para completarlas y la comprensión del sistema de respuesta de cada ítem. No se ha-

llaron dificultades que ameritaran hacer cambios, pues los diez participantes reportaron entender los ítems en todos los instrumentos psicométricos así evaluados. Luego de la explicación del propósito de la investigación, de la aceptación y firma del formato de consentimiento informado por parte de cada adulto mayor, se aclararon también algunas consideraciones éticas, como la confidencialidad, y se diligenciaron las pruebas de manera individual con la ayuda del investigador a cargo. La duración aproximada de la aplicación de los instrumentos psicométricos fue de una hora y treinta minutos. Los datos obtenidos se integraron a una base de datos y se analizaron a través del paquete estadístico SPSS, versión 24.

## RESULTADOS

Para el análisis descriptivo de la edad y las variables de salud (calidad de vida, resiliencia, ansiedad y depresión, riesgo de dependencia, actividades de la vida diaria y dolor) se utilizó la media como medida de tendencia central. Asimismo, se calcularon la desviación típica y las puntuaciones mínimas y máximas de las diferentes dimensiones de los instrumentos psicométricos utilizados; respecto a las variables nominales, se emplearon porcentajes (riesgo de dependencia e Índice de Katz para actividades de la vida diaria).

Para determinar la distribución de las variables numéricas se usó el análisis de Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que todas ellas se distribuyeron de forma no normal ( $p < .05$ ), por lo cual los análisis estadísticos realizados para cumplir con los objetivos de la investigación fueron hechos a partir de pruebas no paramétricas. Para el análisis de las diferencias de las variables de salud según los actores sociodemográficos se utilizaron la prueba de U de Mann-Whitney (umw) y la de Kruskal-Wallis (kw) en el caso de las variables polinómicas; por último, se empleó la prueba de Sperman para el análisis de correlación entre las variables de salud y las numéricas del estudio. En la Tabla 1 se muestran los datos descriptivos de las variables numéricas en salud.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las variables CVRS, resiliencia, ansiedad, depresión y dolor.

VARIABLES	Media	D.T.	Mín.	Máx.
CASP-19: CVRS				
<i>Control</i>	7.87	2.93	0	12
<i>Autonomía</i>	8.96	2.74	0	15
<i>Placer</i>	10.04	2.36	0	12
<i>Autorrealización</i>	13.09	3.63	0	18
<i>Escala total</i>	39.96	9.06	0	55
CLHLS: <i>Resiliencia</i>	19.10	4.28	0	25
PHQ-4: <i>Ansiedad</i>	1.13	1.29	0	6
PHQ-4: <i>Depresión</i>	1.09	1.28	0	6
VAS: <i>Dolor</i>	2.19	2.20	0	10

Al compararse la media con los mínimos y máximos, los datos de la tabla muestran puntajes medios en control, autonomía y autorrealización, y puntajes altos en placer y resiliencia, así como bajos en ansiedad, depresión y dolor en la escala general de calidad de vida. En la Tabla 2 se muestra la tendencia en las variables Riesgo de dependencia y Actividades de la vida diaria.

**Tabla 2.** Frecuencias en el riesgo de dependencia y las actividades de la vida diaria.

Riesgo dependencia	Frec.	%	% acum.
Actividades de la vida diaria	11	7.3	7.3
Riesgo de dependencia	139	92.7	100.0
Total	150	100.0	
<b>Total AVD</b>			
0	128	85.3	85.3
1	10	6.7	92.0
2	1	.7	92.7
3	1	.7	93.4
4	3	2.0	95.4
5	4	2.7	98.1
6	3	1.9	100.0
Total	150	100.0	

Los datos en la Tabla 2 refieren que 92,7% de la muestra presentó un riesgo de dependencia a otros para la ejecución de sus funciones, y en el Katz se halló que 92% refirió no tener incapacidad o padecía una incapacidad leve, 1,4% mostró una incapacidad moderada y el 6,7% restante, una discapacidad severa para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

## Diferencias de las variables de salud según las características sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que presentaron diferencias significativas respecto a las variables de salud fueron, a saber: género, estado civil, personas con quienes vive, ocupación, tratamiento farmacológico y sistema de salud adscrito.

**Género.** La variable de género se analizó a través de la prueba umw. No se encontraron diferencias significativas ( $p > .05$ ) con las puntuaciones de las variables de salud (tiempo de diagnóstico; riesgo de dependencia; CAPS-19 control, autonomía, placer, autorrealización, placer y escala total; actividades de la vida diaria; resiliencia, y dolor). Sin embargo, se hallaron diferencias en los promedios de la variable de ansiedad (hombres = 68.48 y mujeres = 81.32;  $p < .05$ ), lo que sugiere que los hombres que participaron en el estudio mostraron ser más ansiosos que las mujeres.

**Estado civil.** La variable “estado civil”, de naturaleza nominal politómica de cinco categorías (soltero, casado, separado, unión libre y viudo), se analizó con la prueba kw. Se encontró que la dimensión de placer del CASP-19 exhibió diferencias significativas ( $kw = 10.35$ ;  $p < .05$ ) con las categorías de viudo ( $M = 87.07$ ), casado ( $M = 78.47$ ) y soltero ( $M = 51.05$ ), indicando que las mujeres viudas y casadas tuvieron mayores puntuaciones respecto a las personas solteras.

**Con quién vive.** Esta variable contó con tres categorías (solo, con familiares, con amigos), y el análisis se realizó a partir del estadístico no paramétrico kw. Se encontraron diferencias significativas de la dimensión de control del CASP-19 ( $kw = 7.74$ ;  $p < .01$ ) con las categorías *con amigos* ( $M = 81$ ) y *con familiares* (Media = 79.15); la media más baja la obtuvieron quienes vivían *solos* ( $M = 58.17$ ). Asimismo, se encontraron diferencias significativas de la dimensión de autorrealización del CASP-19 ( $kw = 8.78$ ;  $p < .05$ ), con las categorías *con amigos* ( $M = 95.50$ ), seguida de las personas que viven *con la familia* ( $M = 79.51$ ); las puntuaciones medias más bajas las tuvieron quienes vivían *solos* ( $M = 54.28$ ). Finalmente, la escala total del CASP-19 tuvo diferencias significativas ( $kw = 7.41$   $p < .05$ ), con las categorías vivir con *amigos* ( $M = 124$ ) y con *familiares* ( $M = 79.51$ ), obteniendo las pun-

tuaciones medias más bajas quienes vivían *solos* ( $M = 51.22$ ).

**Ocupación.** Esta variable constó de seis categorías (empleado, trabajador independiente, jubilado, desempleado, ama de casa y trabaja y estudia). El análisis se realizó a partir del estadístico no paramétrico kw. Hubo diferencias significativas de la dimensión placer del CASP-19 ( $kw = 16.75: p < .01$ ) con las categorías *trabaja y estudia* ( $M = 121.50$ ), *empleado* ( $M = 80.58$ ), *trabajador independiente* ( $M = 56.15$ ), *jubilado* ( $M = 79.80$ ), *desempleado* ( $M = 54$ ) y *ama de casa* ( $M = 87.91$ ). Hubo también diferencias significativas de la dimensión de autorrealización del CASP-19 ( $kw = 12.55: p < .05$ ) con la categoría *empleado*, que tuvo la puntuación media más alta ( $M = 97.50$ ) respecto a quienes trabajaban y estudiaban ( $M = 95.5$ ) y los desempleados ( $M = 54.79$ ). Por último, la escala total del CASP-19 también tuvo diferencias significativas ( $kw = 12.48: p < .05$ ) con las categorías *trabaja y estudia* ( $M = 124$ ), seguidas de *empleado* ( $M = 94.42$ ) y *desempleado* ( $M = 52.47$ ).

**Tratamiento farmacológico.** Esta variable sociodemográfica, de naturaleza nominal dicotómica, se analizó con la prueba umw. Se encontraron diferencias significativas a partir del diagnóstico ( $umw = 508: p < .05$ ), habiendo un mayor puntaje promedio de diagnóstico en los que se hallaban en tratamiento farmacológico ( $M$  Con Tratamiento = 98.16:  $M$  Sin Tratamiento = 38.97). En las demás variables de estudio no se encontraron diferencias significativas.

**Sistema de salud adscrito.** Esta última variable sociodemográfica se refiere al sistema de salud en el que se encontraban afiliados los participantes del estudio.

Al respecto, se encontraron diferencias significativas con la resiliencia ( $kw = 11.20: p < .01$ ), puntuando más alto en aquellos que se encontraban afiliados a la EPS ( $M = 81.18$ ), seguidos de los que estaban en medicina prepagada ( $M = 75.25$ ); los puntajes más bajos fueron los de quienes se encontraban afiliados a SISBEN ( $M = 49.77$ ). También se encontraron diferencias significativas con la variable escala total del CASP-19 ( $kw = 9.52: p < .01$ ); en esta, los puntajes más altos fueron de aquellos que estaban vinculados a la medicina prepagada ( $M = 105.67$ ), seguidos de los que estaban suscritos a la EPS ( $M = 78.57$ ); el punta-

je más bajo de calidad de vida lo obtuvieron las personas del SISBEN ( $M = 54.60$ ). La dimensión de autorrealización del CASP-19 fue otra variable que estuvo asociada de forma significativa el régimen de salud ( $kw = 9.86: p < .01$ ), hallándose que las personas que estaban vinculadas a la medicina prepagada tenían mayores niveles de autorrealización ( $M = 112.17$ ), seguidos de los que estaban vinculados a la EPS ( $M = 77.89$ ); los niveles más bajos fueron los de aquellos que pertenecían al SISBEN ( $M = 56.19$ ). También se encontró una asociación significativa con la dimensión de control del CASP-19 ( $kw = 6.54: p < .05$ ), en la cual las personas que contaban con medicina prepagada tenían mayores puntajes ( $M = 88$ ), seguidos de los que estaban vinculados a EPS ( $M = 79.03$ ); nuevamente, los puntajes más bajos fueron los de quienes estaban en el régimen contributivo ( $M = 56.19$ ). El dolor fue otra variable con la que se encontró asociación significativa ( $kw = 5.98: p < .05$ ), lo que indica que las personas que pertenecían al régimen contributivo tenían mayores niveles de dolor ( $M = 84.60$ ), seguido de los que pertenecían a la EPS ( $M = 75.42$ ); los que menos dolor percibían fueron aquellos que contaban con medicina prepagada ( $M = 37.67$ ).

Como se puede observar, todas las variables sociodemográficas, a excepción de la variable “género”, se asociaron a algunas de las variables bajo estudio (diagnóstico, ansiedad, depresión, riesgo de dependencia, control, autonomía, placer, autorrealización, calidad de vida, actividades de la vida diaria, resiliencia y dolor); sin embargo, la variable que tuvo más diferencias significativas con la mayoría de las variables del estudio fue el sistema de salud al que se encontraba adscrito el participante.

### Correlación entre las variables de salud

Para el análisis de correlación entre las variables de salud (calidad de vida, resiliencia, ansiedad/depresión) se empleó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman, esto debido a que ninguna de las variables tenía una distribución normal.

Se encontraron relaciones significativas positivas entre la escala de calidad de vida con resiliencia, y entre las variables de ansiedad y depresión de la escala PHQ-4. Por otra parte, hubo correlaciones significativas negativas entre ansiedad y la

**Tabla 3.** Coeficiente de correlación entre calidad de vida, resiliencia, ansiedad y depresión.

CAPS-19:	Resiliencia - CLHLS
<i>Control</i>	rho = 0.60: $p < 0.01$
<i>Autonomía</i>	rho = 0.53: $p < 0.01$
<i>Placer</i>	rho = 0.39: $p < 0.01$
<i>Autorrealización</i>	rho = 0.58: $p < 0.01$
CAPS-19: <i>Escala total</i>	rho = 0.70: $p < 0.01$
PHQ-4: <i>Ansiedad</i>	rho = -0.35: $p < 0.01$
PHQ-4: <i>Depresión</i>	rho = -0.48: $p < 0.01$
PHQ-4:	PHQ-4: <i>Depresión</i>
<i>Ansiedad</i>	rho = 0.38: $p < 0.01$
PHQ-4:	CAPS-19: <i>Control</i>
<i>Ansiedad</i>	rho = -0.32: $p < 0.01$
<i>Depresión</i>	rho = -0.38: $p < 0.01$
PHQ-4:	CAPS-19: <i>Autorrealización</i>
<i>Depresión</i>	rho = -0.35: $p < 0.01$
PHQ-4:	CAPS-19: <i>Escala Total</i>
<i>Depresión</i>	rho = -0.40: $p < 0.01$

dimensión de control del CAPS-19 (rho = -0.32:  $p < 0.01$ ), ansiedad y resiliencia (rho = -0.35:  $p < .01$ ), depresión y la dimensión de control del CAPS-19 (rho = -0.32:  $p < .01$ ), depresión y la dimensión de autorrealización del CAPS-19 (rho = -0.35:  $p < .01$ ), depresión y la escala total del CAPS-19 (rho = -0.40:  $p < .01$ ) y depresión y resiliencia (rho = -0.48:  $p < .01$ ).

Como se puede observar en las relaciones negativas, la mayoría se encontró asociada a las variables de depresión y ansiedad, mostrando, por ejemplo, que entre mayores son los puntajes de depresión, menores son los puntajes en autorrealización, resiliencia y las dimensiones del CAPS-19.

## DISCUSIÓN

En este estudio participaron 150 adultos mayores, con edades comprendidas entre 60 y 98 años, residentes en la ciudad de Bogotá, de sexo femenino y masculino, de estratos bajos y medios-bajos en su mayoría. Respecto a las variables ansiedad/depresión, medidas con el PHQ-4, los niveles fueron bajos si se comparan estos resultados con las medias originales alemanas de Kroenke et al. (2009) y la versión colombiana de Kocalevent et

al. (2014). Con relación a los niveles de dependencia, incapacidad y dolor, se encontraron bajos niveles en esta muestra, lo que se puede relacionar con los bajos niveles de emociones negativas halladas. Al respecto, diferentes investigaciones han encontrado que la mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos se asocia con altos niveles de dependencia por parte del adulto mayor para realizar las actividades diarias, así como con dolor (Cardona et al., 2012).

Por otro lado, con relación a la variable de resiliencia en adultos mayores, medida con el cuestionario CLHLS, las puntuaciones fueron altas y ligeramente superiores a las de las investigaciones originales en China con el cuestionario de Zeng y Shen (2010), lo que posiblemente indica que parte de la muestra de adultos mayores del presente estudio desarrollan un proceso de envejecimiento exitoso y positivo, lo que constituiría un componente importante de ajuste psicosocial, que se ha visto vinculado en la literatura científica con la salud y el bienestar de los mayores (Cárdenas y López, 2011).

Finalmente, respecto a la variable de calidad de vida medida con el CASP-19, si se comparan los presentes resultados con los del estudio de Scholes et al. (2009), desarrollado en Gran Bretaña con una muestra superior a 6,000 adultos mayores de 60 años, se aprecia que la dimensión “control” del estudio presente alcanzó puntuaciones medias ligeramente superiores ( $M = 7.87$ ) a las de los ingleses ( $M = 7.61$ ), lo que implica que los adultos mayores colombianos tienen una buena capacidad para participar activamente en su entorno. Respecto a la dimensión “autonomía”, las puntuaciones medias obtenidas aquí fueron inferiores ( $M = 8.96$ ) a las de los ingleses ( $M = 9.74$ ), lo que significa que los adultos mayores colombianos tienen más interferencias externas para hacer cosas que desean hacer. En cuanto a la dimensión “placer”, las puntuaciones medias de este estudio ( $M = 10.04$ ) fueron superiores a las de los ingleses ( $M = 7.61$ ), lo que indica que los adultos mayores colombianos son felices y capaces de comprometerse con la vida. En lo relativo a la dimensión “autorrealización”, las puntuaciones medias obtenidas ( $M = 13.09$ ) fueron ligeramente inferiores a las de los ingleses ( $M = 13.17$ ), significando que los adultos mayores colombianos sienten que pueden llevar

a cabo sus potenciales. Según la escala total del CASP-19, las puntuaciones medias de este estudio ( $M = 39.96$ ) fueron ligeramente inferiores a las de los ingleses ( $M = 40.96$ ), lo que implica que los adultos mayores colombianos expresan en términos generales una opinión favorable del proceso de envejecimiento y reconocen los aspectos positivos de la vida. De hecho, Sinisterra (2007) plantea que la población colombiana muestra altos niveles en bienestar, felicidad y optimismo, independientemente de los acontecimientos negativos o positivos que tenga que atravesar

Por otro lado, el dato de que los hombres de este estudio son más ansiosos que las mujeres va en contra con gran parte de la literatura científica en el área, ya que a pesar de que la ansiedad es común en la edad adulta, la investigación basada en la evidencia plantea que las mujeres y las personas con menos educación son más ansiosas que los hombres y los individuos con mayor nivel educativo (Arenas y Puigcerver, 2009; Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, y Datos, Procesos y Tecnología SAS, 2015). Al respecto, podría plantearse como una hipótesis que los niveles más bajos de ansiedad encontrados en la muestra femenina del presente estudio podrían estar asociados al hecho de que se constituyó en su mayoría por personas con una edad en la que a la mujer, en Colombia, se le asigna culturalmente un alto estatus matriarcal en las redes familiares y en grupos humanos numerosos, en los que se da y se recibe un amplio apoyo social a lo largo de la vida (Gutiérrez de Pineda, 2000). Entre los hombres colombianos, por el contrario, se enfatiza más la autonomía, la autoconfianza y la independencia, lo que los lleva a tener más dificultades al buscar la ayuda de otros ante sucesos estresantes. Sería interesante llevar a cabo en Colombia más estudios para analizar el peso diferencial que tiene el apoyo social según el sexo y su relación con emociones negativas en la tercera edad.

En cuanto a la relación entre el trabajo y la calidad de vida, no hay en la literatura demasiadas investigaciones (Amorim, Salla y Trelha, 2014). En este estudio se encontró que las personas de la tercera edad que trabajaban tenían una mejor calidad de vida que quienes no lo hacían. Estos resultados concuerdan con los de algunos estudios en

el área, donde se ha hallado que la participación en actividades productivas de adultos mayores reduce las posibilidades de desarrollar fragilidad, discapacidad y depresión, y aumenta el bienestar y la satisfacción, mejorando asimismo las funciones cognitivas (Jung, Gruenewald, Seeman y Sarkisian, 2009; Schwingel, Niti, Tang y Ng, 2009).

Por otro lado, fue posible observar que las personas que vivían con amigos o familiares tenían mejor calidad de vida que los que vivían solos. A este respecto, los efectos negativos de la soledad en la salud y la calidad de vida han sido suficientemente estudiados por autores como Hawkey y Cacioppo (2010), Courtin y Knapp (2015) y Gerst-Emerson y Jayawardhana (2015).

En esa misma línea, según un estudio desarrollado en Inglaterra por Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery y Blane (2005), cuyo objetivo fue investigar si se podía predecir la calidad de vida de los adultos mayores dependiendo del contexto social y las circunstancias socioeconómicas, se encontró que tener buenas relaciones con personas cercanas aumenta la calidad de vida. Vivir en un buen vecindario con amigos cercanos tiene ese mismo efecto; sin embargo, cuidar a un familiar o el hogar pueden reducir significativamente la calidad de vida.

Respecto a las relaciones entre la resiliencia y estar afiliado a los diferentes servicios de salud colombianos, se halló que los adultos mayores con menores recursos económicos, afiliados al SISBEN eran menos resilientes, en comparación con los afiliados a sistemas privados de salud (EPS y medicina prepagada), lo que lleva a inferir, por un lado, que los servicios de salud contributivos pueden proporcionar una mejor calidad en la atención, lo que aumenta la resiliencia para afrontar las adversidades de la vejez, y por otro, que estar inscrito en el SISBEN puede producir un deterioro de las capacidades de resiliencia de sus afiliados porque estos últimos se ven enfrentados a la amenaza continua de un servicio médico que podría no satisfacer las necesidades de salud, lo que llevaría a los ancianos a resistir continuamente a fin de lograr la supervivencia. Al respecto, en un estudio desarrollado con 546 adultos mayores, con una edad promedio de 75 años, en cinco centros de salud en la ciudad brasileña de Florianópolis (Hardy, Concato y Gill, 2004), se encontró que

quienes tenían vida social, educación superior, mayor poder adquisitivo, independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y niveles altos de actividad física eran los que tenían los valores más altos de resiliencia. Esos mismos resultados se obtuvieron en el presente estudio entre estar afiliado al SISBEN, una percepción más negativa de calidad de vida y más ocurrencia de dolor, al igual que un cierto grado de relación con una investigación desarrollada en Colombia por el Departamento Nacional de Planeación (DPN) (2016), en el que se halló que las personas afiliadas al régimen contributivo de salud son más felices y menos deprimidas que las personas afiliadas al régimen subsidiado, así como con el estudio de Torres, Méndez, López, Galarza y Oviedo (2013), quienes hallaron que las condiciones sanitarias deficientes en la ciudad de Bogotá eran una variable suficiente para clasificar la calidad de vida de la población.

Finalmente, la correlación positiva encontrada entre la resiliencia con todas las dimensiones de calidad de vida medidas con el CAPS-19 confirma el valor protector de esta variable salutogénica encontrada en numerosos estudios con adultos

mayores (Fernandes de Araujo, Teva y Bermúdez, 2015; MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard y Wicker, 2016); por el contrario, la correlación negativa observada entre las variables de ansiedad y depresión con todas las dimensiones de calidad de vida confirma el valor patogénico de estas dos emociones negativas en tales sujetos (Gerini, Marino, Brustia, Lyrakos y Rolle, 2015).

Entre las limitaciones del estudio se halla no haber incluido en él personas institucionalizadas, así como el tamaño de la muestra reducido de 150 personas residentes en la ciudad de Bogotá, lo cual se suma el que la literatura científica en el área sea ciertamente escasa, por lo que se recomienda llevar a cabo más estudios sobre el referido problema en el contexto nacional y latinoamericano. Los resultados de este estudio llevan a sugerir la puesta en práctica de programas que potencien emociones positivas, relajación, meditación y entrenamiento en técnicas de autocontrol en adultos mayores (cf. Quiceno, Remor y Vinaccia, 2016; Petretto, Pili, Gaviano, Matos y Zuddas, 2016), con el propósito de desarrollar procesos para un envejecimiento exitoso.

## REFERENCIAS

- Agudelo, L., Ayala, M.L. y Ríos, M.L. (2009). Caracterización de la movilidad de ancianos según el índice de Katz en el centro de bienestar del anciano San José de Pereira. *Investigaciones Andina*, 11, 69-79.
- Alexandre N., M.C. y Guirardello E., B. (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(2), 109-111.
- Álvarez, M., De Alaiz A., T., Brun, E., Cabañeros, V., Calzón, M., Cosío, I. et al. (1992). Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el Índice de Katz. Fiabilidad del método. *Atención Primaria*, 10(6), 812-815.
- Amorim, J.S.C., Salla, S. y Trelha, C.S. (2014). Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 830-841.
- Arenas, M.C. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: Una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Bacca A., M., González, A. y Uribe A., F. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 53-63.
- Barber, J.H., Wallis, J.B. y McKeating, E. (1980). A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 30(210), 49-51.
- Bennett, K., Reyes, F., Altamar, P. y Soulsby, L. (2016). Resilience amongst older Colombians living in poverty: an ecological approach. *Cross Cultural Gerontology*, 31(4), 385-407.
- Cano C., A., Borda M., G., Arciniegas A., J. y Parra J., S. (2014). Hearing disorders in elderly people, associated factors and quality of life: SABE study. *Biomedica*, 34(4), 574-579.
- Cárdenas J., A. y López D., A.L. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 528-540.
- Cardona, D., Estrada, A. y Agudelo, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta de la ciudad de Medellín. *Biomédica*, 26, 206-215.

- Cardona J., A., Álvarez M., I. y Pastrana, S. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos de Medellín. *Revista de Ciencias de la Salud*, 12(2), 139-155.
- Cornwell, E.I. (2016). Household disorders, network ties, and social support in later life. *Journal Marriage Family*, 78(4), 871-889.
- Courtin, E. y Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Social Care Community*, 25(3), 799-812. DOI: 10.1111/hsc.12311.
- Curcio, C.L., Henao, G.M. y Gómez, F. (2014). Frailty among rural elderly adults. *BMC Geriatrics*, 10, 14-20.
- Departamento Nacional de Planeación (2016). *¿Qué es la felicidad? Primer diagnóstico para Colombia*. Bogotá: DPN.
- Dulcey, E., Arrubla, D. y Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia*. Bogotá: Profamilia
- Fedeli, D. (2014). L'invecchiamento psicologico. Il mantenimento della qualita della vita (QvD) e il modelo "Proactive Aging". *Oikonomia*, 11(3), 11-14.
- Fernandes de Araujo, L., Teva, I. y Bermúdez, M.P. (2015). Resilience in adults: a teorical review. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-266.
- Fontes, A. y Neri, A. (2015). Resilencia y velhice: revisao de literatura. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- Fundación Saldarriaga Concha (2015). *Misión Colombia envejece*. Bogotá: FSC.
- Gerini, E., Marino, E., Brustia, P., Lyrakos, P. y Rolle, L. (2015). Quality of life in the third age: a research on risk and the protective factors. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 187, 217-222.
- Gerst-Emerson, K. y Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal o Public Health*, 105(5), 1013-1019. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302427.
- Global Aging Institute (2017). *Global aging and outlook for grow and stability in the developing word*. Alexandria, VA: Author.
- Gómez, F., Corchuelo, J., Curcio, C.L., Calzada, M.T. y Méndez, M.T. (2016). SABE Colombia: Survey on health, well-being and aging in Colombia. Study design and protocol. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 24, 1-7.
- Gómez, F., Curcio, C.L. y Duque, G. (2009). Health care for older's persons in Colombia: A country profile. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1692-1696.
- Gómez, J., Curcio, L. y Henao, G.M. (2012). Fragilidad en ancianos colombianos. *Revista Médica Sanitas*, 15, 8-16.
- Gutiérrez de Pineda, V. (2000). Modalidades familiares de fin de siglo. En V. Gutiérrez de Pineda, J. Aldana, G. Pérez y M. I. Velasco (Eds.): *La familia en la perspectiva del año 2000* (pp. 9-27). Bogotá: Magisterio.
- Hardy, S.E., Concato, J. y Gill, T.M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257-262.
- Hawkey, L. y Cacioppo, J. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 1-6.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hoogendijk, D., Deeg, D., Poppelars, J., Van de Horst, M., Broese, M., Comisjs, H. y Huisman, M. (2016). The longitudinal aging study Amsterdam: cohort update 2016 and mayor findings. *Aging Clinical Experimental Research*, 31(9), 927-945.
- Hyde, M., Wiggins, R.D., Higgs, P. y Blane, D.B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging and Mental Health*, 7, 86-94.
- Jung, Y., Gruenewald, T.L., Seeman, T.E. y Sarkisian, C.A. (2009). Productive activities and development of frailty in older adults. *Journal of Gerontology*, 65(2), 256-261.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J. y Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. y Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the age: The index of ADL, a standarized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kocalevent, R.D., Finck, C., Jimenez-Leal, W., Sautier, L. y Hinz, A. (2014). Standardization of the Colombian version of the PHQ-4 in the general population. *BMC Psychiatry*, 14(205). DOI: 10.1186/1471-244X-14-205.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Lowe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50, 613-621.
- Larragoita, A. y Larragoita, I. (1996). Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Gerontología*, 6, 224-231.
- Lucumi, D., Gomez, L., Browson, R. y Parra, D. (2014). Socioeconomic and health-related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia). *Journal of Aging and Health*, 27(4), 730-750.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. y Wicker, E. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37, 266-272.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana y Datos, Procesos y Tecnología SAS (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogotá: Autores.

- Netuveli, G., Wiggins, R.D., Hildon, Z., Montgomery, S.M. y Blane, D. (2005). Functional limitation in long standing and quality of life: evidence from a national survey. *British Medical Journal*, 331(7529), 1382-1383.
- Nimrod, G. y Shrira, A. (2016). The paradox of leisure in later life. *Journal of Gerontology*, 71(1), 106-111.
- Ocampo, J.M., Zapata, J., Cubides, A.M., Curcio, C. y Villegas, I. (2013). Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 44(4), 224-231.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial de Envejecimiento y Salud*. Ginebra: OMS.
- Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241.
- Poli, S., Cella, A., Puntoni, M., Musacchio, C., Pomata, M., Torriglia, D. y Pilotto, A. (2016). Frailty is associated with socio-economic and lifestyle factors in community-dwelling older subjects. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(4), 721-728. doi: 10.1007/s40520-016-0623-5.
- Quiceno, J.M., Remor, E. y Vinaccia, S. (2016). *FORTALEZA: Programa de Potenciación de la Resiliencia para Promoción y el Mantenimiento de la Salud*. México: El Manual Moderno.
- Scholes, S., Medina, J., Cheshire, H., Cox, K., Hacker, E. y Lessof, C. (2009). *Technical report (wave 3): The 2006 English Longitudinal Study of Ageing*. London: London National Centre for Social Research.
- Schwengel, A., Niti, M.M., Tang, C. y Ng, T.P. (2009). Continued work employment, volunteerism, and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age & Ageing*, 38(5), 531-537.
- Sinisterra, D. (2007). *Colombian happiness: A look at life satisfaction and explanatory style*. Disertación Doctoral no publicada. Boca Raton, FL: Florida Atlantic University.
- Smith, J.L. y Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(3), 192-200.
- Torres, A., Méndez, S., López, L., Galarza, S. y Oviedo, N. (2013). Calidad de vida y ciudad: análisis del nivel de desarrollo en Bogotá a través del método de las necesidades básicas insatisfechas. *Estudios Generales*, 29, 231-238.
- Vinaccia, S. (2010). *Psicología de la salud: análisis exploratorio de instrumentos*. Manuscrito no publicado. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Zeng, Y. y Shen, K. (2010). Resilience significantly contributes to exceptional longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 10, 1-9. DOI: 10.1155/2010/525693.



# Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso

## *Effects of cognitive-behavioral therapy on factors associated to obesity: A case study*

Rocío Ivonne De la Vega Morales y Liliana Cruz Hernández<sup>1</sup>

### RESUMEN

La obesidad es un problema mundial de salud, multifactorial, en el que intervienen factores psicológicos, conductuales y emocionales. La intervención con la terapia cognitivo-conductual parece ser una herramienta confiable para su tratamiento, por lo que bajo este enfoque se trabajó con una mujer de 62 años, con obesidad tipo I, durante 28 sesiones de forma semanal en un periodo de nueve meses. Se describen los factores involucrados en el problema y el proceso terapéutico, consistente en psicoeducación, modificación conductual, reestructuración cognitiva, emociones, habilidades sociales y resolución de problemas. Los resultados mostraron un establecimiento y mantenimiento del plan alimenticio, horarios adecuados en el ciclo sueño-vigilia, manejo apropiado de las emociones relacionadas con la alimentación, una disminución de la deseabilidad social, mejoría en la percepción de la imagen corporal y aumento de habilidades en la solución de problemas, reflejada en la comunicación familiar y con el grupo social. Por lo anterior, se concluye que la terapia cognitivo-conductual es un enfoque que permite abordar de forma integral los factores asociados a la obesidad.

**Palabras clave:** Terapia cognitivo-conductual; Factores asociados a la obesidad; Manejo de la dieta; Imagen corporal.

### ABSTRACT

*Obesity is a multifactorial worldwide health problem that involves genetic, psychological, behavioral, and emotional factors. Therapeutic interventions such as cognitive-behavioral therapy seem to be a reliable tool for its treatment. This intervention was applied to a 62-year-old woman with level I obesity, through 28 weekly sessions during a 9-month period. The therapeutic process consisted of psychoeducation, behavioral modification, cognitive restructuring, emotion regulation skills training, social skills, and problem solving. Results indicated improvement in setting up and maintaining a dietary plan, appropriate waking-sleep schedules, management of emotions related to diet, decreased undue social desirability, improved self body image perception, and problem solving skills. These changes also reflected better communication with family and friends. In conclusion, in this case, cognitive-behavioral therapy proved a psychological intervention allowing for a comprehensive approach to deal successfully with the multiple factors associated to obesity.*

**Key words:** Cognitive-behavioral therapy; Factors associated to obesity; Intake management; Body image.

---

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Av. Universidad, 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, tels. cels: (55)17-05-87-06 y (55)45-18-53-57, correos electrónicos: drarocioivonedelavega@gmail.com y chl\_tlsp@hotmail.com. Artículo recibido el 9 de mayo y aceptado el 1 de agosto de 2017.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico que involucra aspectos genéticos y ambientales y el estilo de vida (Cervera, Campos, Rojas y Rivera, 2010). De acuerdo con la World Health Organization (2016), se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que es dañina para la salud. Uno de los parámetros que hay para evaluar si una persona tiene obesidad es el índice de masa corporal (IMC), el cual se obtiene mediante la fórmula  $\text{kg/m}^2$ ; esto es, el peso sobre la altura al cuadrado; así, a una persona con un IMC igual o superior a 30 se le considera obesa.

En los últimos años se ha visto la obesidad como un problema mundial de salud pública y se estima que 1,900 millones de adultos muestran sobrepeso y 600 millones obesidad (OMS, 2017). En cuanto a México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012) estimó que en el año 2012 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad era de 71.2%, mientras que en 2016 ascendió a 72.5%, esto es, siete de cada diez adultos padecen una de tales condiciones (cf. Observatorio Nacional de Enfermedades no Transmisibles [OMENT], 2016).

Por lo anterior, se considera alarmante el aumento de esta enfermedad en virtud de que contribuye como factor de riesgo de otras enfermedades, como las cerebrovasculares y coronarias, al igual que diabetes y cáncer de mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otros (Barrera, Rodríguez y Molina, 2013). Ante ello, se ha intentado poner en práctica ciertas medidas al suponer que las causas principales de la obesidad es el desequilibrio entre la energía y las calorías consumidas gastadas, la mayor ingesta de comidas con alto nivel de grasas y el sedentarismo; sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes debido a la etiología multifactorial de la obesidad, en la que intervienen factores económicos, culturales, sociales y psicológicos, los cuales se describen a continuación.

## Urbanización, cultura y sociedad

Existe hoy día un aumento en la disponibilidad de alimentos procesados (adicionados con grasas, azúcar y sal), alta disponibilidad de comida rápida y exposición de la misma a la publicidad, así como escasa disponibilidad para la preparación de alimentos saludables. Por otro lado, la venta de productos que prometen reducir el peso y la publicidad acerca de la figura corporal ideal crean insatisfacción y estrategias orientadas a metas irreales (Barrera et al., 2013).

### *Psicológicos (historia de vida, conducta y emociones)*

En este factor se reconoce la historia de vida, en la cual la persona con obesidad tiene un bajo control sobre su ingesta debido a la asociación establecida con los cuidadores primarios y el alimento; en ocasiones aparece un proceso paradójico, el cual, cuando hay una restricción de alimento, hay un pobre control sobre la ingesta, de modo que, al fallar, la persona obesa sufre estrés, ansiedad y depresión. Respecto a los factores emocionales, la comida se emplea para atenuar el malestar y constituye un vehículo para manejar esas emociones, que normalmente la persona tiene dificultad para identificar (Bersh, 2006).

Debido a los diferentes factores que inciden en el padecimiento de la obesidad, el tratamiento va más allá del control de la ingesta y un aumento aparejado de la actividad física, lo que implica cambios permanentes en el estilo de vida de la persona, de manera que un manejo integral del problema requiere abordar aspectos educativos, médicos, nutricionales y psicológicos (Bersh, 2006).

En el campo de la psicología, la terapia cognitivo-conductual (TCC en lo sucesivo) es un tratamiento que se enfoca en establecer y mantener una conducta alimentaria adecuada, además de modificar los factores de vida del paciente que repercuten en la obesidad, en el que los elementos terapéuticos clave son, a saber: *a)* la motivación y la psicoeducación; *b)* las técnicas conductuales; *c)* la reestructuración cognitiva; *d)* la imagen corporal, la autoestima y la impulsividad, *e)* las demandas afectivas, la resolución de problemas o la

sintomatología depresiva, y *f*) el entrenamiento y fortalecimiento de las técnicas de autocontrol y de las habilidades sociales. Lo anterior permite que el paciente descubra nuevas conductas para que, incorporándolas a su vida diaria, tenga como resultado un mayor bienestar y eficacia (Lafuente, 2011).

En diversas investigaciones se ha aplicado la TCC a pacientes obesos. Gade, Rosenvinge, Hjelmesæth y Friberg (2014), por ejemplo, empleando un diseño de experimento clínico en pacientes con obesidad mórbida que fueron sometidos a cirugía bariátrica, a un grupo se le sometió a un tratamiento habitual (apoyo nutricional y recomendaciones de actividad física) y a otro a TCC (psicoeducación enfocada en patrones conductuales de ingesta, técnicas de regulación afectiva, trabajo en casa, diario de alimentación, cogniciones y emociones que desencadenan el comer, reestructuración cognitiva, reforzamiento de conductas positivas y prevención de recaídas). Los resultados mostraron que, en comparación con los controles, los pacientes con TCC disminuyeron significativamente sus síntomas de ansiedad y depresión, además de que tuvieron una mayor pérdida de peso.

Asimismo, la efectividad de la TCC se ha demostrado a lo largo del tiempo. En un estudio de Calugi et al. (2016), pacientes con obesidad severa con y sin trastorno de atracón fueron intervenidos con este tipo de terapia (psicoeducación, etiqueta de alimentos, autocontrol, estrategias de control de estímulos, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y prevención de recaídas). Los resultados mostraron que hubo una mejoría significativa al finalizar el tratamiento, y en un seguimiento a cinco años ambos grupos mantuvieron una pérdida de peso similar, lo que demostró que la TCC puede ser una estrategia prometedora a corto y a largo plazo.

Por lo tanto, el abordaje de la TCC ha considerado un trabajo dinámico y directivo con las variables que pueden interferir en la obesidad y ha mostrado evidencia empírica en investigaciones con grupos controlados (Larrañaga y García, 2007); sin embargo, la presentación de las variables psicológicas y conductuales no se identifican o se abordan de forma específica debido a que los estudios se han realizado empleando muestras. Por ello, el objetivo del siguiente reporte es presentar

un estudio de caso en un paciente con obesidad, donde se abordaron la identificación y modificación de los factores conductuales y psicológicos mediante la estrategia terapéutica de TCC.

## ESTUDIO DE CASO

La paciente AP es una mujer de 62 años que acudió a consulta de primera vez a un centro de atención psicológica perteneciente al sector público. El motivo que refirió la paciente fue el siguiente: “Tengo un sobrepeso de 25 kilos, colesterol y triglicéridos altos; peso 83 kilos y mido 1.58 cm; generalmente como de más cuando estoy preocupada o estresada, y me gusta mucho el pan y los postres, además de la fruta”. Por lo anterior, se le canalizó al programa “Terapia cognitivo-conductual en trastornos de la conducta alimentaria” de la propia institución.

Mediante una serie de entrevistas, se obtuvo la siguiente información: AP era jubilada de un empleo en recursos humanos, con nivel de maestría, que vivía con dos hijos adoptados de 25 y 19 años y un hermano de 47 años. Su hija mayor estaba casada y tenía un bebé de ocho meses, quienes también residían en el hogar de la paciente; no tenía empleo en ese momento y no participaba en los quehaceres del hogar. En cuanto a su hijo menor, este comenzó a trabajar porque no ingresó a la universidad, sin embargo, era una figura de apoyo de AP; respecto al hermano de la paciente, él tampoco laboraba y participaba mínimamente en las actividades del hogar. La comunicación era escasa entre los miembros de la familia, de la cual la paciente era el sostén económico, para lo cual utilizaba su pensión de jubilación.

Los antecedentes identificados fueron un empleo de oficina a lo largo de quince años, donde la alimentación consistía en carbohidratos y grasas, sin consumo de agua ni actividad física. AP se divorció poco después, y a partir de entonces comenzó su problema de obesidad; expresó: “Me divorcié, bajé la cortina y me eché a engordar”. Tal información se interpretó posteriormente en el proceso terapéutico debido a que la ingesta calórica y la falta de autocuidado hacia su imagen fue un mecanismo de afrontamiento ante el divorcio.

Los hábitos de ingesta de la paciente se identificaron a través de sus diarios de alimentación, donde se encontró un alto consumo de carbohidratos simples (galletas y pastelillos) que acompañaba con café, nulo consumo de verduras, grasas buenas y agua; asimismo, a través de los citados diarios se identificaron estados emocionales tales como enojo, que no expresaba en virtud de que ella suponía que “siempre debía estar bien para los demás y con una sonrisa”. Cada vez que se sentía enojada comía el tipo de alimentos mencionados; de igual forma, se identificaron situaciones que aumentaban su ansiedad, por ejemplo una pobre comunicación entre los miembros de la familia, falta de límites, responsabilidades distribuidas de manera inequitativa e inconformidad ante diferentes situaciones, la que no comunicaba a los demás, así como problemas económicos ya que AP jugaba el rol de líder permisivo, por lo que tenía muchas responsabilidades en el hogar que no eran valoradas positivamente por la familia, todo lo cual afrontaba mediante la ingesta de alimentos.

Los pensamientos de la paciente asociados a su peso, autoimagen, autoestima y autoconcepto se ejemplifican con afirmaciones como las siguientes: “Todos los profesionales deben verse bien y tener buena figura”, “Hay alimentos que cuando están presentes se deben aprovechar (pastel)”, “No puedo contradecir a los demás porque todo lo refleja en mi peso”, “Me gustaría ser una sirena”; tales afirmaciones devaluaban sus logros y a la vez le imponían altas exigencias.

Asimismo, la paciente reportó sufrir estreñimiento y problemas para conciliar el sueño. Los factores de riesgo que se identificaron fueron la socialización mediante la comida y su condición médica de hipotiroidismo.

AP había intentado aminorar su obesidad mediante diferentes dietas que encontraba en Internet; sin embargo, se sometió a un tratamiento médico a lo largo de seis meses consistente en una dieta cetogénica<sup>2</sup> con la que bajó de peso; sin embargo, abandonó dicho tratamiento porque no quería consumir los medicamentos prescritos para adelgazar, además de que no se sentía satisfecha con su imagen corporal ya que percibía flacidez en su piel, sobre todo en el área del cuello.

Por último, la paciente comentó que el factor que la motivó para asistir a la intervención terapéutica fue la preocupación que tenía por sus hábitos alimentarios, pues no quería volver a incrementar su peso, sobre todo porque había empezado una relación de pareja y deseaba verse atractiva.

## MÉTODO

Con la información recabada en las entrevistas ya citadas, se aplicó una batería de pruebas para complementar la valoración psicológica, mismas que se muestran en la Tabla 1.

Para realizar la integración de las pruebas psicológicas al diagnóstico final, se tomaron en cuenta los puntajes obtenidos que se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 1.** Pruebas utilizadas para la valoración psicológica.

<b>Prueba de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979)</b>
Consta de 40 reactivos autoaplicables que evalúan características psicológicas o conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria, los que se distribuyen en tres factores: dieta, control oral, y bulimia y preocupación por el alimento. Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos. Fue adaptada para población mexicana por Álvarez, et al. (2004). Para medir la consistencia interna de la prueba se utilizó el índice de confiabilidad de Cronbach, obteniéndose un coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de .90 en la muestra con TCA y de .93 en la muestra total. El puntaje máximo es 120 y su punto de corte es 28.
<b>Inventario de Desórdenes de la Alimentación (EDI II) (Garner y Olmstead, 1983)</b>
Este inventario contiene 91 preguntas autoaplicables que evalúan características nucleares psicológicas y conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria: 1) impulso por la delgadez, 2) consciencia interoceptiva, 3) bulimia, 4) insatisfacción corporal, 5) sensación de inutilidad, 6) temor a la madurez, 7) perfeccionismo, 8) desconfianza interpersonal, 9) ascetismo, 10) regulación de impulsos y 11) inseguridad social. En una escala tipo Likert, las opciones de respuesta oscilan de “nunca” a “siempre”. La prueba fue adaptada y estandarizada para población mexicana por García, Vázquez, López y Arcila (2003) y cuenta con un $\alpha$ de .94 para mujeres con TCA. Para la interpretación de los resultados, se deben comparar los puntajes obtenidos con las medias y desviaciones estándar de los pacientes con TCA.

Continúa...

<sup>2</sup> Dietas bajas en hidratos de carbono, cuyo contenido suele ser inferior a 50-60 g al día (Covarrubias, Aburto y Sámano, 2013).

<b>Cuestionario sobre Forma Corporal (BQS) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairmont, 1987)</b>
Contiene 34 reactivos que evalúan alteraciones actitudinales respecto a la imagen corporal durante el último mes por medio de cuatro subescalas: 1) insatisfacción corporal, 2) miedo a engordar, 3) baja estima por la apariencia y 4) deseo de perder peso. Fue adaptada para población mexicana por Vázquez et al. (2011), tiene una consistencia interna de .98 y consta de dos factores: malestar corporal normativo ( $\alpha = .95$ ) y malestar corporal patológico ( $\alpha = .94$ ). Cada pregunta tiene valores que oscilan entre 1 y 6. Su punto de corte es 105, a partir del cual se considera un problema en cuanto a la imagen corporal.
<b>Cuestionario de Actitudes hacia el Cambio en Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA) (Beato y Rodríguez, 2003)</b>
Es un cuestionario de 59 reactivos distribuidos en seis subescalas: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída. Refleja la fase en la que el sujeto está percibiendo su problema. El instrumento en español (Beato y Rodríguez, 2003) tiene una consistencia interna mayor de .70 y se considera el estado motivacional de la fase de cambio al dominio que cuenta con mayor puntuación.
<b>Escala Visual de Figuras (EVF) (García y Gómez-Peresmitré, 2003)</b>
Consta de nueve figuras y mide satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal. De acuerdo con la diferencia de la identificación y el ideal visual, se interpreta el grado de satisfacción (figura actual, figura ideal), donde 0 significa que no hay insatisfacción; por el contrario, a mayor diferencia, mayor insatisfacción corporal.
<b>Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Brown, G., Epstein, N. y Steer, 1988)</b>
Este inventario consta de 21 reactivos de síntomas de ansiedad en una escala de 0 a 3. Fue adaptada para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax arrojó cuatro factores principales. Su índice de confiabilidad es de .83. La norma de calificación para población mexicana es la siguiente: Mínima: 0-5, Leve: 6-15, Moderada: 16-30, Severa: 31-63.
<b>Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1996)</b>
Cuenta con 21 reactivos autoaplicables y mide el factor cognitivo-conductual y el factor somático en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos. Fue adaptada por Jurado et al. (1998) para población mexicana, obteniéndose un $\alpha$ de 0.87. Las normas para la población general son, a saber: 0-9, mínima; 10-16, leve, 17-29, moderada y 30-63, severa.

**Tabla 2. Resultados cuantitativos obtenidos en las pruebas.**

Prueba	Subescalas	Puntajes obtenidos
EAT-40		33*
EDI II	1) Impulso por la delgadez	16*
	2) Consciencia interoceptiva	8*
	3) Bulimia	1*
	4) Insatisfacción corporal	17*
	5) Sensación de inutilidad	0*
	6) Temor a la madurez	6*
	7) Perfeccionismo	13*
	8) Desconfianza interpersonal	0*
	9) Ascetismo	5*
	10) Regulación de impulsos	0
	11) Inseguridad social	3
BSQ		130*
EVF		3
ACTA	1) Precontemplación	
	2) Contemplación	
	3) Decisión	29*
	4) Acción	27*
	5) Mantenimiento	26*
	6) Recaída	
BAI		3
BDI		1

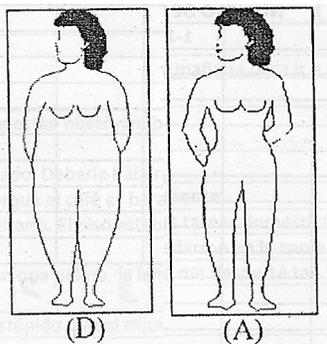
\*Pruebas con puntaje significativo.

## Interpretación de los resultados de las pruebas psicológicas

Mediante el análisis de los resultados, se observó que en la prueba EAT-40 hubo actitudes y pensamientos negativos relacionados con la conducta alimentaria; el análisis cualitativo mostró una dieta poco variada, lo cual se corroboró posteriormente en el autorregistro, que es un formato en el cual el paciente describe qué come, en dónde, con quién y qué pensamientos y sentimientos tiene al momento de dicho consumo. Respecto a la prueba EDI-II, se pudo advertir tanto un impulso a la delgadez como una marcada insatisfacción corporal, así como también un alto nivel de perfeccionismo; esto último se manifestó en reactivos como: “empeñarse en no decepcionar a los otros o cumplir las exigencias” y por último se apreció un nivel alto de ascetismo, el cual se vinculó con reactivos que mostraban una búsqueda de autocontrol sobre sus sensaciones corporales.

Ahora bien, en las pruebas de imagen corporal (BQS y Escala Visual de Figuras) los resultados mostraron insatisfacción corporal; en primer lugar, en el BQS la paciente manifestó sentimientos negativos cuando se miraba a un espejo, así como una percepción distorsionada al afirmar “verse” más grande después de cada comida; asimismo, creía que su figura corporal era el resultado de su falta de autocontrol; en segundo lugar, dentro de la Escala Visual de Figuras señaló una percepción cercana a la que tenía, pese a lo cual le gustaría ubicarse en una imagen corporal dos escalas más abajo a la que correspondía (Figura 1).

**Figura 1.** Percepción corporal de AP: (D) indica cómo se percibía y (A) cómo quería verse.



Tomado de Escala Visual de Figuras (García y Gómez-Peresmitré, 2003).

Respecto a la motivación al cambio (ACTA), la paciente mostró resultados favorables, encontrándose en el estado de *decisión*, lo que se relacionó con la preocupación que tenía por sus hábitos de alimentación y el modo en que esto podría afectar su salud, reconociendo que le costaba un trabajo considerable cambiar su conducta, aunque estaba dispuesta a esforzarse para lograrlo.

Los instrumentos complementarios de ansiedad y depresión no indicaron la presencia de dichos estados. Específicamente en la escala de ansiedad, se encontró una discrepancia dado que la paciente reportó que su sobreingesta estaba ligada a sentimientos de preocupación o ansiedad, por lo que se supone que los factores cognitivos y somáticos de la prueba no fueron sensibles para discriminar adecuadamente este rubro.

## Impresión diagnóstica

Se estableció como diagnóstico una obesidad tipo I (IMC = 33.24), ligada a una combinación de factores médicos, como el hipotiroidismo; el estilo de vida, la falta de educación alimentaria, la ingesta como una forma de afrontamiento a situaciones que se le dificultaba expresar –como la falta de asertividad y comunicación de su enojo–, un nivel alto de ansiedad que se disminuía al consumir alimentos dulces, lo que se consideró como una ingesta hedónica, así como también problemas de autoestima y autoconcepto, dado el rol de AP en la familia, que funcionaba como un pilar resolutivo de problemas que eran ajenos a ella, por lo que era una fuente a la que constantemente recurría su familia, a la cual la paciente apoyaba sin recibir nada a cambio. Igualmente se encontraron distorsiones cognitivas respecto a su imagen corporal, un locus de control externo y un sistema de “deber ser” alto; esto es, la opinión de los demás validaba más su estado de ánimo que su bienestar personal, por lo que las habilidades para manejar sus sentimientos y la asertividad eran poco adaptativos.

## Plan de tratamiento

De acuerdo al diagnóstico emitido, se fijaron los siguientes objetivos que se trabajaron bajo el enfoque de la TCC: 1) establecimiento y mantenimiento de un plan de alimentación adecuado, indicado por

un nutriólogo titulado y con diplomado en problemas de obesidad; 2) modificación ambiental mediante diferentes estrategias conductuales; 3) reestructuración de las distorsiones cognitivas y de los conflictos de pensamiento relacionados con su imagen corporal y baja autoestima; 4) manejo

de las emociones que interferían con su ingesta alimentaria, y 5) habilidades sociales, comunicación efectiva, asertividad y solución de problemas, mismos que se fueron modificando y adaptando conforme se avanzó en el proceso (Tabla 3).

**Tabla 3.** Proceso detallado de la intervención terapéutica.

Bloque	Temas abordados por bloque
Psicoeducación	Se estableció la alianza terapéutica de colaboración para empezar a trabajar desde la primera semana en los autorregistros. La psicoeducación se basó en los siguientes temas: definición de obesidad, factores sociales, biológicos y personales asociados, y consecuencias para la salud personal y social. Se entregó el plan de alimentación establecido por la nutrióloga. Se le enseñaron los grupos de alimentos mediante el llamado “plato del bien comer”.
Alimentación	Se establecieron las diferentes formas en que podía organizar sus alimentos, utilizándose para ello los modelos de alimentos diseñados en la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE (Pale, 1997). Se le enseñó a leer las etiquetas de los alimentos que consumía con mayor frecuencia (grasas, refrescos carbohidratos y pan dulce). Se hizo la distinción entre hambre y antojo. Por último, se hizo énfasis en el mal uso de las dietas, enseñándole cuál es el concepto de dieta, los mitos y realidades, y por qué una buena dieta no debe ser restrictiva de ningún grupo de alimentos.
Técnicas conductuales	En el control de estímulos, se utilizaron las técnicas de accesibilidad, restricción y compensación de alimentos para modificar el ambiente en casa y poder tener un mejor apego al plan de alimentación. Se establecieron contratos conductuales en los cuales se escribieron los pasos para que la paciente pudiera llevar a cabo lo necesario para bajar de peso. En cuanto a la implementación de hábitos relacionados con la alimentación, se abordaron los siguientes: tomar conciencia del sabor, color, olor y textura de cada alimento; aumentar el tiempo entre comidas, y comer sentada, sola o acompañada.
Reestructuración cognitiva	Se identificaron ideas irracionales relacionadas con: imagen corporal, como socialización, percepción de sus capacidades y vinculación con su familia, lo que dio lugar a la reestructuración cognitiva. Se le dio información sobre los tipos de distorsiones cognitivas y cómo identificarlas y modificarlas; bajo este rubro se abordó la distorsión del “deber ser”, con la cual se trabajó de forma más extensa.
Emociones	Se le brindó psicoeducación con el fin de que regulara sus emociones. Para ello, se le enseñó a identificarlas en su cuerpo y en qué situaciones las experimentaba, cuáles eran los pensamientos con los que las asociaba y cómo es que lo expresaba de forma adaptativa. Asimismo, se abordaron tres emociones que se habían identificado a lo largo de las sesiones: culpa, ansiedad y enojo, así como la vinculación de estas entre sí y las sobreexigencias detonadas por su locus de control externo.
Imagen corporal	Se abordó la importancia de la imagen corporal para la paciente en su vida, el uso de la publicidad para vender una imagen corporal, las ideas irracionales que abordan la imagen corporal, el rol de mujer y el de la “súper mujer”, la autoestima y felicidad en la etapa de vejez y la aceptación plena antes que juzgar.
Habilidades sociales	Comunicación asertiva: se enseñó mediante técnicas cómo afrontar las situaciones sin ser un modelo pasivo de comunicación. Resolución de problemas: se explicó cómo enfrentar un problema y las posibles formas de solución.
Prevención de recaídas	Se abordaron las situaciones de recaída y cómo afrontarlas con las herramientas que se le brindaron en el proceso terapéutico, se consolidaron de logros obtenidos y la contribución de los resultados.

## RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos establecidos, AP tuvo una consulta psicológica semanal con duración de 60 minutos. En total fueron 28 sesiones terapéuticas. A partir de la novena sesión, la paciente se

apegó a su plan de alimentación en 80%, y a partir de la vigésima logró hacerlo a 100%. En cuanto al peso, al comienzo del tratamiento la paciente pesaba 83 kilos y al final 85 (IMC = 34.04, Obesidad I), glucosa normal (87 mg/dL), colesterol alto (267 mg/dL) y triglicéridos altos (322 mg/dl).

En las primeras dos fases, los resultados de la intervención que se obtuvieron fueron el cambio y mantenimiento de una dieta variada (Gráfica

1) y el establecimiento de hábitos saludables, conciencia de alimentación e identificación adecuada de alimentos.

### Gráficas 1 y 2. Alimentación pre y post a la intervención TCC.



Gráfica 1: Eje horizontal: se muestran los grupos alimenticios, clasificados de acuerdo a la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. Eje vertical: Frecuencia de consumo, considerando los primeros 15 y los últimos 15 días de tratamiento. Bebidas 1: Se refiere al consumo de líquidos agregados con azúcar: té, refrescos, café, aguas de sabor o jugos. Bebidas 2: Líquidos libres de azúcar, agua simple. Grasas buenas: Consumo de almendras, nueces, aceite de oliva o aguacate.

Asimismo, las técnicas conductuales permitieron la adecuación ambiental y la sustitución de alimentos; además, al seguir la técnica de control de estímulos en la accesibilidad de alimentos, la paciente implementó contenedores de verdura picada con el propósito de ingerirlos a lo largo de la semana; asimismo, aumentó el tiempo de comida; por último, los contratos conductuales ayudaron a mejorar su calidad de sueño.

En cuanto a la reestructuración cognitiva, se trabajó con los pensamientos más recurrentes, como “no puedo contradecir a los demás porque todo lo reflejo en mi peso” y las distorsiones cognitivas del “deber”, en las cuales reflejaba su perfeccionismo, autoexigencia y locus de control externo. Los logros identificados fueron la reducción de pensamientos negativos y el establecimiento de límites con otras personas. Respecto al manejo de emociones, se logró una identificación de las reacciones viscerales y las situaciones en que ocurrían (por ejemplo, dijo sentir corporalmente la ansiedad en el estómago, en la falta de respiración y dolor de cabeza, y en situaciones en las que no podía tener el control), al igual que su expresión adecuada de sus estados emocionales en cuanto a la culpa sin relacionarlos con su conducta alimentaria. AP pudo reducir sus exigencias hacia ella misma y a la búsqueda de aprobación. En lo tocante a la ansiedad, se promovió la cooperación

de todos los miembros de la casa, y asimismo se le enseñaron técnicas de relajación y la identificación de pensamientos automáticos que la llevaban a manifestarla; en lo relativo al enojo, mediante el juego de roles logró expresarlo de forma adaptativa.

En la imagen corporal se logró que AP visualizara el cuerpo en función, antes que la estética, del autocuidado y el respeto por medio de una “carta a su cuerpo”, y hubo una reconciliación con ella misma, con reconocimiento y aceptación de su persona.

Por último, los logros encontrados en cuanto a sus habilidades sociales consistieron en una comunicación eficaz con los miembros de su familia, por lo que pudo exponer lo que le incomodaba y los cambios que quería realizar en su hogar; además, enfrentó el temor que tenía de tratar algunos temas con las personas con las que trabajaba directamente en la asociación, lo que le generaba ansiedad; en cuanto a la solución de problemas, hubo una considerable respuesta ante el manejo de la técnica.

Finalmente, para prevenir recaídas la paciente retomó el deporte y buscó otras actividades para cuando dejara su cargo en la asociación en la que participaba. La comunicación con su familia mejoró de forma significativa, en especial con su hermano e hijo, lo que se tradujo en cambios en beneficios de todos.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos consistieron en el mantenimiento de la dieta, la organización de alimentos y rutinas, el entrenamiento, manejo y expresión de emociones, una comunicación familiar asertiva, la regulación de ansiedad y la resolución de problemas, por lo que se puede decir que la terapia cognitivo-conductual—además de tratar enfermedades como la obesidad— puede representar un abordaje adecuado en el que se consideran los objetivos del paciente, se evalúan los factores que intervienen en la conducta de ingesta, se trabaja la estructuración ambiental, se consideran los pensamientos y emociones y se brinda al paciente herramientas suficientes, cognitivas como emocionales, de forma personalizada y realista y con alta efectividad, para adquirir herramientas y buscar alternativas más adaptativas y viables en la vida cotidiana, debido a que la TCC enfocada en la obesidad tiene como pilares el automonitoreo, el control de estímulos, la flexibilidad en el programa de alimentación, la reestructuración cognitiva, el manejo de las relaciones interpersonales y del estrés, la motivación, los cambios de actitud al comer y la prevención de recaídas, lo contribuye, a diferencia de otros tratamientos, a evitar el abandono de la psicoterapia (Velásquez y Alvarenga, 2001).

La nula disminución de peso de la paciente y sus niveles aún altos de triglicéridos y colesterol se atribuyen a su hipotiroidismo, que fue una variable que influyó debido a que, como se sabe, en un paciente con hipotiroidismo se asocia con hipercolesterolemia, así como con una mayor viscosidad sanguínea, por lo que hay una mayor dificultad para bajar de peso y reducir los citados niveles en sangre (Cuevas y Pérez, 2006).

En conclusión, el presente trabajo mostró el análisis de un estudio de caso, en donde se expone la eficacia del TCC, originalmente enfocado a la obesidad, en otros ámbitos psicológicos y sociales, por lo que se considera que es una herramienta efectiva de tratamiento que debe reconocerse dentro del campo de la psicología y de la nutrición, en un trabajo multidisciplinario.

Como limitaciones del estudio, se reconoce la falta de un examen previo en sangre (glucosa, triglicéridos y colesterol), lo que impide comparar dichos datos clínicos antes y después del tratamiento, además de la condición médica de hipotiroidismo de la paciente, que impacta en los resultados del estudio; sin embargo, por el tipo de intervención no se podría considerar un efecto negativo; además debido a la estructura del programa, no se pudieron realizar sesiones de seguimiento para observar el mantenimiento de los resultados.

## REFERENCIAS

- Álvarez R., G., Mancilla D., J.M., Vázquez A., R., Unikel, C., Caballero R., A. y Mercado C., D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(4), 243-248.
- Barrera C., A., Rodríguez G., A. y Molina A., M.A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299.
- Beato F., L. y Rodríguez C., T. (2003). El Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(3), 111-119.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Calugi, S., Ruocco, A., El Ghoch, M., Andrea, C., Geccherle, E., Sartori, F. y Dalle Grave, R. (2016). Residential cognitive-behavioral weight-loss intervention for obesity with and without binge-eating disorder: A prospective case-control study with five-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 723-730.
- Cervera S., B., Campos N., I., Rojas, R. y Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairbum, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.

- Covarrubias G., P., Aburto G., M. y Sámano O., L.F. (2013). Dietas cetogénicas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(2), 98-111.
- Cuevas R., D. y Pérez E., B. (2006). Disfunción tiroidea subclínica. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 608-616.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Adultos: Sobre-peso y Obesidad)*. (p.180). México: Autores.
- Gade, H., Rosenvinge J.H., Hjelmæsæth, J. y Friborg, O. (2014). Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial. *Obesity Facts*, 7(2), 111-119.
- García, M.A. y Gómez-Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta: una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- García G., E., Vázquez V., V., López A., J.C. y Arcila M., D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45(3), 206-210.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lafuente, D. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 14, 1490-1504.
- Larrañaga, A. y García M., R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica*, 129(10), 387-391.
- Observatorio Nacional de Enfermedades no Transmisibles (OMENT) (2016). *Cifras de sobrepeso y obesidad en México 2016*. Recuperado de: <http://oment.uanl.mx/cifras-de-sobrepeso-y-obesidad-en-mexico-ensanut-mc-2016/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Obesidad*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>.
- Pale, M.L. (1997). *Modelos de alimentos para la orientación alimentaria*. México: Secretaría de Salud.
- 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.
- Vázquez A., R., Galán J., J., López A., X., Álvarez R., G.L., Mancilla D., J.M., Caballero R., A. y Unikel S., C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 42-52.
- Velásquez V., V. y Alvarenga J., C.L. (2001). Psicología y obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 91-96.
- World Health Organization (2016). *Obesity and overweight*. Geneva: WHO. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

# Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria

## *Multidisciplinary intervention effects in patients with primary arterial hypertension*

*Raquel García Flores, Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Yessica Mercedes León Ibarra, Brianda Militza Lagarda Vega, Claudia García Hernández y Teresa Iveth Sotelo Quiñonez<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Las intervenciones multidisciplinarias han demostrado ser efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con hipertensión (HTA). Sin embargo, son pocos los estudios que incluyen al psicólogo como parte del equipo médico, por lo que se evaluaron los efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con HTA. Participaron trece mujeres con HTA y se aplicaron los inventarios de Calidad de Vida y Salud, de Ansiedad de Beck y el Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad en el pretest, el postest y el seguimiento. Las pacientes participaron en una intervención grupal de 16 sesiones en las que se incluyeron a un médico internista, una enfermera, una nutrióloga, un licenciado en ciencias del ejercicio físico y dos psicólogos. Las técnicas aplicadas fueron las de exposición de información, control de estímulos, reestructuración cognitiva, modelo de solución de problemas, reforzamiento positivo y modelamiento. Mediante la prueba de rangos de Wilcoxon se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad entre el pretest y el seguimiento. Respecto a la calidad de vida y enojo, en algunas áreas se identificó una disminución estadísticamente significativa: aislamiento, relación con el médico, síntomas físicos y enojo estado. Respecto a la significancia clínica, ocho pacientes disminuyeron su sintomatología ansiosa, nueve mejoraron la calidad de vida total y cinco mejoraron clínicamente en las subescalas de enojo-rasgo, enojo externo y control del enojo externo. Se recomienda realizar más estudios en población masculina y en el ámbito laboral para facilitar la asistencia a las sesiones.

**Palabras clave:** Hipertensión; Calidad de vida; Intervención cognitivo-conductual; Enojo; Ansiedad.

### ABSTRACT

*Multidisciplinary interventions have shown effectiveness in improving adherence to treatment and quality of life in patients with hypertension. However, few studies include psychologists as part of the medical team. The present study examined the effects of a multidisciplinary intervention in 13 female patients with hypertension. Measurement included the Quality of Life and Health Inventory, the Beck Anxiety Inventory and the Latin-American Multicultural State-Trait Anger Expression scale. Participants were exposed to a 16-sessions group intervention. The health caregiving team included one medical internist, one nurse, one nutritionist, one physical exercise expert and two psychologists. Intervention techniques included information exposure, stimulus control, cognitive restructuring, problem solving, positive reinforcement and modeling. The Wilcoxon rank test*

---

<sup>1</sup> Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de febrero 818 Sur, Col. Centro, 85000 Ciudad Obregón, Son., México, tel. (644)410-09-00, ext. 2457, correos electrónicos: raquel.garcia@itson.edu.mx, christian.oswaldo@itson.edu.mx, yessica\_leon27@hotmail.com, militza\_lag@hotmail.com, cgarcia@itson.edu.mx y teresa.sotelo@itson.edu.mx. Artículo recibido el 3 de marzo y aceptado el 16 de mayo de 2017.

*showed statistically significant differences in anxiety between pretest and follow-up. Some quality of life areas such as isolation, relationship with the physician, physical symptoms and anger status showed statistically significant improvement. Regarding clinical significance, eight patients decreased their anxiety, nine improved their total quality of life, and five patients improved clinically in trait-anger, external anger and external anger control subscales. It is recommended to carry out further studies in male populations at the work place in order to facilitate attendance to the sessions.*

**Key words:** Hypertension; Quality of life; Cognitive behavioral intervention; Anger; Anxiety.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial en cifras iguales o mayores a 140/90 ml/Hg (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Es uno de los problemas crónicos de salud que afecta gravemente a la población mexicana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), llevada a cabo en 2012 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), pudo identificarse que la prevalencia de HTA en México fue de 31.5% (uno de cada tres personas), de las cuales 47.3% desconocía padecer esta enfermedad. El grupo de edad de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20-29 años). La prevalencia de HTA es más alta en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%) y en el nivel socioeconómico alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%). El estado de Sonora ocupa el quinto lugar en relación a la prevalencia de este padecimiento, con 38%, siete puntos porcentuales por arriba de la media nacional.

De los adultos con HTA diagnosticada por un médico, solo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad tiene un control adecuado de la misma, lo que es preocupante ya que es uno de los factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular y cerebrovascular y

falla renal, que son causas importantes de mortalidad en el país (ISPN, 2012). Por ejemplo, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar como causa de muerte en México; en 2015 fallecieron 128,731 mexicanos a causa de este tipo de padecimientos (INEGI, 2016). En Estados Unidos, es la población latina (mayoritariamente de descendencia mexicana) la que presenta los porcentajes más bajos en el control de la HTA (Schoenthaler et al., 2015).

El tratamiento de la HTA es complejo en virtud de que requiere cambios permanentes en el estilo de vida de los pacientes, tales como evitar el consumo de tabaco y alcohol, una dieta baja en grasas saturadas y sodio, un elevado consumo de verduras y granos de cereales enteros, actividad física moderada un mínimo 150 minutos a la semana, toma de medicamentos y monitoreo constante de la presión arterial (Campos et al., 2013).

La adherencia al tratamiento consiste en el grado en el cual los pacientes siguen las recomendaciones prescritas por el médico o el profesional de la salud (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen y Denekens, 2001). En el manejo de las enfermedades crónicas, cerca de la mitad de los pacientes no se adhieren a la toma de medicamentos, citas médicas, actividad física y cambios en la alimentación (DiMatteo, Haskard-Zolnieriek y Martin, 2012). Por ejemplo, Doubova, Martínez, Aguirre y Pérez (2017) identificaron en un estudio que 16% de los pacientes no recibió o no entendió las dosis de sus medicamentos, 93% desconocía los efectos adversos de los medicamentos que tomaba, 59% no recibió o no entendió las razones para realizar actividad física y 30% no recibió o no entendió el tipo de ejercicio ni su duración y frecuencia semanal. En cuanto a las conductas, 46% de los pacientes presentó una baja adherencia farmacológica, 47% no llevaba a cabo una actividad física regular, 31% consumía pocas frutas y verduras y 54% consumía frecuentemente comidas con un alto contenido de sal. Las personas con menor nivel educativo eran quienes menos información tenían acerca de los medicamentos y sus efectos.

En América Latina también se han desarrollado estudios en relación a la adherencia en pacientes con hipertensión. En un estudio llevado a cabo en Colombia con pacientes con HTA se pudo determinar que solo 9.4% mostraba adherencia no

farmacológica (estilo de vida saludable), 75% no realizaba actividad física regular y más de 19% de la población consumía sal frecuentemente, lo que indica que los cambios en el estilo de vida son difíciles de ponerse en práctica (Rodríguez et al., 2015).

Los factores que pueden influir en la escasa adherencia son la falta de información sobre la enfermedad y el tratamiento, las creencias inapropiadas sobre los beneficios y la eficacia del tratamiento prescrito, las barreras reales o percibidas de los tratamientos prescritos, las demandas excesivas de los mismos y la ausencia de apoyo social (Haskard-Zolnierek y DiMatteo, 2009).

En relación con lo anterior, Ávila, Gómez, Yam, Vega y Franco (2013) llevaron a cabo un estudio en Guanajuato (México) para identificar las barreras percibidas por pacientes con HTA, las cuales fueron las siguientes: creencias inapropiadas respecto al tratamiento, falta de conocimientos y habilidades para la dieta, descontento con la dieta, falta de apoyo familiar, dificultades económicas, falta de conocimientos sobre la medicación, indiferencia hacia el ejercicio, y desconfianza y temor a los estudios de laboratorio. También las creencias del paciente sobre los síntomas de la HTA se relacionan con la adherencia al tratamiento; por ejemplo, en un estudio realizado por Granados, Roales, Moreno e Ybarra (2007) se encontró que 83% de pacientes con HTA no seguían el tratamiento debido a que creían que su presión arterial “estaba bien” sin tener datos objetivos sobre la misma, y 70% retomaba el tratamiento solamente cuando se manifestaban los síntomas (dolor de cabeza, taquicardia, etc.).

Si se considera que en muchos casos la HTA es asintomática, entonces un alto porcentaje de pacientes no sigue su tratamiento de manera adecuada. De acuerdo con Jankowska-Polańska, Uchmanowicz, Dudek y Mazur (2016), se ha demostrado que entre más información sobre la hipertensión tiene una persona, mejor se adherirá al tratamiento.

Un elemento importante a considerar es la calidad de vida relacionada con la salud, misma que se define como el grado de funcionamiento de una persona en su vida y su percepción de bienestar en relación a su salud en las áreas física, mental y social (Hays y Reeve, 2017). Se han llevado a cabo estudios comparativos sobre la calidad de

vida en poblaciones con y sin HTA, mismos que han permitido afirmar que dicha calidad es menor en personas que la sufren, principalmente cuando está asociada a trastornos emocionales (Trevisol, Moreira, Kerkhoff, Fuchs y Fuchs, 2011; Xianglong et al., 2016).

La ansiedad y el enojo son estados emocionales que influyen en la presión arterial y la frecuencia cardíaca debido a que activan el sistema simpático-suprarrenal-medular y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal-cortical, seguidos de un aumento de los niveles séricos de catecolaminas y cortisol (Kubzansky y Kawachi, 2000). Se ha identificado que las personas que padecen HTA manifiestan niveles más elevados de ansiedad y experimentan con mayor frecuencia pensamientos hostiles y agresivos (Magan, Sanz, Espinosa y García, 2013). Doubova et al. (2017) señalan que la comorbilidad más frecuente en pacientes con hipertensión fue la ansiedad (23%). De la misma forma, Maatouk et al. (2016), en un estudio con pacientes adultos mayores con hipertensión, identificaron que 14% de ellos sufría trastorno de ansiedad generalizada.

En relación al enojo, un estudio realizado por Hosseini, Mokhberi, Mohammadpour, Mehrabianfard y Lashak (2011) en pacientes con HTA pudo identificar que el enojo-rasgo y la supresión del enojo eran más elevados en personas con HTA que sin ella. De igual manera, compararon el enojo y el estrés en personas con y sin hipertensión, hallando que los primeros mostraron 9.7 veces más estrés y 19 veces más enojo interno que las segundas.

Se ha considerado la intervención multidisciplinaria como una buena opción para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con HTA. En un estudio de Houle, Chatterley y Tsuyuki, (2014) se considera la intervención conjunta de médicos, enfermeras, dietistas y fisioterapeutas; sin embargo, son pocos los estudios en los que se incorpora al psicólogo como miembro del equipo multidisciplinario.

En el área psicológica, las técnicas cognitivo-conductuales han mostrado ser efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con HTA (Annesi, 2013; Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa, 2005). Tales técnicas se basan en la psicología del aprendizaje y el objetivo de la intervención es el cam-

bio conductual, cognitivo y emocional al modificar o eliminar la conducta desadaptada y enseñar conductas adaptativas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Las técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado mayor efectividad para facilitar la adherencia al tratamiento y el manejo emocional en pacientes con hipertensión son, a saber: el control de estímulos (toma de medicamentos, alimentación), la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la respiración diafragmática, el modelamiento (sobre todo en la toma de la presión arterial), el reforzamiento positivo y el modelo de solución de problemas de D'Zurilla (cf. Asghari, Faramarzi y Mohammadi, 2016; Riveros, Ceballos et al., 2005; Riveros, Cortazar et al., 2005; Vocks, Ockenfels, Jürgensen, Mussgay y Rüdell, 2004). López, Rodríguez, Vázquez y Alcázar (2012) han demostrado asimismo que las técnicas cognitivo-conductuales son útiles para disminuir el enojo.

Respecto a la adherencia, Hinderliter et al. (2014) evaluaron el impacto de tres tipos de intervenciones durante cuatro meses: una tradicional, otra de recomendaciones dietéticas y una más que incluía estrategias cognitivo-conductuales para llevar a cabo los cambios de conducta. Las variables evaluadas fueron la presión arterial, el peso corporal, el contenido de la dieta, el ejercicio, los medicamentos antihipertensivos y los eventos cardiovasculares. Se observó que la intervención con recomendaciones sobre la alimentación y la que incluía una intervención cognitivo-conductual fueron efectivas tras ocho meses de seguimiento. Sin embargo, no se evaluaron las variables psicológicas, las cuales, como se mencionó anteriormente, influyen de manera importante en el control del padecimiento.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue analizar los efectos de una intervención multidisciplinaria en los niveles de presión arterial, actividad física, calidad de vida, ansiedad y enojo en personas con hipertensión arterial.

## MÉTODO

### Participantes

En este estudio participaron trece pacientes hipertensas jubiladas, con edades de entre 55 y 70 años y media de 60. Todas las participantes eran casa-

das, con una escolaridad de secundaria y con más de cinco años desde el diagnóstico de la enfermedad. Las pacientes no presentaban complicaciones crónicas derivadas del padecimiento.

### Instrumentos

*Carta de Consentimiento Informado*, en la cual se informaban las características de la intervención multidisciplinaria.

*Entrevista semiestructurada para pacientes con hipertensión* (Fernández, 2009). Mediante la misma, se recabaron los datos generales y las conductas de adherencia al tratamiento. Se exploraron los problemas relacionados con la toma de medicamentos, la frecuencia del automonitoreo de la presión arterial, el consumo de alimentos altos en sodio y grasas saturadas y la frecuencia de actividad física.

*Inventario de Calidad de Vida y Salud* (INCAVISA) (Riveros, Sánchez y Del Águila, 2009). Es un cuestionario autoaplicable cuya administración varía entre 15 y 20 minutos. Consta de 68 reactivos con tipo de respuesta Likert: "nunca" (0%), "casi nunca" (20%), "pocas veces" (40%), "frecuentemente" (60%), "casi siempre" (80%) y "siempre" (100%). Para medir la calidad de vida de pacientes, evalúa doce áreas: preocupación, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. Cada área consta de cuatro reactivos. Con el objetivo de calcular la consistencia interna del inventario, se computaron los coeficientes alfa de Cronbach, los cuales variaron de .93 en el área de vida cotidiana a .68 en el de actitud ante el tratamiento.

*Inventario de Ansiedad de Beck*. En la versión mexicana de Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), permite evaluar síntomas de ansiedad. El tiempo de aplicación varía de 5 a 10 minutos. Las respuestas se clasifican en "poco o nada", "más o menos", "moderadamente" y "severamente". El instrumento muestra una consistencia interna de .83 y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores de la versión original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

*Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad* (ML-STAXI) (Moscoso y Spielberger, 1999). Puede aplicarse de forma individual o colectiva. La confiabilidad medida con el coeficiente alfa de Cronbach va de .65 a .86. El instrumento mide el Enojo-estado (diez reactivos), que se refiere al enojo que sentía la persona al momento de contestar el inventario y que se divide en dos subescalas: “Sintiendo enojo” (cinco reactivos) y “Deseo de expresar el enojo física o verbalmente” (cinco reactivos); el enojo-rasgo (diez reactivos), que evalúa la disposición o vulnerabilidad para reaccionar generalmente con enojo y que tiene dos subescalas: “Temperamento de enojo” (cinco ítems) y “Reacción de enojo” (cinco ítems); expresión y control del enojo, que se divide en dos subescalas: “Expresión externa” (cinco reactivos), que se refiere a mostrar el enojo hacia otras personas, y “Expresión interna” (seis reactivos), que indica que el individuo suprime su enojo, se aleja de los demás y guarda rencores; control del enojo, con dos subescalas: “Control externo” (siete reactivos), que mide el grado en que la persona intenta dominar o controlar su propia conducta cuando está enojado, y “Control interno” (seis reactivos), que evalúa los intentos por calmarse o relajarse para disminuir el enojo.

### Procedimiento

Se hizo la invitación a los pacientes en la sala de espera de un hospital público de Ciudad Obregón, Son. (México). Una vez que las pacientes acepta-

ron participar, firmaron la carta de consentimiento informado y se les aplicaron los instrumentos mencionados de manera individual una semana antes de la intervención.

El equipo de trabajo estuvo conformado por un médico internista, una enfermera, una nutrióloga, un licenciado en ciencias del ejercicio físico (LCEF), todos ellos empleados de la unidad de salud, y dos psicólogas (becarias tesistas) debidamente entrenadas por una psicóloga con doctorado y experiencia en terapia cognitivo-conductual. Dicho equipo sostuvo dieciséis sesiones grupales, con una frecuencia de dos veces a la semana y una duración de una hora y media cada una. Sólo hubo un grupo de intervención y la intervención se llevó a cabo a lo largo de dos meses en total.

Las cinco primeras sesiones se realizaron en la unidad de salud, y las subsecuentes en un centro comunitario en las que los pacientes participaron en sesiones de activación física guiadas por el LCEF. Después de la sesión de actividad física de 45 minutos, las psicólogas impartían el tema correspondiente en el centro comunitario. El seguimiento se llevó a cabo desde el momento en que concluyó la intervención. Las técnicas aplicadas fueron las siguientes: exposición de información, control de estímulos, ensayo conductual, reestructuración cognitiva, modelo de solución de problemas, reforzamiento positivo, modelamiento (Ruiz et al., 2012). En la Tabla 1 se describen los temas impartidos, el contenido en cada sesión y las técnicas implementadas.

**Tabla 1.** Descripción de la intervención multidisciplinaria.

Sesión	Tema	Contenido/Técnicas
1	Integración grupal	Presentación del objetivo, establecimiento de reglas e identificación de participantes (Exposición).
2	Definición de hipertensión y factores relacionados	Descripción de la fisiología y tratamiento médico de la HTA por parte del médico internista. Efectos de las emociones y conductas en la presión arterial por parte de las psicólogas (Exposición).
3	Automonitoreo de la presión arterial	Demostración por una enfermera, apoyada por las psicólogas, de los pasos para medir la presión arterial (Modelamiento y ensayos conductuales).
4	Alimentación saludable	Información impartida por una nutrióloga sobre los alimentos y sus porciones recomendables para personas con HTA. Las psicólogas describieron procedimientos para facilitar el cambio, como el control de estímulos (Exposición y control de estímulos).
5	Actividad física	Descripción por el LCEF de las condiciones para realizar la actividad física en pacientes con HTA (Exposición).

Continúa...

6, 7, 8, 9	Manejo emocional	Descripción de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Por medio de registros, se pidió a las participantes que identificaran pensamientos asociados a las emociones que experimentaban cotidianamente, sobre todo durante episodios de ansiedad y enojo. Se generaron pensamientos alternativos más funcionales, para que los pacientes identificaran el cambio en la intensidad de la emoción o la presencia de emociones más adaptativas. Se practicó la técnica de respiración diafragmática al finalizar cada sesión (Modelamiento, reestructuración cognitiva, ensayo conductual).
10	Identificación de fortalezas	Verbalización por parte de las participantes de las cualidades que consideraban poseer y reconocimiento de las fortalezas de las demás (Reforzamiento positivo).
11, 12, 13	Modelo de solución de problemas	Descripción de la técnica, solicitándoles a las participantes que la pusieran en práctica en casos hipotéticos. Después, aplicación en parejas de la técnica en problemas propios (Modelamiento).
14	Fortaleciendo la alimentación saludable	Recomendaciones por parte de la nutrióloga para que las participantes continuaran con el cambio de conducta alimentaria (Exposición).
15	Perdonando errores	Identificación por parte de las participantes de situaciones específicas que se relacionaban con episodios de enojo y pensamientos detonantes, y generación de pensamientos alternativos que disminuían la reacción emocional (Reestructuración cognitiva).
16	Cierre	Manifestación por las participantes de los cambios logrados tras el taller, fortaleciendo en ellas el compromiso de mantener el comportamiento saludable. Cada participante preparó un platillo saludable para compartir con los demás (Reforzamiento positivo).

Cada quince días el LCEF medía la presión arterial de las participantes al finalizar la sesión, por lo que se hicieron ocho mediciones en total. Se aplicaron nuevamente los instrumentos una semana después de haber finalizado la intervención y se llevó a cabo un seguimiento a un mes.

## RESULTADOS

En la entrevista semiestructurada llevada a cabo antes de la intervención, cuatro pacientes dijeron tener problemas para controlar su presión arterial; la mitad de ellas señaló llevar a cabo actividades físicas, pero de manera esporádica y con ciertas dificultades; seis reportaron no tener control sobre los alimentos altos en sodio; cuatro reportaron una alimentación baja en calorías y grasa; todas dijeron tomar café diariamente, y la mayoría tuvo problemas para tomar los medicamentos (olvidos, horarios diferentes al recomendado y dosis inadecuadas).

Al finalizar la intervención, todas las participantes reportaron en la entrevista tomar los medicamentos tal como habían sido prescritos por el médico; asistían diariamente a la sesión de actividad física con el LCEF de la unidad de salud, y

también comunicaron que disminuyeron el consumo de alimentos altos en sodio y grasa. Respecto a la ingesta de café, señalaron tener dificultades para dejar de consumirlo ya que era un hábito muy arraigado. No contaron con autorregistros de su conducta, por lo que las mediciones de la presión arterial fueron tomadas como un indicador de la adherencia, además de lo reportado en las entrevistas.

Se calculó la significancia estadística de los cambios en los puntajes de calidad de vida, ansiedad y enojo entre el pretest y el postest, y entre el pretest y el seguimiento, por medio de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon. Se eligió este estadístico por el tamaño del grupo, el nivel de medición ordinal, el diseño experimental utilizado y la comparación de dos muestras relacionadas en las que cada sujeto sirve como su propio control (Siegel y Castellan, 1995). Las diferencias pretest-seguimiento respecto a la ansiedad arrojó  $p = .008$ ; además, la intensidad de los síntomas de ansiedad también disminuyó en cuanto a que si en el pretest ocho participantes manifestaron niveles de ansiedad moderada y severa, en el postest solo fueron seis y en el seguimiento únicamente cuatro, lo que indica que la frecuencia de pacientes con sintomatología ansiosa moderada y severa

descendió en 50%. Respecto a la calidad de vida y enojo, en algunas áreas se identificó una disminución estadísticamente significativa (aislamiento, relación con el médico, síntomas físicos y enojo estado), con probabilidades asociadas de entre  $p = .001$  y  $p = .027$ .

Respecto a la significancia clínica, se realizó el cálculo del cambio clínico objetivo, que consiste en la diferencia entre el pretest y el postest dividida entre el pretest (Cardiel, 1994). Se considera que el cambio clínico objetivo es significativo

cuando el resultado es mayor a 0.20, ya sea positivo o negativo. Los cálculos se realizaron con los datos del pretest-postest y el pretest-seguimiento. En la Tabla 2 puede apreciarse el número de pacientes que mejoraron, empeoraron o permanecieron igual entre el pretest y el postest, y entre el pretest y el seguimiento, en el Inventario de Ansiedad de Beck y en cada una de las subescalas del INCAVISA. Como puede observarse, los niveles de ansiedad disminuyeron significativamente en ocho pacientes, lo que se muestra en negritas.

**Tabla 2.** Cambio clínico objetivo del Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Calidad de Vida y Salud.

Subescalas	Mejóro		Empeoró		Permaneció igual	
	Pretest-Postest	Pretest-Seguimiento	Pretest-Postest	Pretest-Seguimiento	Pretest-Postest	Pretest-Seguimiento
Ansiedad	8	8	2	1	3	4
Preocupación	3	5	5	1	5	7
Aislamiento	1	6	3	1	9	6
Desempeño físico	1	5	3	3	9	5
Percepción corporal	2	3	3	2	8	8
Funciones cognitivas	5	5	4	3	4	5
Actitud ante el tratamiento	3	5	3	1	7	7
Tiempo libre	2	5	2	0	9	8
Vida cotidiana	2	4	2	1	9	8
Familia	1	3	2	1	10	9
Redes sociales	3	6	4	1	6	6
Dependencia médica	3	1	1	3	9	9
Relación con el médico	3	9	4	1	6	3
Puntaje total INCAVISA	4	9	2	1	7	3

En relación a la calidad de vida, la mayor parte de las pacientes no mostró cambios importantes en cada subescala; sin embargo, destacó su mejoría en el seguimiento en varias subescalas, tales como preocupación, aislamiento, desempeño físico y redes sociales. En el puntaje total, nueve pacientes manifestaron una mejoría en la calidad de vida total. Llama la atención el hecho de que las pacientes mostraran una mejoría significativa tras el seguimiento a un mes de haber concluido la intervención.

En la Tabla 3 se muestra el número de pacientes que mejoraron, empeoraron y permanecieron igual del pretest al postest y del pretest al seguimiento en cada área del ML-STAXI. De manera similar a los resultados del Inventario de Calidad

de Vida, la mayoría de las pacientes no mostró cambios clínicamente significativos; pese a ello, cinco pacientes lograron una importante mejoría en las subescalas de enojo-rasgo, enojo externo y control del enojo externo, y tres empeoraron en las subescalas de enojo interno y externo en el seguimiento.

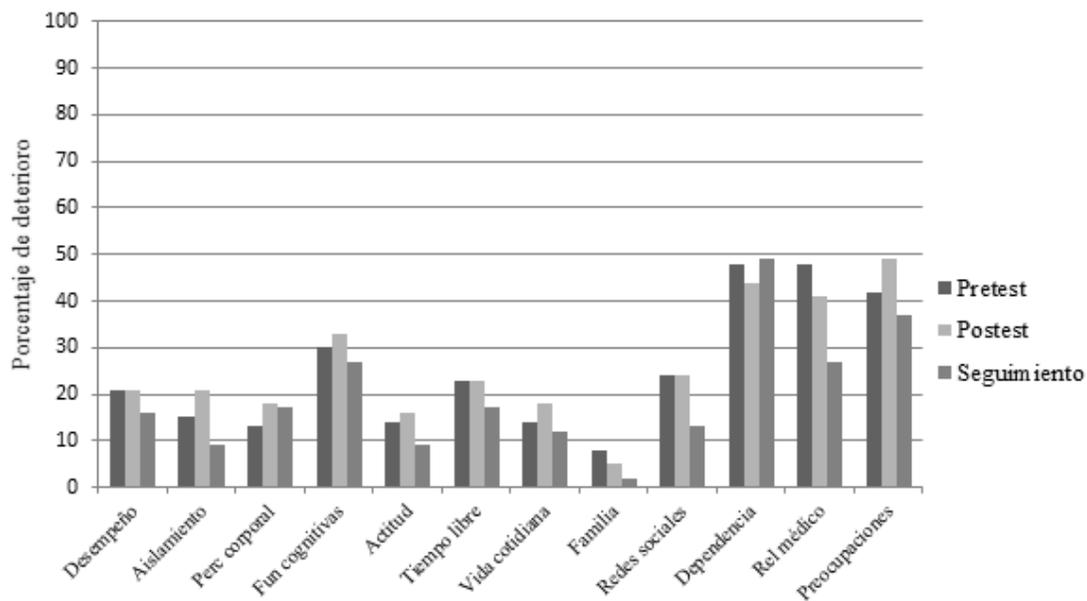
Para las medidas de la presión arterial diastólica y sistólica se calculó un ANOVA para medidas repetidas debido a que el nivel de medición de la variable es intervalar. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la presión diastólica ( $F = 3.35$ ;  $p = .016$ ). No se encontraron cambios significativos específicos de una sesión a otra, sino más bien de todas las sesiones en conjunto.

**Tabla 3.** Cambio clínico objetivo del Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad.

Escala	Mejóro		Empeoró		Permaneció igual	
	Pretest-Postest	Pretest-Seguimiento	Pretest-Postest	Pretest-Seguimiento	Pretest-Postest	Pretest-Seguimiento
Enojo-estado	4	3	0	0	9	10
Enojo-rasgo	4	5	2	3	7	5
Enojo interno	2	2	1	4	10	7
Enojo externo	2	5	2	3	9	5
Control del enojo interno	2	2	1	4	10	7
Control del enojo externo	2	5	2	3	9	5

En la Figura 1 puede observarse el porcentaje acumulado de cada área del INCAVISA con el fin de evitar la pérdida o enmascaramiento de la varia-

bilidad al utilizar promedios; cabe destacar que a mayor porcentaje, mayor deterioro.

**Figura 1.** Efectos de la intervención en el INCAVISA.

Esta medida permite mantener el peso relativo de las áreas aun con diferente número de reactivos u opciones de respuesta en su composición (Riveros, Cortazar et al., 2005). Como puede observarse, la mayor parte de las pacientes se ubicaron en porcentajes bajos de deterioro antes de la intervención, lo que indica una alta funcionalidad, principalmente en el área Familia. Este hecho pudo influir para que varias pacientes no mostraran cambios en la intervención debido a que ya mostraban un alto grado de funcionalidad. Además, pudo detec-

tarse que en la mayoría de las áreas hubo una disminución del deterioro en el posttest, excepto en las variables Preocupaciones y Aislamiento.

Al finalizar la intervención, las pacientes reportaron una mejoría en su alimentación; procuraban medir las porciones y seleccionar alimentos bajos en sodio, disminuyeron asimismo el consumo de café, asistían diariamente a las sesiones de actividad física impartida por el LCEF del hospital y tomaban los medicamentos con mayor regularidad, según su reporte.

## DISCUSIÓN

La intervención multidisciplinaria demostró tener efectos benéficos en las participantes en algunos aspectos. Vale la pena mencionar que a pesar de que las pacientes mostraban un buen nivel de funcionamiento, pudieron mejorar aún más en algunos aspectos, lo cual les permitirá a futuro prevenir complicaciones crónicas derivadas del padecimiento. Pudo apreciarse que, tras la intervención, la preocupación y el aislamiento aumentaron, probablemente debido a que se percataron de la necesidad de cuidar su salud.

Uno de los datos más sobresalientes fue el hecho de que las participantes se involucraron en la actividad física diariamente, lo cual reforzó los cambios de las conductas saludables. Tal elemento es muy valioso ya que en la mayoría de los estudios únicamente se le pide al paciente que reporte la duración de la actividad física que realiza, sin realmente verificar si se llevó a cabo la misma (Dickman, Pintz, Gold y Kivlahan, 2012). Los beneficios de la actividad física se reflejaron en las mediciones de presión diastólica.

Por otra parte, la mayor parte de las participantes mostró cambios favorables, especialmente en aquellas áreas que tienen relación con aspectos sociales. Como pudo observarse, la sintomatología ansiosa disminuyó considerablemente, tal y como se ha demostrado en diversas investigaciones (Annesi, 2013; Riveros, Ceballos et al., 2005). Resultó de gran utilidad que diferentes especialistas se relacionaran con las pacientes en virtud de que podían resolver sus dudas, lo que quizá también influyó en el mayor puntaje obtenido en la subescala que evalúa la relación con el médico.

En las subescalas de enojo interno y control del enojo interno tres pacientes empeoraron, un efecto quizá debido a que pudieron identificar estos sentimientos con mayor sensibilidad al reforzarse la autoobservación al final de la intervención. Otro factor que pudo haber influido son los conflictos recientes que tal vez afectaron la evaluación en el seguimiento. Sería recomendable evaluar en futuros estudios las situaciones personales que podrían influir en los puntajes obtenidos en los instrumentos. Podrían añadirse sesiones de seguimiento presenciales o por vía telefónica para reforzar lo aprendido en la intervención (Hallberg, Ranerup y Kjellgren, 2016), así como incluirse sesiones para entrenar a los pacientes en comportamiento asertivo para mejorar su interacción social en situaciones que les generan molestia (López et al., 2012).

Se sugiere finalmente llevar a cabo más estudios de intervención multidisciplinaria que permitan reunir más evidencia de su impacto, especialmente en pacientes hombres, quienes participan menos en las intervenciones, y también sería importante poner en práctica programas de este tipo en el contexto laboral, pues para las personas que trabajan resulta complicado destinar un horario específico al cuidado de su salud.

El reducido grupo de pacientes es una de las limitaciones del estudio; de hecho, no hubo un grupo de comparación. Probablemente las pacientes que participaron ya se encontraban motivadas para cambiar sus conductas, por lo que se sugiere que en futuras investigaciones se amplíe el número de participantes y se contemple la posibilidad de tener un grupo control en lista de espera.

## REFERENCIAS

- Annesi, J. (2013). Association of multimodal treatment-induced improvements in stress, exercise volume, nutrition, and weight with improved blood pressure in severely obese women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 397-402. doi: 10.1007/s12529-012-9240-7.
- Asghari, E., Faramarzi, M. y Mohammadi, A. (2016). The effect of cognitive behavioural therapy on anxiety, depression and stress in women with preeclampsia. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(11), 4-7. doi: 10.7860/JCDR/2016/21245.8879.
- Ávila, G., Gómez A., P., Yam S., A., Vega A., G. y Franco C., B. (2013). Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan*, 13(3), 373-386.
- Campos N., I., Hernández B., L., Rojas M., R., Pedroza, A., Medina G., C. y Barquera C., S. (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S144-S150.

- Cardiel H., M. (1994). ¿Cómo se evalúa la calidad de vida? En Asociación de Medicina Interna de México, A. C. (Ed.): *Temas de medicina interna. Epidemiología clínica* (pp. 359-368). México: Interamericana.
- Dickman, K., Pintz, C., Gold, K. y Kivlahan, C. (2012). Behavior changes in patients with diabetes and hypertension after experiencing shared medical appointments. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(1), 43-51. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00660.x.
- DiMatteo, M., Haskard-Zolnierrek, K. y Martin, L. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology*, 6, 74-91. doi: 10.1080/17437199.2010.537592.
- Doubova, S., Martínez V., I., Aguirre H., R. y Pérez C., R. (2017). Association of hypertension-related distress with lack of self-care among hypertensive patients. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 51-64. doi: 10.1080/13548506.2016.1239830.
- Fernández, V. (2009). *Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de la hipertensión arterial*. Tesis inédita de doctorado. Madrid Universidad Complutense de Madrid.
- Granados, G., Roales N., J. Moreno, E. e Ybarra, J. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 697-707.
- Hallberg, A., Ranerup, I. y Kjellgren, K. (2016). Supporting the self-management of hypertension: Patients' experiences of using a mobile phone-based system. *Journal of Human Hypertension*, 30, 141-146.
- Haskard-Zolnierrek, K. y DiMatteo, M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47, 826-834.
- Hays, R. y Reeve, B. (2017). Measurement and modeling of health-related quality of life. *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 241-252). Atlanta, GA: Elsevier, Inc.
- Hinderliter, A., Sherwood A., Craighead, L., Lin, P., Watkins, L., Babyak, M. y Blumenthal, J. (2014). The long-term effects of lifestyle change on blood pressure: One-year follow-up of the ENCORE study. *American Journal of Hypertension*, 27(5), 734-41. doi: 10.1093/ajh/hpt183.
- Hosseini, S., Mokhberi, V., Mohammadpour, R., Mehrabianfard, M. y Lashak, N. (2011). Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(3), 214-218. doi: 10.3109/13651501.2011.572168.
- Houle, S., Chatterley, T. y Tsuyuki, R. (2014). Multidisciplinary approaches to the management of high blood pressure. *Current Opinion in Cardiology*, 29(4), 344-353. doi: 10.1097/HCO.0000000000000071.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control*. Cuernavaca (México): INSP.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. México: INEGI. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.
- Jankowska-Polańska, B., Uchmanowicz, I., Dudek, K. y Mazur, G. (2016). Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 10, 2437-2447. doi: 10.2147/PPA.s117269.
- Kubzansky, L. y Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal Psychosomatic Research*, 48, 323-337.
- López, B., Rodríguez, E., Vázquez, F. y Alcázar, R. (2012). Intervención cognitivo-conductual para el manejo de la ira. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 97-104.
- Maatouk, I., Herzog, W., Böhlen, F., Quinzler, R., Löwe, B., Saum, K., Brenner, H. y Wild, B. (2016). Association of hypertension with depression and generalized anxiety symptoms in a large population-based sample of older adults. *Journal of Hypertension*, 34(9), 1711-1720. doi: 10.1097/HJH.0000000000001006.
- Magan, I., Sanz, J., Espinosa, R. y García V., M. (2013). Perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial esencial mantenida frente a la normotensión. *Clínica y Salud*, 24, 67-76.
- Moscoso, M. y Spielberger, C. (1999). Measuring the experience, expression and control of anger in Latin America: the Spanish Multi-Cultural State-Trait Anger Expression Inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, 332, 29-48.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*. Ginebra: OMS. Disponible en línea: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. y Sánchez-Sosa, J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507.
- Riveros, A., Cortazar P., J., Alcázar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA)*. México: El Manual Moderno.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Rodríguez L., M., Varela, M., Rincón H., L., Velasco, M., Caicedo, D., Méndez, F. y Gómez, O. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 192-199.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Siegel, S. y Castellan, J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Schoenthaler, A., De la Calle, F., Barrios B., M., García, A., Pitaro, M., Lum, A. y Rosal, M. (2015). A practice-based randomized controlled trial to improve medication adherence among Latinos with hypertension: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 290-301. doi: 10.1186/s13063-015-0815-x.
- Trevisol, D., Moreira, L., Kerkhoff, A., Fuchs, S. y Fuchs, F. (2011). Health-related quality of life and hypertension: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Hypertension*, 29(2), 179-188. doi: 10.1097/HJH.0b013e-328340d76f.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., P. Van Royen, P. y Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research: a comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.
- Xianglong, X., Yunshuang, R., Zumin, S., Lingli, L., Cheng, C. y Yong, Z. (2016). Hypertension impact on health-related quality of life: A cross-sectional survey among middle-aged adults in Chongqing, China. *International Journal of Hypertension*, Article ID 7404957. doi: 10.1155/2016/7404957.
- Vocks, S., Ockenfels, M., Jürgensen, R., Mussgay, L. y Rüdell, H. (2004). Blood pressure reactivity can be reduced by a cognitive behavioral stress management program. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(2), 63-70.



# Personalidad y apoyo social como predictores de la añoranza del hogar en estudiantes universitarios

## *Personality and social support as predictors of homesickness in college students*

*Gustavo Francisco Medina Bolívar<sup>1</sup> y Carlos Enrique Zerpa<sup>2</sup>*

### Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar el poder predictivo de los rasgos de personalidad y las dimensiones del apoyo social percibido sobre la añoranza del hogar en estudiantes universitarios. Se trata de una investigación no experimental, de campo y transversal correlacional-causal, realizada con una muestra de 228 estudiantes universitarios, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y 25 años que cursaban el primer periodo académico en universidades públicas y privadas de la ciudad de Caracas, Venezuela. Para la evaluación de las variables se administró la Escala de Añoranza del Hogar de Archer y colaboradores, el Inventario de Personalidad de Goldberg y el Inventario de Apoyo Social Percibido de Dunn y colaboradores. Para analizar los resultados se emplearon estadísticos descriptivos, correlaciones y análisis de regresión múltiple. Se encontró que la añoranza del hogar puede predecirse inversamente a partir de las variables de apoyo de amigos, el neuroticismo y el apoyo religioso; el apego al hogar, por las variables de neuroticismo y apoyo religioso, y el desagrado por la universidad, también inversamente, por el apoyo de amigos y el neuroticismo.

**Palabras clave:** Añoranza del hogar; Personalidad; Apoyo social; Estudiantes universitarios

### SUMMARY

*The aim of the present study was to assess the predictive power of personality traits and perceived social support on homesickness in college students. The study would be characterized as non-experimental, transactional, fieldwork and transversal correlational-causal. A total of 228 college students aged 16 to 25 years, in their first academic period in public and private universities of Caracas, Venezuela participated. Measurements included the Homesickness Scale by Archer et al., Goldberg's Personality Inventory and the Perceived Social Support Inventory by Dunn et al. Data analyses included descriptive statistics, correlations, and multiple regression. Results indicate that homesickness can be inversely predicted by friends support, neuroticism and religious support variables; attachment to home, by neuroticism and religious support variables. Dislike for the University was predicted, also inversely, by friends support and neuroticism.*

**Key words:** Homesickness; Personality; Social support; College students.

---

<sup>1</sup> Instituto de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Av. Neverí, Centro Comercial Los Chaguaramos, Piso 2, Oficina 2-10, Urb. Los Chaguaramos, 1040 Caracas, Venezuela, tel. (58)21-26-05-28-30, correo electrónico: gustavo.f.medina@ucv.ve. Artículo recibido el 13 de febrero y aceptado el 16 de mayo de 2017.

<sup>2</sup> Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Universidad Simón Bolívar, Edificio de Estudios Generales, Piso 1, Oficina 111-D, Valle de Sartenejas, 89000 Baruta, Edo. Miranda, Venezuela, tel. (58)21-29-06-38-13, correo electrónico: czerpa@usb.ve.

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, los seres humanos han observado posiblemente que la lejanía del hogar, el distanciamiento con las figuras parentales y algunos pares significativos ocasionan cambios en el comportamiento y emociones tales como tristeza, angustia y añoranza hacia las personas y el entorno que se han dejado atrás. La literatura clásica y obras como las de Matt (2007) así lo sugieren. No fue sino hasta mediados del siglo XIX cuando comienza a estudiarse este fenómeno entre los combatientes europeos, mismo que ha sido denominado “añoranza del hogar” (*homesickness*)<sup>3</sup> y que fue definido por Thurber y Walton (2007) como la “angustia y deterioro funcional causado por una separación real o anticipada del hogar y de los objetos de apego, tales como los padres” (p. 192).

Se ha observado que dicho fenómeno ocurre en casi cualquier entorno en el que las personas se separan real o imaginariamente de sus figuras y entornos significativos, pero se ha estudiado de manera sistemática en niños de educación primaria, en jóvenes que asisten a campamentos, en militares que han sido trasladados lejos de sus lugares de origen y, principalmente, en estudiantes adolescentes y adultos tempranos (de entre 17 y 23 años de edad) que recién ingresan a una institución universitaria alejada de su hogar (Eurelings-Bontekoe, Brouwers, Verschuur y Duijsens, 1998; Matthews y Deary, 1998). Algunos de los investigadores que han llevado a cabo trabajos sobre la añoranza del hogar (Brewin, Furnham y Howes, 1989; Eurelings-Bontekoe et al., 1998; Malakloulunthu y Sateyen, 2011; Matt, 2007; Shal, Sharbaf, Abdekhodae, Masoleh y Salehi, 2011; Shin y Abell, 1999; Tartakovsky, 2007; Thurber, 2005) han encontrado una amplia caracterización y asociación con variables psicosociales y de personalidad.

En este sentido, la respuesta de los estudiantes a la añoranza del hogar está muy posiblemente relacionada con el apoyo social, que ha demostrado ser de gran valor para reducir el malestar asociado a muchas condiciones diferentes (Brewin et al., 1989). Se trata de una variable ampliamente

estudiada en el área de la psicología de la salud, y diversos autores coinciden acerca de su papel moderador sobre los efectos de los trastornos psicosociales y, en particular, en las respuestas ante el estrés y la ansiedad. A este respecto, Brewin et al. (1989) señalan la necesidad de conocer “en qué medida los estudiantes con añoranza del hogar confiarían su experiencia a los demás, y en qué medida buscarían a otras personas en lugar de aislarse socialmente” (p. 469).

Asimismo, distintos autores han estudiado las relaciones entre los cinco grandes factores de la personalidad (Costa y Mc Crae, 1992; Goldberg, 1993) y la añoranza del hogar, hallando asociaciones positivas entre la misma y el neuroticismo (Eurelings-Bontekoe et al., 1998; Van Tilburg, Vingerhoets y Van Heck, 1999), lo que plantea la necesidad de llevar a cabo investigaciones que hagan posible proporcionar una base empírica de las relaciones propuestas entre los rasgos de personalidad disfuncional (como por ejemplo el neuroticismo) y la añoranza del hogar.

En los últimos años se ha podido apreciar cómo la escala de neuroticismo se ha vinculado a muy diversas afecciones físicas y psicológicas, entre ellas la añoranza del hogar (Brewin et al., 1989; Eurelings-Bontekoe et al., 1998; Ferraz y Pereira, 2002; Khademi y Farshi, 2013; Van Tilburg et al., 1999; Verschuur y Eurelings-Bontekoe, 2003).

El referido fenómeno ha sido igualmente estudiado en países cuyas condiciones socioeconómicas y educativas permiten el intercambio de estudiantes extranjeros bajo la figura de becas; en otros casos, ocurre que estudiantes del mismo país se trasladan a otras ciudades a cursar estudios superiores, como ocurre por ejemplo en el Reino Unido, Holanda, Canadá, Estados Unidos, China y Turquía, por solo mencionar algunos, observándose una incidencia de la añoranza del hogar que va de 19 a 91% (Eurelings-Bontekoe et al., 1998; Matthews y Deary, 1998). No obstante, los estudios sobre la añoranza del hogar y las variables asociadas a esta son escasos en los países latinoamericanos, y en particular en Venezuela. A propósito de ello, Flett, Endler y Besser (2009) señalan que deberían realizarse investigaciones en muestras de estudiantes universitarios que provengan de diferentes culturas, incluyendo, de ser posible,

<sup>3</sup> El término en español aquí empleado es la traducción más exacta posible del citado vocablo inglés (N. del E.).

jóvenes y adultos. Por consiguiente, al ser este un fenómeno escasamente estudiado en la región, se disponen de escasas evidencias empíricas de su efecto en estudiantes universitarios de habla hispana y de estudios que relacionen de manera conjunta los rasgos de personalidad y las dimensiones del apoyo social percibido con la añoranza del hogar; dada la relevancia e impacto social que tendría el esclarecimiento de estas relaciones a propósito del proceso de adaptación al entorno universitario, surge la necesidad de llevar a cabo una investigación con estudiantes foráneos venezolanos, alumnos de tres instituciones de educación universitaria ubicadas en el Distrito Metropolitano de Caracas. Por lo anterior, se planteó conocer el efecto predictivo de la personalidad y el apoyo social en la añoranza del hogar en estudiantes universitarios.

## MÉTODO

### Tipo y diseño de investigación

De acuerdo a la clasificación de Kerlinger y Lee (2002), la presente investigación fue de carácter no experimental y de campo, con un diseño transversal correlacional-causal que, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), permite describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales o en función de la relación de causa-efecto, lo que posibilita predecir el comportamiento de una variable a partir de otras, denominadas predictoras.

### Participantes

La muestra, recolectada a partir de un procedimiento de tipo no probabilístico e intencional, estuvo conformada por 228 estudiantes, 43.86% de hombres y 56.14% de mujeres, con edades comprendidas entre 16 y 25 años de edad ( $M = 17.54$ ;  $D.E. = 1.28$ ), que cursaban el primer periodo académico de carreras largas en tres instituciones universitarias, de las cuales 87.72% eran públicas y 12.28% privadas, ubicadas en el Distrito Metropolitano de Caracas: Universidad Simón Bolívar (49.93% de los estudiantes), Universidad Central de Venezuela (40.79%) y Universidad Santa María (12.28%).

## Instrumentos

Para la realización del estudio se emplearon los siguientes instrumentos de recolección de información:

*Cuestionario Big Five* (Goldberg, 1993), en versión adaptada y validada en Venezuela por Saputi (2008). Se trata de un cuestionario de auto-percepción, de lápiz y papel, que se responde en aproximadamente diez minutos, que permite evaluar las dimensiones propuestas por la teoría de Goldberg y que consta de cinco dimensiones: Extroversión, Agradable (afabilidad), Apertura a la experiencia, Conciencioso (conciencia) y Neuroticismo. Se encuentra conformado por 40 ítems en forma de adjetivos que se valoran mediante una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, (de 1, “No es cierto, casi nunca soy de esa manera”, a 5, “Totalmente, soy así casi siempre”. En la muestra venezolana que empleó Saputi (2008), con edades comprendidas entre 18 y 60 años, los coeficientes alfa de Cronbach arrojaron valores de .70 a .84, lo que indica una alta consistencia interna.

*Inventario de Apoyo Social* (Dunn, Putallaz, Sheppard y Lindstrom, 1987), en versión adaptada y validada en Venezuela por Angelucci (2011). Se trata de un instrumento de lápiz y papel que se responde en un tiempo aproximado de diez minutos y que mide tres factores que hacen referencia a fuentes de apoyo social percibido: Apoyo de amigos, Apoyo familiar y Apoyo religioso. Consta de 28 ítems y contiene una escala de respuestas tipo Likert de cuatro puntos cuyos valores van de 0, “Nada”, a 3, “Mucho”. La confiabilidad obtenida por Angelucci (2011) fue de .85 para la prueba total, de .857 para Apoyo de amigos, de .80 para Apoyo familiar y de .76 para Apoyo religioso.

*Homesickness Scale* (Archer, Ireland, Amos, Broad y Currid, 1998), adaptada a universitarios venezolanos para el presente estudio. Es un inventario de lápiz y papel diseñado para medir la añoranza del hogar. Puede responderse en un tiempo aproximado de diez minutos. La escala adaptada consta de 27 ítems que se califican mediante una escala de respuestas tipo Likert de cuatro puntos: de 1, “Completamente en desacuerdo”, a 4, “Completamente de acuerdo”. Consta de dos dimensiones: Desagrado por la universidad, conformada por 14 ítems, y Apego al hogar, con 13. La escala mostró valores de consistencia interna ob-

tenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach de .872 para la escala total, de .836 para la dimensión Desagrado por la universidad y de .826 para la dimensión Apego al hogar, lo que indica una adecuada confiabilidad.

Adicionalmente a estos instrumentos, se empleó una hoja de datos sociodemográficos e información personal de los participantes, la cual permitió la verificación de los criterios para ser incluidos en la muestra de estudio, tales como edad, sexo, lugar de procedencia, periodo académico cursado, institución educativa, carrera, experiencias previas de estar lejos del hogar, tiempo transcurrido lejos del hogar al momento de la recolección de datos, antecedentes de enfermedad mental y uso de medicamentos al momento del estudio.

Asimismo, se empleó un formato de consentimiento informado que recogió los aspectos éticos de la investigación y en el que se expusieron los objetivos de la investigación, los posibles riesgos, la voluntariedad para participar y abandonar el estudio cuando así lo desearan y otras consideraciones éticas incluidas en el Código de Ética del Psicólogo Venezolano y en el de la American Psychological Association. Solo se consideraron las personas que leyeron por completo el citado formato y que lo firmaron, accediendo así a participar de manera voluntaria en la investigación.

### Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo tras el permiso concedido por las autoridades académicas para acceder a las aulas en los horarios de clase de los estudiantes del primer periodo académico en las diferentes carreras de cada universidad. Se acudió a cada grupo de clase y se informó sobre las características del estudio, el propósito y la manera en que sería manejada la información recopilada. Solo participaron en la investigación aquellos estudiantes que provenían del interior del país y que firmaron el formato de consentimiento informado indicado antes. Los criterios de inclusión empleados fueron, a saber: que tuvieran una edad comprendida entre los 16 y 25 años, que cursaran el primer periodo académico en la institución universitaria, que su hogar o lugar de graduación estuviese ubicado fuera del Distrito Metropolitano de Caracas y que no sufriera enfermedades menta-

les ni que estuviera recibiendo medicamentos para estas en los dos últimos años.

Una vez recolectada la información, los datos fueron transcritos, codificados y analizados a partir de los estadísticos descriptivos, correlaciones y análisis de regresión múltiple.

### RESULTADOS

Para el logro del objetivo de la investigación fue necesario describir primeramente las variables de estudio en la población, conocer las relaciones entre las variables, verificar los supuestos para la aplicación de análisis multivariantes de datos y, finalmente, estimar las regresiones múltiples para conocer la importancia relativa de los rasgos de personalidad y las dimensiones del apoyo social percibido como predictores de la añoranza del hogar y sus dimensiones en la muestra seleccionada de estudiantes universitarios.

En la Tabla 1 se muestran los resultados descriptivos para las variables bajo estudio.

En el caso de la Añoranza del hogar total y de la dimensión de Apego al hogar, los estudiantes mostraron puntajes moderados, pero bajos en el caso de la dimensión Desagrado por la universidad. Puede observarse que, al comparar los puntajes entre hombres y mujeres, se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos, mostrando las mujeres puntajes medios superiores a los obtenidos por los hombres, aunque con valores moderados en el caso de la Añoranza del hogar total y Apego al hogar, y moderados o bajos en Desagrado por la universidad. En los rasgos de personalidad no se observaron diferencias significativas ( $p < .01$ ) entre los puntajes medios de hombres y mujeres, y a excepción de la dimensión Agradable, cuya media se ubicó en valores bajos respecto al rango, el resto de las dimensiones medidas mostraron valores más bien moderados (apertura y neuroticismo) y moderados o altos (Extroversión y Conciencioso). Con relación a las dimensiones del apoyo social percibido, puede observarse que los participantes mostraron en general puntajes altos respecto al rango observado, a excepción de la dimensión Apoyo religioso, en que los puntajes se concentraron más hacia los valores moderados. Cabe destacar que en el caso del apoyo social se pudieron

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

Variable	Media mujeres	Media hombres	<i>t</i>	Media muestral	D.E.	Rango posible	Rango obtenido
Añoranza del hogar total	52.922	46.880	4.272*	50.27	10.992	27-108	30-82
Desagrado por la universidad	20.992	18.590	3.678*	19.94	5.482	14-56	13-35
Apego al hogar	25.781	22.420	4.533*	24.31	5.790	13-52	12-40
Extroversión	21.406	21.010	0.630	21.23	4.786	6-30	7-30
Agradable	18.223	19.290	-1.792	18.69	4.467	8-40	9-32
Concienzudo	36.188	34.760	2.013	35.56	5.349	9-45	16-45
Apertura	3.758	31.850	-1.429	31.24	5.739	9-45	17-45
Neuroticismo	21.953	21.130	1.183	21.59	5.217	8-40	8-38
Apoyo de amigos	24.461	22.800	2.065	23.73	6.069	0-33	5-33
Apoyo familiar	18.711	17.250	3.576*	18.07	2.985	0-21	2-21
Apoyo religioso	5.023	3.910	2.760*	4.54	3.067	0-12	0-12

\* Significativo a  $p < .01$ 

apreciar diferencias estadísticamente significativas ( $p < .01$ ) en Apoyo religioso y en Apoyo familiar, donde las mujeres alcanzaron medias superiores.

Como procedimiento previo al análisis de regresión, se calcularon las correlaciones producto-momento de Pearson entre las variables de la investigación con el propósito de conocer cuáles fueron las relaciones más significativas entre las variables. En la Tabla 2 puede apreciarse que la única dimensión de la personalidad que se relacionó con puntuaciones bajas, positivas y estadísticamente significativa (a un nivel de  $p = .01$ ) con la añoranza del hogar y sus dimensiones de fue

Neuroticismo, con valores de  $r = .213$  en Añoranza del hogar total,  $r = .172$  en Desagrado por la universidad y  $r = .205$  en Apego al hogar. Asimismo, puede observarse que en las dimensiones de Apoyo social percibido, las de Apoyo de amigos ( $r = -.278$ ) y Apoyo familiar ( $r = -.188$ ) mostraron asociaciones bajas, negativas y estadísticamente significativas con el Desagrado por la universidad ( $p = .01$ ), mientras que la dimensión de Apoyo religioso mostró asociaciones bajas, positivas y significativas con la dimensión de Apego al hogar ( $r = .204$ ).

**Tabla 2. Correlaciones bivariadas entre las variables de estudio.**

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Añoranza del hogar total	1	.848**	.908**	-.085	.001	.004	-.112	.213**	-.168*	-.053	.156*
2. Desagrado por la universidad		1	.576**	-.165*	.082	-.122	-.165*	.172**	-.278**	-.188**	.075
3. Apego al hogar			1	-.019	-.074	.100	-.061	.205**	-.047	.072	.204**
4. Extroversión				1	.054	.226**	.487**	.183**	.403**	.176**	.153*
5. Agradable					1	-.200**	.034	.407**	-.071	-.163*	-.163*
6. Concienzudo						1	.374**	-.119	.248**	.276**	.192**
7. Apertura							1	.217**	.307**	.138*	.061
8. Neuroticismo								1	.027	-.058	.003
9. Apoyo de amigos									1	.528**	.270**
10. Apoyo familiar										1	.271**
11. Apoyo religioso											1

\* Significativa a  $p < .05$  (dos colas)\*\* Significativa a  $p < .01$  (dos colas)

Posterior al análisis de las correlaciones, se comprobaron los supuestos propuestos por Hair, Anderson, Tatham y Black (1999) para la realización del análisis de regresión múltiple, a saber: normalidad a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov; linealidad a través de la inspección visual de los gráficos de regresión parcial; homocedasticidad a partir de la inspección visual de los gráficos de los residuales; independencia de los términos de error analizando los valores de la prueba de Durbin-Watson y mediante la inspección visual de los gráficos de los residuos, y ausencia de multicolinealidad entre las variables independientes a partir de la inspección visual de la matriz de correlaciones de las variables.

Se pudieron comprobar los supuestos, a excepción del supuesto de normalidad en las dimensiones Desagrado por la universidad de Añoranza del hogar, y Apoyo familiar y Apoyo religioso del Apoyo social percibido. A este respecto, Hair et al. (1999) sugieren que una forma solventar dicho incumplimiento es mediante la transformación de las variables, ya sea a través del logaritmo, de la raíz cuadrada o incluso del inverso de la variable. Se realizaron los cálculos necesarios tomando como

base lo propuesto, pero no se observaron mejoras significativas en los resultados, razón por la cual se optó por dejar las regresiones encontradas y tomar con cautela los resultados obtenidos.

Para llevar a cabo la regresión por el método paso a paso, fue necesario fijar previamente el criterio de probabilidad de entrada (que permite identificar y evitar que la información proporcionada por dos variables sea redundante) y el criterio de probabilidad de salida del modelo. De esta manera, se partió de un criterio de entrada de las variables de  $p < .01$  y un criterio de salida de  $p > .05$ . Este análisis se condujo estudiando cada componente de la variable dependiente por separado: primero Añoranza del hogar total, luego Apego al hogar y finalmente para Desagrado por la universidad.

### Añoranza del hogar total

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos luego de calcular la regresión paso a paso entre todas las variables independientes (dimensiones de la personalidad y del apoyo social percibido) y la añoranza del hogar total.

**Tabla 3.** Regresión entre las variables independientes y añoranza del hogar total.

Modelo	Variables independientes	Variable dependiente: Añoranza del hogar total							
		$\beta$	t	p	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	F	Sig.
1	Neuroticismo	.213	3.279	.001*	0.213	0.045	0.041	10.75	.001*
2	Neuroticismo	.218	3.397	.001*	0.275	0.076	0.067	9.20	.000*
	Apoyo de amigos	-.174	-2.711	.007*					
3	Neuroticismo	.219	3.490	.001*	0.346	0.120	0.108	10.180	.000*
	Apoyo de amigos	-.233	-3.577	.000*					
	Apoyo religioso	.219	3.359	.001*					

\*Significativo a  $p < .01$

Se puede observar que la añoranza del hogar es mejor explicada por el tercer modelo, en el que puede apreciarse que existe una correlación múltiple moderada-baja ( $R = .346$ ) entre Neuroticismo, Apoyo de amigos y Apoyo religioso con Añoranza del hogar, que en su conjunto explican 12% de la varianza total ( $R^2 = .120$ ) y que es significativa desde el punto de vista estadístico ( $F = 10.18$ ;  $gl = 3$ ;  $p = .000$ ). Es importante señalar que la combinación lineal de las variables incluidas en este modelo de predicción deja de explicar 88% de

la varianza de la Añoranza del hogar total (coeficiente de no determinación = .880).

Para conocer el aporte que cada una de las variables predictoras del modelo tiene individualmente sobre la Añoranza del hogar total, se puede observar en la tabla anterior que las variables cuyas aportaciones al modelo de predicción resultaron estadísticamente significativas con un nivel de significación de  $\alpha = .01$  fueron las de Neuroticismo, Apoyo de amigos y Apoyo religioso, y asimismo que las variables Neuroticismo y Apoyo

religioso aportan a la predicción una correlación positiva, baja y significativa, mientras que la variable Apoyo de amigos aporta una correlación negativa, baja y significativa.

La ecuación de regresión resultante fue la siguiente:

$$Y_i = 46.776 + (.219) * X_1 + (-.233) * X_2 + (.219) * X_3 + 1.381$$

### Apego al hogar

Respecto a la dimensión Apego al hogar, puede decirse que la combinación lineal de las variables independientes que mejor predice la dimensión es la reportada en el segundo modelo (Tabla 4).

**Tabla 4.** Regresión entre las variables independientes y la dimensión apego al hogar.

Modelo	Variables independientes	Variable dependiente: Apego al hogar							
		$\beta$	t	p	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	F	Sig.
1	Neuroticismo	.205	3.150	.002	.205	.042	.038	9.925	.002
2	Neuroticismo	.205	3.204	.002	.289	.083	.075	10.245	.000
	Apoyo religioso	.203	3.188	.002					

En la tabla puede apreciarse una correlación múltiple baja (R = .289) entre Neuroticismo y Apoyo religioso, que en conjunto explica 8.3% de la varianza total de Apego al hogar, significativa desde el punto de vista estadístico. Es importante señalar que esta combinación lineal de las variables deja de explicar 91.7% de la varianza de Apego al hogar (coeficiente de no determinación = .917).

Para conocer el aporte individual de cada una de las variables predictoras sobre el apego al hogar, se puede observar asimismo en la anterior tabla que las variables cuyas aportaciones al modelo de predicción resultaron estadísticamente significativas, con un nivel de significación de .01, fueron las variables Neuroticismo y Apoyo religioso, que aportaron asociaciones positivas y bajas. La ecuación de regresión resultante fue como sigue:

$$Y_i = 17.664 + (0.205) * X_1 + (.203) * X_2 + 5.568$$

### Desagrado por la universidad

Con relación a la dimensión Desagrado por la universidad de Añoranza del hogar, se obtuvieron dos modelos a través de la regresión paso a paso, siendo el segundo de ellos el que explicó el mayor porcentaje de varianza. En la Tabla 5 se puede observar que en ese modelo hubo una correlación múltiple moderada-baja entre Neuroticismo y Apoyo de amigos, que en conjunto explican 11% de la varianza total (coeficiente de determinación = .110), significativa desde el punto de vista estadístico. Es importante señalar que la combinación lineal de las variables incluidas en este modelo de predicción deja de explicar 89% de la varianza de Desagrado por la universidad (coeficiente de no determinación = .890).

**Tabla 5.** Regresión entre las variables independientes y la dimensión Desagrado por la universidad.

Modelo	Variables independientes	VD: Desagrado por la universidad							
		$\beta$	t	p	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	F	Sig.
1	Apoyo de amigos	-.278	-4.348	.000	.278	.077	.007	18.906	.000
2	Apoyo de amigos	-.283	-4.493	.000	.331	0.11	.102	13.851	.000
	Neuroticismo	.180	2.863	.005					

Explorando las asociaciones individuales de las variables predictoras sobre la dimensión Desagrado por la universidad, se puede observar en la tabla que la variable Apoyo de amigos aporta a la predicción una correlación negativa, baja y significa-

tiva, y la variable Neuroticismo una correlación positiva, baja y significativa. La ecuación de regresión resultante fue la siguiente:

$$Y_i = 21.789 + (-.283) * X_1 + (.180) * X_2 + 4.870$$

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal predecir la añoranza del hogar a partir de los rasgos de personalidad y las dimensiones del apoyo social percibido. Primeramente, se caracterizó la muestra en función a las variables de estudio, observándose puntuaciones que se ubicaron hacia los valores promedio de Añoranza del hogar y sus dimensiones. En este sentido, se esperaba que la muestra puntuara niveles altos en mayor proporción que la encontrada debido a que su mayor parte se encontraba en el periodo en que, según la literatura (Eurelings-Bontekoe et al., 1998; Matthews y Deary, 1998), la añoranza del hogar resulta sorprendentemente común entre estudiantes universitarios y se estima una incidencias que oscila entre 39 y 72%, siendo mayor en los casos de China, Turquía y Estados Unidos (entre 19 y 95%).

Dada la baja incidencia de la añoranza del hogar en la muestra de estudio, cabe mencionar que Dawson y Pooley (2013) sostienen que el apoyo social percibido contribuye a que las personas puedan adaptarse más fácilmente en la transición hacia la universidad, encontrándose relaciones negativas con disfunciones tales como ansiedad, soledad y depresión. En ese mismo orden de ideas, Martínez et al. (2014) destacan el papel del apoyo social percibido como un factor protector importante ante las experiencias y demandas que implica la transición a la universidad.

Dado que la muestra de estudio estuvo conformada predominantemente por mujeres (56.14%), se calcularon los estadísticos de contraste pertinentes, comprobándose diferencias estadísticamente significativas a favor de las mismas. Los hallazgos de la presente investigación relativos al sexo son contrarios a los de Fisher y Hood (1988) y Verschuur y Eurelings-Bontekoe (2003), quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia o la intensidad de la añoranza del hogar y el sexo. No obstante, tales resultados pudieran ir de la mano con los de Ferraz y Pereira (2002), que encontraron que las mujeres tendieron a puntuar niveles altos de añoranza del hogar, aunque no de un modo estadísticamente significativo. Lo aquí encontrado se relaciona con los hallazgos de Bethelmy y Guarino (2008) en su estudio con médicos venezola-

nos, en el que las mujeres tuvieron una tendencia mayor a manifestar sintomatología física y psicológica, lo cual las autoras relacionan con el rol de madres o cuidadoras asociado a las mujeres y a las tareas del hogar.

En la dimensión Apego al hogar, las mujeres alcanzaron puntuaciones por encima de las obtenidas por los hombres. Tales resultados fueron significativos en el presente estudio, aunque en investigaciones como la de Flett et al. (2009), a pesar de haberse encontrado medias ligeramente superiores en las mujeres estudiantes universitarias que conformaron su muestra respecto a la de los hombres, dichas diferencias no fueron significativas en el caso de estos últimos. Ferraz y Pereira (2002) sostienen que las estudiantes mujeres tienden a ser más dependientes, nostálgicas y afectivas respecto de sus familias.

La prevalencia vista en las mujeres pudiera relacionarse con las estrategias de afrontamiento que emplean los estudiantes. A este respecto, Matud (2004) señala que las mujeres muestran mayores niveles de afrontamiento emocional y evitación que los hombres, mientras que estos últimos emplean predominantemente estrategias de afrontamiento racional, de desapego e inhibición emocional, por lo que en el caso de los presentes hallazgos, el estilo de afrontamiento podría estar influenciando las relaciones encontradas en función del sexo.

En cuanto a las dimensiones de personalidad, se pudieron apreciar valores más bien moderados en la muestra y sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo. Se esperaba que las diferencias encontradas en las dimensiones de Neuroticismo, Conciencioso y Extroversión fueran estadísticamente significativas, y que estuvieran en consonancia con lo reportado por Ferraz y Pereira (2002), en cuyo estudio las mujeres obtuvieron puntuaciones medias superiores y estadísticamente significativas en la escala de neuroticismo.

De acuerdo con los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones del apoyo social percibido, los estudiantes pertenecientes a la muestra de estudio lograron puntajes moderados-altos en cuanto al Apoyo de amigos, predominantemente altos en Apoyo familiar, y moderados-bajos en Apoyo religioso. A este respecto, Urani, Miller, Johnson y Petzel (2003) encontraron que el apoyo

social en el ambiente del hogar de las personas antes de ir a la universidad tiene una relación positiva y estadísticamente significativa con el apoyo social en el medio educativo, por lo que ese elevado apoyo familiar percibido por la totalidad de la muestra estudiada pudo deberse a las experiencias de apoyo previas a su ingreso a la universidad, fomentadas en aquellos estudiantes que puntuaron alto.

Los presentes resultados fueron contrastados en función del sexo, observándose que las mujeres mostraron medias superiores a la de los hombres en las tres dimensiones descritas, pero solo fueron significativas estadísticamente en los casos de Apoyo social y Apoyo religioso. Las diferencias observadas en los promedios obtenidos en las dimensiones de apoyo social en función del sexo difieren de las encontradas por Rosa-Rodríguez, Negrón, Maldonado, Quiñonez y Toledo (2015), quienes no hallaron diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido en función al sexo; sin embargo, coinciden con los resultados de Feldman et al. (2008), en cuyo estudio las mujeres tuvieron una mayor percepción del apoyo social que los hombres. Barra (2011) atribuye tales diferencias a factores de socialización y a los roles de género, añadiendo que mientras que los hombres ponen un mayor énfasis en la autonomía, independencia y autoconfianza, las mujeres tienden a ser formadas para ser más dependientes, con mayor conciencia de sus problemas y mayor disposición para la búsqueda de la ayuda de los demás.

En cuanto a las principales relaciones surgidas entre la añoranza del hogar y las variables de personalidad, se apreció que el neuroticismo mostró asociaciones con las dimensiones Desagrado por la universidad y Apego al hogar, lo cual se corresponde con lo encontrado por Khademi y Farshi (2013); en su estudio con estudiantes universitarios, estos autores encontraron una correlación baja, positiva y significativa entre el neuroticismo y la añoranza del hogar, y también con lo hallado por Ferraz y Pereira (2002), quienes a su vez descubrieron una relación positiva, baja y significativa entre las variables mencionadas. De esta manera, en la muestra de estudiantes evaluada, aquellos que exhibieron una menor adaptación emocional—caracterizada por pesimismo, ansiedad, nerviosismo y tensión—tendieron a reportar puntuaciones mayores en la añoranza del hogar en general.

A propósito de las relaciones encontradas entre el neuroticismo y la añoranza del hogar, es importante señalar que cuando esta última es persistente, recurrente y pasa de ser aguda a crónica, puede exacerbar diversas patologías. Si bien es cierto que no genera trastornos mentales, es posible que su cronicidad y falta de atención oportuna profundicen ciertos trastornos de la personalidad o patologías de base que en ocasiones ni el mismo individuo conoce, lo que repercute en su salud y en las relaciones que mantiene con su entorno. A este respecto, Stroebe, Schut y Nauta (2015) propusieron un modelo en el que se considera la añoranza del hogar como una especie de “miniduelo”, que se asemeja a las consideraciones teóricas de la añoranza del hogar valoradas con el instrumento empleado en el presente estudio para su medición: problemas referidos al hogar (apego al hogar), por una parte, y problemas referidos al nuevo entorno (desagrado por la universidad) por la otra, el cual proponen someter a valoración empírica en investigaciones futuras y cuyas aportaciones ofrecen alternativas para su prevención y tratamiento. Eurlings-Bontekoe et al. (1998) hallaron asimismo una marcada prevalencia de desórdenes de personalidad en personas que reportaron padecer o haber padecido añoranza del hogar, con diferencias estadísticamente significativas respecto a quienes no padecían ni habían padecido la misma.

En cuanto a las relaciones encontradas entre la añoranza del hogar y las dimensiones del apoyo social percibido, los estudiantes que percibían contar con un apoyo mayor de las agrupaciones religiosas y sociales a las que pertenecían tendieron a mostrar puntajes más elevados de apego al hogar, mientras que aquellos que contaban con el apoyo de sus familiares, amigos y pares, mostraron puntajes más bajos de desagrado por la universidad.

Van Tilburg, Vingerhoets y Van Heck (1997) afirman que los estudiantes con un considerable apoyo social son menos propensos a padecer añoranza del hogar que aquellos que han perdido el apoyo social; Barra (2011), a su vez, señala que quienes cuentan con el apoyo de la familia y los amigos muestran menores índices de depresión y ansiedad, lo que les permite afrontar mejor los problemas del día a día. Por ende, los resultados van en la misma dirección que lo planteado por la literatura existente hasta el momento.

Sobre el apoyo social existe una amplia bibliografía que lo relaciona con los procesos de salud y enfermedad. De hecho, se ha encontrado que el apoyo social percibido, tal como el que puede provenir de la familia extendida (hermanos, profesores, compañeros, etc.), se ha considerado como una contribución benéfica a la adaptación positiva de la transición a la universidad (Urquant y Pooley, 2007), y que cuando en los semestres iniciales los estudiantes forman o se unen a grupos de apoyo social en los primeros semestres de su carrera, adquieren más fácilmente las habilidades para hacer frente a su entorno (Poyrazly y López, 2007). Se han propuesto algunos modelos, como el DPM (Dual Process Model of Coping with Bereavement) de Stroebe y Schut (1999), que brindan alternativas para explicar esas relaciones (cf. Sun, 2015).

Finalmente, para alcanzar el objetivo de evaluar el poder predictivo de las diferentes dimensiones de la personalidad y el apoyo social percibido sobre el añoranza del hogar en una muestra de estudiantes, fue necesario computar los modelos de regresión múltiple a través del método paso a paso, que mostró que las variables de neuroticismo y apoyo religioso correlacionaron baja y positivamente con la añoranza del hogar total, mientras que el apoyo de amigos lo hizo de forma baja, negativa y significativa desde el punto de vista estadístico, por lo que pareciera que las personas que perciben contar con el apoyo de sus asociaciones religiosas, que poseen rasgos neuróticos y que tienen una baja percepción del apoyo de sus amigos y pares, tienden a manifestar mayores niveles de añoranza del hogar.

Vale la pena mencionar que investigaciones como las de Poyrazly y López (2007) y Urquant y Pooley (2007) han destacado el papel amortiguador del apoyo social como factor protector ante la añoranza del hogar. Sin embargo, en el presente caso la dimensión del apoyo religioso tuvo un efecto diferente del esperado. Se presume que ello pudo deberse a que, en general, las asociaciones de índole religiosa y social tienden a fomentar espacios para la autorrevelación ante los otros, así como el contacto cognitivo y emocional consigo mismo. Es posible que tal contacto contribuya a que las personas que se encuentran lejos del hogar tiendan a tener pensamientos persistentes y recu-

rrentes acerca de su familia, amigos y personas significativas que permanecieron en el lugar donde vivía. No obstante, esas hipótesis deben someterse a contrastación.

El modelo obtenido para la dimensión de Apego al hogar solo explicó 8.3% de la varianza no atribuible al error o al azar, a través de la combinación lineal de las variables Neuroticismo y Apoyo religioso, cada una de las cuales aportó relaciones bajas, positivas y estadísticamente significativas. Puede decirse con la debida cautela que aquellos estudiantes que presentan rasgos de personalidad caracterizados por la tendencia a exhibir mala adaptación emocional, pesimismo, ansiedad, nerviosismo, tristeza y tensión, y que además perciben que cuentan con el apoyo de las agrupaciones religiosas, sociales y deportivas a las que pertenecen, muestran mayores posibilidades de manifestar preocupaciones, pensamientos y sueños relacionados con el hogar, pérdida del sí mismo y evitación.

La dimensión Desagrado por la universidad fue mejor predicha por la combinación lineal de Apoyo de amigos y Neuroticismo, las cuales en su conjunto explicaron 11% de la varianza total no atribuible al error o al azar, apreciándose que el primero tuvo una correlación negativa baja y significativa, mientras que el segundo se relacionó de forma positiva, baja y significativa. A propósito de Apoyo de amigos, estas últimas relaciones encontradas en los modelos derivados del método por pasos pudiera explicarse mediante la teoría de la pertenencia, cuya premisa es que los seres humanos poseen una tendencia innata a mantener relaciones interpersonales duraderas. Watt y Badger (2009), basados en esta teoría, hallaron una relación positiva y significativa entre la necesidad de pertenecer y la añoranza del hogar, encontrando además que las personas que se sentían aceptadas en la comunidad mostraban una menor añoranza del hogar, lo cual ocurría independientemente de la cantidad de amigos que tuviesen, por lo que en el caso de la presente investigación sería la sensación de sentirse aceptados en la comunidad universitaria lo que determinó haber experimentado o no la añoranza del hogar.

Cabe mencionar en este punto que si bien las referencias en la literatura existente son vastas en los países anglosajones, en su mayoría relacio-

nan la añoranza del hogar con la personalidad (Brewin et al., 1989; Eurelings-Bontekoe et al., 1998; Ferraz y Pereira, 2002; Khademi y Farshi, 2013; Van Tilburg et al., 1999; Verschuur y Eurelings-Bontekoe, 2003) y con el apoyo social (Poyrazly y López, 2007; Urani et al., 2003; Urquant y Pooley, 2007). En la literatura temática no se obtuvieron reportes de investigaciones en las que se relacionara la añoranza del hogar, la personalidad y el apoyo social de manera conjunta, y menos aún en cuanto a sus dimensiones constitutivas.

Lo que se ha observado es que la mayor parte de las investigaciones reportadas emplean los puntajes globales en lugar de hacerlo por dimensiones, sobre todo en el caso de la añoranza del hogar y del apoyo social; por ende, son escasas las evidencias empíricas de que se dispone para contrastar los modelos de predicción encontrados, y la presente investigación se constituye como un aporte novedoso que contribuirá a ampliar el conocimiento en el estudio de esa variable.

En conclusión, las asociaciones significativas halladas fueron bajas y directas entre la añoranza del hogar total y el neuroticismo y entre el apego al hogar y el apoyo religioso, y bajas e indirectas entre el desagrado por la universidad y el apoyo de amigos y entre el desagrado por la universidad y el apoyo familiar.

Puede afirmarse, entonces, que la añoranza del hogar puede ser predicha por el neuroticismo, el apoyo religioso y el apoyo de amigos, siendo mayor en estudiantes con rasgos neuróticos de personalidad que perciben que cuentan con el apoyo de las organizaciones religiosas y sociales a las que se pertenecen y que no perciben carecer del de sus amigos y pares.

Por su parte, el apego al hogar pudo predecirse por el neuroticismo y el apoyo religioso, pues los estudiantes mostrarán mayor apego al hogar mientras más agudos sean sus rasgos de personalidad neurótica y mayor su percepción del apoyo proveniente de las asociaciones religiosas y sociales a las que pertenecen.

Finalmente, el desagrado por la universidad puede predecirse por el apoyo de amigos y el neuroticismo: aquellos estudiantes que mostraron mayores rasgos de neuroticismo y que tuvieron una baja percepción del apoyo de sus amigos y pares mostraron un mayor desagrado por la universidad.

Debido al muestreo empleado para el presente estudio y el bajo poder explicativo de los modelos obtenidos, los resultados deben ser tomados con reserva debido a la posible influencia de factores que atentan contra su validez. Futuras investigaciones pueden llevarse a cabo con procedimientos de muestreo y diseños de investigación más robustos que garanticen la validez de los resultados.

El presente estudio representa, en fin, un aporte al conocimiento de que se dispone acerca de la variable y da lugar a profundizar o contrastar los hallazgos, e incluso ampliarlos analizando las posibles relaciones con variables tales como estilo de afrontamiento, tipo de apego, resiliencia, percepción de control, ansiedad y sensibilidad emocional, que si bien han sido estudiadas de manera individual en su relación con la añoranza del hogar, se desconoce la aportación conjunta de las mismas en la predicción del referido fenómeno en muestras similares.

## REFERENCIAS

- Angelucci, L. (2011). *Emoción y salud: un modelo causal*. Tesis inédita de doctorado. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Archer, J., Ireland, J., Amos, S., Broad, H. y Currid, L. (1998). Derivation of a homesickness scale. *British Journal of Psychology*, 89, 205-221. doi: 10.1177/0013916510361872.
- Barra, E. (2011). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8(1), 29-38. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67923973002>.
- Bethelmy R., L. y Guarino, L. (2008). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 43-58. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803003>.

- Brewin, C., Furnham, A. y Howes, M. (1989). Demographic and psychological determinants of homesickness and confiding among students. *British Journal of Psychology*, 8, 467-477. doi: 10.1111/j.2044-8295.1989.tb02336.x.
- Costa, P. y Mc Crae, R. (1992). *Professional manual for the NEO-PI-R and NEO-FFI*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dawson, M. y Pooley, J. (2013). Resilience: The role of optimism, perceived parental autonomy and perceived social support in first year students. *Journal of Education and Training Studies*, 1(2), 38-49. doi: <https://doi.org/10.11114/jets.v1i2.137>.
- Dunn, S., Putallaz, M., Sheppard, B. y Lindstrom, R. (1987). Social support and adjustment in gifted adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 79(4), 467-473. doi: 10.1037/0022-0663.79.4.467.
- Eurelings-Bontekoe, E., Brouwers, E., Verschuur, M. y Duijsens, I. (1998). DSM-III-R and ICD-10 personality disorder features among women experiencing two types of self-reported homesickness: An exploratory study. *British Journal of Psychology*, 89, 405-416. doi: 10.1111/j.2044-8295.1998.tb02693.x.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Pignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y de Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751. Disponible en línea: <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=64770311>.
- Ferraz, M. y Pereira, A. (2002). A dinâmica da personalidade e homesickness (saudades de casa) dos jóvenes estudiantes universitarios. *Psicologia, Saúde y Doenças*, 3(2), 149-164. Disponible en línea: <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=36230204>.
- Fisher, S. y Hood, B. (1988). Vulnerability factors in the transition to university: Self-reported mobility history and sex differences as factors in psychological disturbance. *British Journal of Psychology*, 79, 309-320. doi: 10.1111/j.2044-8295.1988.tb02290.x.
- Flett, G., Endler, N. y Besser, A. (2009). Separation anxiety, perceived controllability, and homesickness. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(2), 265-282. doi: 10.1111/j.1559-1816.2008.00438.x.
- Goldberg, L. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48(1), 26-34.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice-Hall.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill/ Interamericana.
- Khademi, A. y Farshi, A. (2013). The role of personality traits and resilience on homesickness of college students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 82(3), 537-541. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.305.
- Malakloulunthu, S. y Satyen, P. (2011). Adjustment problems among international students in Malaysian private higher education institutions. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 833-837. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.03.194.
- Martínez L., Z., Páramo, M., Guisande, M., Tinajero, C., da Silva, L. y Rodríguez, M. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: Propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y la Social Provision Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102-110. doi: 10.1016/S0120-0534(14)70013-5.
- Matt, S. (2007). A hunger for home: Homesickness and food in a global consumer society. *The Journal of American Culture*, 30(1), 6-17. doi: 10.1111/j.1542-734X.2007.00461.x.
- Matthews, G. y Deary, I. (1998). *Personality traits*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Matud, P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415. doi: 10.1016/j.paid.2004.01.010.
- Poyrazly, S. y López, M. (2007). An exploratory study of perceived discrimination and homesickness: A comparison of international students and American students. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 141(3), 263-280. doi: 10.3200/JRLP.141.3.263-280.
- Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, N., Maldonado, Y., Quiñonez, A. y Toledo, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43. doi: <dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.03>.
- Saputi, D. (2008). *Big Five, estilos de manejo de conflicto y resultados de la negociación, un análisis de ruta*. Tesis inédita de maestría. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
- Shal, R., Sharbaf, H., Abdekhodae, M., Masoleh, S. y Salehi, I. (2011). Survey the relationship between attachment style and general self efficacy with homesickness among college students. *Procedia Social and Behavior Sciences*, 3, 538-541. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.105.
- Shin, H. y Abell, N. (1999). The Homesickness and Contentment Scale: Developing a culturally sensitive measure of adjustment for Asian. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 40-45. doi: 10.1177/104973159900900104.
- Stroebe M.S. y Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224. doi: 10.1080/074811899201046.
- Stroebe, M., Schut, H. y Nauta, M. (2015). Is homesickness a mini-grief? Development of a dual process model. *Clinical Psychological Science*, 4(2), 344-358. doi: 10.1177/2167702615585302.

- Sun, J. (2015). *Homesickness at college: A predictive model for first-time students*. Unpublished Doctoral Thesis. Ames, IO: Iowa State Institute.
- Tartakovsky, E. (2007). A longitudinal study of acculturative stress and homesickness: High-school adolescents immigrating from Russia and Ukraine to Israel without parents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(6), 485-494. doi: 10.1007/s00127-007-0184-1.
- Thurber, C. (2005). Multimodal homesickness prevention in boys spending 2 weeks at a residential summer camp. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 555-560. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.555.
- Thurber, C. y Walton, E. (2007). Preventing and treating homesickness. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(4), 843-858. doi:10.1016/j.chc.2007.05.003.
- Urani, M., Miller, S., Johnson, J. y Petzel, T. (2003). Homesickness in socially anxious first year college students. *College Student Journal*, 37(3), 392. Disponible en línea: [http://www.campspirit.com/files/2012/05/HS-in-University\\_JACH\\_2012.pdf](http://www.campspirit.com/files/2012/05/HS-in-University_JACH_2012.pdf).
- Urquhart, B. y Pooley, J. (2007). The transition experience of Australian students to university: The importance of social support. *The Australian Community Psychologist*, 19(2), 78-91. Disponible en línea: [http://groups.psychology.org.au/Assets/Files/19\(2\)\\_07\\_Pooley.pdf](http://groups.psychology.org.au/Assets/Files/19(2)_07_Pooley.pdf).
- Van Tilburg, M., Vingerhoets, A. y Van Heck, G. (1997). Coping with homesickness: The construction of the Adult Homesickness Coping Questionnaire. *Journal of Personality and Individual Differences*, 22, 901-907. doi:10.1016/S0191-8869(97)00010-X.
- Van Tilburg, M., Vingerhoets, A. y Van Heck, G. (1999). Determinants of homesickness chronicity: Coping and personality. *Personality and Individual Differences*, 27(3), 531-539. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00262-1.
- Verschuur, M. y Eurelings-Bontekoe, E. (2003). Homesickness, temperament and character. *Personality and Individual Differences*, 35, 757-770. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00281-7.
- Watt, S. y Badger, A. (2009). Effects of social belonging on homesickness: An application of the belongingness hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(4), 516-530. doi: 10.1177/0146167208329695.



# Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas

## *Inventory of Anxiety and Hospital Depression and Type A Behavior Pattern Withdrawal Scale in a population of patients with cardiovascular diseases: Psychometric properties*

*Bibian Herrera Navarrete<sup>1</sup>, Oscar Galindo Vázquez<sup>2,3</sup>  
y Abel Lerma Talamantes<sup>4</sup>*

### RESUMEN

*Introducción:* La sintomatología de ansiedad, depresión y conducta tipo A son aspectos psicológicos prevalentes en población con enfermedades cardiovasculares. *Objetivo:* validar el Inventario de Ansiedad y Depresión (HADS) y la Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Método:* Se empleó un diseño transversal, con un muestreo no probabilístico, por disponibilidad. Se incluyó a 200 pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovasculares, con una media de edad de 59.7 años, de los cuales 59% eran hombres. Los criterios de inclusión fueron ser pacientes con enfermedades cardiovasculares con diagnóstico médico confirmado, en cualquier tratamiento médico, y saber leer y escribir. Los criterios de exclusión fueron sufrir limitaciones visuales o auditivas severas y afectaciones cognitivas, y como criterios de eliminación no concluir la investigación o llenar incorrectamente los cuestionarios. *Resultados:* El análisis factorial del HADS identificó un solo factor, con un coeficiente alfa de la escala global de 0.94 y una varianza explicada de 59.6%. La estructura factorial del ERCTA, ajustada a un solo factor, mostró un coeficiente alfa de la escala global de 0.93 y una varianza explicada de 67.3%. La validez concurrente entre ambos instrumentos por medio de correlación mostró resultados significativos. *Discusión:* Los inventarios HADS y ERCTA mostraron ser instrumentos válidos y confiables para su uso en la atención clínica y la investigación de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Esta población puede requerir atención psicosocial, además de la que se le brinde a su salud.

**Palabras clave:** Ansiedad; Depresión; Enfermedades cardiovasculares; Patrón de conducta tipo A; Validación de pruebas.

---

<sup>1</sup> Universidad Latina, Campus Sur, Av. Cuauhtémoc No. 1614, Col. San Lorenzo Tezonco, Deleg. Iztapalapa, 09900 Ciudad de México, tel. (55)13-12-47-08, correo electrónico: b.herreranavarrete@gmail.com. Artículo recibido el 1 de agosto y aceptado el 15 de septiembre de 2017.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Cancerología, Servicio de Psicooncología, Av. San Fernando 22, Col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, 14080 Ciudad de México, tel. (55)56-28-04-00.

<sup>3</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México.

<sup>4</sup> Escuela de Enfermería, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", Belisario Domínguez, Sección 16, Belisario Domínguez, Secc. 16, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México.

## ABSTRACT

**Background:** *Anxiety and depression symptoms as well as type A behavior are prevalent psychological conditions in people with cardiovascular disease. Objective: to validate the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Retirement Scale Pattern A (ERCTA) in a population of patients with cardiovascular disease. Method: A cross-sectional design was used, and participants were recruited through a non-probabilistic procedure on the basis of availability. A total of 200 patients diagnosed with cardiovascular disease, with an average of 59.7 years of age participated (59% were men). Participants were selected if they had confirmed cardiovascular disease diagnosis, being in any type of medical treatment, and fully literate. Potential participants were excluded if they had serious uncorrected visual or hearing limitations. Data from participants who did not complete the study's protocol or improperly filled out the corresponding questionnaires were excluded from the analyses. Results. Factor analysis of the HADS revealed a single factor and yielded a 0.947 Cronbach's alpha coefficient and a 59.6% explained variance. The factorial structure of ERCTA, adjusted to a single factor, showed an alpha coefficient of 0.930 in the global scale, and an explained variance of 67.3%. Concurrent validity between the two instruments showed a statistically significant correlation. Discussion: The HADS and ERCTA inventories were shown to be valid and reliable instruments for their use in clinical and research endeavors with cardiovascular diseased persons. This population may require psychosocial management in addition to their medical health care.*

**Key words:** Anxiety; Depression; Cardiovascular disease; Type A behavior pattern; Test validation.

## INTRODUCCIÓN

Según el Sistema Nacional de Información en Salud (s/f), las enfermedades cardiovasculares (ECV), aunque se establecen de forma lenta y subclínica durante décadas, se manifiestan la mayoría de las veces de manera abrupta e imprevista (Achiong, Achiong y Achiong, 2015). Dichas enfermedades se deben a trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, como las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), las enfermedades cerebrovasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas y congénitas

y la insuficiencia cardíaca (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo. En 2012 murieron 17.5 millones de personas por esta causa, lo que representa 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas, 7.4 millones se debieron a cardiopatía coronaria y 6.7 millones a accidentes cerebrovasculares (OMS, 2015). En México, en 2015 hubo 128,731 defunciones debido a enfermedades del corazón, lo que las convierte en la primera causa de muerte (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).

En las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada, son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda (OMS, 2015).

Durante décadas, las ECV han sido asimismo la principal causa de muerte y discapacidad en los países occidentales, pero con la mejora de tratamientos como la angioplastia y los avances del tratamiento médico, ha empezado a reducirse su impacto hasta quedar por debajo del cáncer en cuanto a la mortalidad asociada; sin embargo, en personas de más de 65 años la primera causa de muerte sigue siendo la cardiopatía, lo que plantea dificultades considerables para su diagnóstico y tratamiento (Roger, Lloyd-Jones, Adams, Brown et al., 2010).

Con el aumento de las enfermedades cardiovasculares ha habido un interés también creciente en examinar la asociación entre una pobre salud cardiovascular y el bienestar psicológico (Tuckey, Dollard, Saebel y Berry, 2010). De acuerdo a Yohannes, Willgoss, Baldwin y Connolly (2010), en esta población las dos comorbilidades más comunes y menos tratadas son la depresión y la ansiedad, a pesar de que tienen un impacto central en la función psicológica y la interacción social de las personas con enfermedades cardiovasculares. Adicionalmente, se ha identificado el patrón de conducta tipo A como un factor del comportamiento de riesgo en este grupo de pacientes.

## Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad cardiovascular

De todos los factores psicológicos, la depresión ha sido objeto de gran atención por parte de los investigadores durante la última década (American Psychiatric Association, 2014). Las primeras investigaciones sobre la relación entre depresión y ECV se debieron en gran parte a algunas observaciones que indicaban que la depresión diagnosticada durante la hospitalización debida a una ECV se asociaba con un aumento significativo del riesgo de muerte en el año siguiente (Frasure-Smith, Lespérance y Talajic, 1993). De hecho, dado el abrumador número de estudios que relacionan la depresión con la ECV, las recomendaciones clínicas recientes incluyen, como un elemento central de la asistencia estándar (Lichtman et al., 2008), la detección sistemática de tal condición y su tratamiento en los pacientes cardiacos.

En efecto, la depresión se encuentra frecuentemente en estos pacientes y se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, lo que puede aumentar en ellos el riesgo de sufrir eventos cardiacos recurrentes y, como consecuencia, morir al no adherirse al tratamiento farmacológico y por el cambio negativo de los comportamientos relacionados con el estilo de vida (Lane, Chong y Lip, 2006). La depresión es asimismo tres veces más frecuente en los pacientes que han sufrido un infarto agudo al miocardio que en la población general (Lichtman et al., 2008; Thombs, 2006). En los individuos con cardiopatía es frecuente la depresión, en especial tras sufrir un infarto al miocardio; de hecho, al menos uno de cada cinco pacientes cumplen esos criterios diagnósticos (Thombs et al., 2008).

Por su parte, la ansiedad se ha asociado también a un aumento de la mortalidad cardiaca, aunque las observaciones al respecto son mucho menos consistentes y parecen depender en parte de la gravedad de la ECV (Smith y Blumenthal, 2011). La ansiedad tiene diversas consecuencias médicas y psicológicas en pacientes con alguna enfermedad cardiaca —en especial cuando aquella es persistente o grave—, e incluso dificulta la adherencia a los tratamientos prescritos por el médico y los cambios en el estilo de vida recomendados; no llevar a cabo dichas modificaciones aumenta el riesgo de sufrir eventos cardiacos agudos y de

tener complicaciones en el hospital después de un síndrome coronario agudo (Moser, 2007).

## Patrón de conducta tipo A

De acuerdo con Evans (1991), las personas con un patrón de conducta tipo A (PCTA en lo sucesivo) muestran un elevado afán competitivo, de logro y reconocimiento, con tendencia a la hostilidad y la agresión, así como impaciencia y una sensación extrema de urgencia en el tiempo. Una característica central de este patrón de conducta, perjudicial para la salud de las personas que lo manifiestan, es el peculiar estilo de afrontamiento basado en un uso abusivo de estrategias activas que se acompañan de respuestas emocionales de hostilidad y apresuramiento (Palmero et al., 2007).

Desde hace más de una década, el PCTA se considera como un claro indicador de riesgo coronario (Mittleman et al., 1995; Muller, Adela, Nes-to y Tofler, 1994; Willich, Maclure, Mittleman, Arntz y Muller, 1993). Diversos investigadores (Barefoot, Larsen, Bonderleith y Schroll, 1995; Everson et al., 1997; Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas y Weiss et al., 1996) han mostrado que los altos niveles de ira y hostilidad se relacionan de un modo importante con el aumento en la morbilidad debida a ECV.

El PCTA está configurado por componentes formales (voz alta, habla rápida, actividad psicomotora y gesticulación excesivas, tensión de la musculatura facial y otros manierismos típicos); actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia, ira y agresividad); aspectos motivacionales (motivación de logro, competitividad, orientación al éxito, afán de superación y ambición); conductas abiertas o manifiestas (urgencia de tiempo, prisa, rapidez, hiperactividad e implicación en el trabajo), y aspectos cognitivos (necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico) (Friedman y Rosenman, 1974).

El PCTA se ha convertido en una parte importante en el desarrollo de EVC en virtud de que el daño arterial se produce debido a que quienes tienen este patrón de conducta responden habitualmente a todas las demandas del entorno, lo que aumenta la actividad del sistema nervioso simpático de tal modo que su constante sobrecarga de actividad puede precipitar un evento cardiovascu-

lar. Se ha observado que los hombres sufren más infartos que las mujeres, pero cuando ellas los llegan a tener, son invariablemente mujeres con conducta tipo A (Friedman, 1996).

Se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes médicamente enfermos. Uno de ellos es la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS por sus siglas en inglés), desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), que es un instrumento autoaplicado, lo que permite utilizarlo en medios hospitalarios no psiquiátrico o en la atención primaria. Este instrumento de catorce reactivos considera dimensiones cognitivas y afectivas y omite aspectos somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito), con lo que evita atribuirlos a la enfermedad. La escala original ha sido validada en población mexicana aplicándola a sujetos obesos (López et al., 2000), mujeres en puerperio complicado (Villegas, 2004), pacientes con infección por VIH (Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013), pacientes con cáncer (Galindo, Benjet et al., 2015) y cáncer de mama en particular (Ornelas, Tufiño, Sánchez Sosa, 2011), personas con trastornos de la conducta alimentaria (Barriguete et al., 2017) y cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo, Meneses et al., 2015). Sin embargo, se carece de una versión validada para población mexicana con enfermedad cardiovascular.

En relación con el PCTA, se han desarrollado diversas escalas, entre las cuales están la Bortner Rating Scale (Bortner, 1969), la Framingham Type A Scale (Haynes, Levin, Scotch, Feinleib y Kannel, 1978) y la Jenkins Activity Survey (Jenkins, Rosenman y Zyzanski, 1979). Estas escalas se caracterizan por tener reactivos con propiedades psicométricas adecuadas; no obstante, el número de estos dificulta su empleo cotidiano en procedimientos clínicos de tamizaje. Por ello, la Escala de Retiro de Patrón de Conducta Tipo A (ERCTA en lo sucesivo), cuyo objetivo principal es la detección (*screening*), representa una medida breve, con un número reducido de ítems (ocho) y un tiempo de aplicación de alrededor de cinco minutos.

Así, el objetivo de este trabajo fue obtener las propiedades psicométricas del Inventario de

Ansiedad y Depresión (HADS) y la Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

## MÉTODO

### Participantes

Se estudió una muestra no probabilística de 200 pacientes de ambos sexos, con un promedio de 59.7 años, que acudían a consulta en dos instituciones públicas mexicanas del tercer nivel de atención hospitalaria. En la Tabla 1 se muestran las características de los participantes.

### Procedimiento

La obtención de los participantes fue por disponibilidad durante las visitas que hicieron los investigadores a los servicios ambulatorios de dos clínicas de segundo nivel de atención pública y privada a lo largo de un año. Mediante la firma de un formato de consentimiento informado, cada uno de los participantes aceptó participar en el presente estudio una vez que le fue explicado adecuadamente.

Los criterios de inclusión fueron ser pacientes con enfermedades cardiovasculares con diagnóstico médico confirmado, estar en cualquier tratamiento médico y saber leer y escribir. Las limitaciones visuales o auditivas severas y las afectaciones cognitivas se consideraron como criterios de exclusión, y como criterio de eliminación no concluir la investigación o llenar incorrectamente los cuestionarios.

### Instrumentos

#### *Cédula de identificación*

Se diseñó una cédula de identificación del participante que incluía datos sociodemográficos y clínicos, tales como edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, diagnóstico, tratamiento médico y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

**Tabla 1.** Características de la muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares (N = 200).

	f	%		f	%
<b>Género</b>			<b>Diagnóstico</b>		
Masculino	118	59.0	Hipertensión	118	58.0
Femenino	82	41.0	Cardiopatía isquémica	27	13.5
<b>Escolaridad</b>			Arritmia	5	2.5
Ninguna	5	2.5	Sincope vasovagal	8	4.0
Primaria	14	7.0	Cardiopatía hipertensiva	1	0.5
Secundaria	22	11.0	Insuficiencia aórtica	2	1.0
Bachillerato	56	28.0	Insuficiencia cardíaca	20	10.0
Licenciatura	84	42.0	Angina de pecho	10	5.0
Posgrado	19	9.5	Taquicardia supraventricular	6	3.0
<b>Estado civil</b>			Prótesis valvular aórtica	3	1.5
Soltero	9	4.5	<b>Enfermedad comórbida</b>		
Casado	135	67.5	Sí	142	71.0
Separado	32	16.0	No	58	29.0
Viudo	24	12.0	<b>Atención en salud mental</b>		
<b>Consumo de tabaco</b>			Sí	7	3.5
Sí	79	39.5	No	193	96.5
No	121	60.5	<b>Familiares con enfermedad cardiovascular</b>		
<b>Edad (rango): 31 – 88 años</b>			Sí	143	71.5
			No	57	28.5

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

Dicha escala es un instrumento autoaplicado que se utiliza en medios hospitalarios no psiquiátricos y en atención primaria y que está conformado por 14 reactivos. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto en la ansiedad como en la depresión, se considera normal la puntuación de 0 a 7; como dudosa la que va de 8 a 10, y como un problema clínico la de 11 o más. Diversos estudios reportan tasas de respuesta de 95 a 100%. La escala puede responderse entre 5 y 6 minutos; los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas pueden responderla fácilmente y el equipo de salud aplicarla de igual manera (Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann, 2002). La escala original ha sido validada en población mexicana en diferentes grupos de pacientes (Barriguete, Pérez, De la Vega, Barriguete y Rojo, 2017; Galindo, Meneses et al., 2015; López et al., 2000; Noguera et al., 2013; Ornelas, Tufiño y Sánchez-Sosa, 2011; Villegas, 2004) y en cuidadores primarios informales (Galindo et al., 2015), reportándose que cuenta con propiedades

psicométricas adecuadas y un coeficiente alfa de Cronbach que varía entre 0.78 y 0.90.

*Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA)* (Rodríguez, Gil y Martínez, 1996).

Esta escala es autoaplicable y se compone de ocho ítems con formato de respuesta que va de 1 a 5 puntos, con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.74, considerado alto por sus autores dado su reducido número de ítems. Tiene dos factores: Orientación positiva al trabajo y Tensión laboral o aspectos negativos en el trabajo.

### Procedimiento

El pilotaje y adaptación de los instrumentos HADS y el ERCTA se llevaron a cabo en una muestra de veinte pacientes con cualquier diagnóstico cardiovascular. De acuerdo a los lineamientos internacionales (Koller et al., 2007), para evaluar la dificultad o una posible confusión en los reactivos se consideró la manera en que la pregunta estaba formulada o si resultaba ofensiva; en su caso, se preguntó a los participantes cómo podrían enun-

ciarla. También se evaluaron la comprensión de las instrucciones y las opciones de respuesta.

Todos los cuestionarios se capturaron y organizaron en una base de datos para su correspondiente análisis mediante el paquete estadístico SPSS de Windows, versión 20. Se hizo un análisis descriptivo de cada reactivo para asegurar que no hubiera datos extremos y que contara con ellos en todas las casillas resultantes. Se generó una nueva variable con la suma de todos los reactivos y se identificaron los cuartiles extremos, con los cuales se corrió una prueba *t* de Student para dos muestras independientes, donde se buscó que hubiera significancia en todos los reactivos, demostrando con ello que podían discriminar entre tener o no tener el constructo medido.

Después se corrió un análisis cruzado con todos los reactivos para confirmar que las puntuaciones de los extremos cuartilares identificados corrieran en direcciones opuestas. Finalmente, se identificó la estructura factorial mediante un análisis factorial de componentes principales con ro-

tación varimax. La relación entre la escala HADS y el ERCTA se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach.

## RESULTADOS

El análisis de confiabilidad de la escala HADS obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach total de 0.947. El valor de la prueba Káiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.953 ( $p = 0.001$ ), lo que confirma que la muestra utilizada fue adecuada para este análisis. Debido a que las correlaciones internas iban de medias a bajas, el análisis factorial se hizo mediante rotación varimax, ajustándose a un factor que comprende los catorce reactivos originales con autovalores arriba de 1, que en conjunto explican 59.6% de la varianza; las cargas factoriales de sus reactivos van de 0.817 a 0.640. En la Tabla 2 se muestran la media, la desviación estándar y la carga factorial de cada uno de los reactivos finales.

**Tabla 2.** Estructura factorial, medias y desviación estándar por reactivo del HADS (Escala global,  $\alpha = .94$ ; Varianza explicada = 59.6 %).

Núm.	Reactivos	M	D. E.	Carga factorial
1	Me siento tenso(a) o nervioso(a).	1.92	0.93	0.726
2	Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.	1.51	1.03	0.732
3	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.	1.89	1.02	0.788
4	Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.	1.39	1.06	0.792
5	Tengo mi mente llena de preocupaciones.	1.84	1.03	0.810
6	Me siento alegre.	1.67	1.00	0.776
7	Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a).	1.81	0.98	0.797
8	Me siento como si cada día fuera más lento.	1.89	0.97	0.741
9	Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago.	1.50	1.00	0.756
10	He perdido el interés en mi aspecto personal.	1.60	1.20	0.817
11	Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme.	1.66	0.89	0.807
12	Me siento optimista respecto al futuro.	1.40	1.08	0.640
13	Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.	1.75	1.08	0.814
14	Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.	1.50	1.20	0.793

La confiabilidad de la escala ERCTA obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach total de 0.930 y sus correlaciones internas fueron altas, por lo que se corrió un análisis factorial oblicuo de componentes principales. Este último análisis identificó un solo factor, equivalente al de la escala original, que explica 67.3% de la varianza total. La media

total para la escala fue de  $27.5 \pm 6.5$  y una varianza total de 41.8, con cargas factoriales en sus ocho reactivos de entre 0.782 y 0.853. El valor KMO fue de 0.934 ( $p = 0.001$ ), confirmando que la muestra utilizada fue suficiente para este análisis (Tabla 3). La correlación entre las escalas HADS y ERCTA fue de 0.437 ( $p = 0.01$ ).

**Tabla 3.** Estructura factorial, medias y desviación estándar por reactivo del ERCTA.

Núm.	Reactivos	M	D. E.	Carga factorial
1	¿Considera usted que vive sometido a estrés?	3.38	1.09	0.798
2	¿Tiene usted un nivel de actividad?	3.30	1.00	0.827
3	¿Tiene usted una tendencia al perfeccionismo?	3.43	0.97	0.830
4	Su deseo de llegar a los máximos niveles profesionales o sociales es:	3.42	0.95	0.782
5	Su nivel de competitividad es:	3.44	0.95	0.820
6	Su sensación de prisa y falta de tiempo es:	3.55	1.01	0.853
7	Su necesidad de estar atento a su trabajo u ocupaciones es:	3.51	0.99	0.826
8	El grado de dificultad para comunicar sus emociones es:	3.48	0.93	0.826

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito la adaptación cultural y la validación del HADS y el ERCTA en un grupo de 200 pacientes con cardiopatías. En relación al HADS, la consistencia interna y la varianza identificadas en este estudio son las más altas reportadas en las validaciones en población mexicana. Presentó una estructura unifactorial que, aunque no coincidió con la de dos factores de la versión original de Zigmond y Snaith (1983), concuerda con estudios que han identificado una sola dimensión (Nogueta et al., 2013; Razavi, Delvaux, Favacques y Robay, 1990; Reda, 2011), lo que sugiere que las diferencias que se pueden observar en el comportamiento de la escala y los constructos que evalúa son diferentes según la población clínica a la que se aplique el instrumento (Barriguete et al., 2017; Nogueta et al., 2013).

Al hallarse que los reactivos de ansiedad y depresión estuvieron fuertemente correlacionados y se agruparon en un factor, se propone que la estructura factorial del HADS en este grupo de pacientes se evalúe de forma global, lo que concuerda con la existencia de un factor de distrés general, como en los estudios previos de Razavi et al. (1990), Reda (2011) y Nogueta et al., (2013). Lo anterior puede indicar que los pacientes evalúan la sintomatología de ansiedad y depresión como un grupo de síntomas indistintos. En este sentido, Smith y Blumenthal (2011) describen tal sintomatología como un estado afectivo negativo, que es un rasgo más general, tipificado por las experiencias emocionales negativas, que engloba la ansiedad y la depresión, lo que se concuerda con

lo reportado por Nogueta et al. (2013), quienes proponen que el puntaje total del HADS evalúa de forma global el distrés psicológico, y no la depresión y la ansiedad como entidades separadas y distintas (véase Tabla 4).

En relación con la estructura unifactorial del ERCTA obtenida en este estudio, los factores “estrés” y “ambición laboral” contrastan con los originales de tensión o estrés laboral y nivel de ambición profesional identificados en la versión original de Rodríguez et al. (1996). Aparecen aquí como un solo factor, lo que puede deberse a que la muestra de la versión original se integró con usuarios de centros de promoción de la salud, en contraste con la presente muestra de pacientes mexicanos con diagnóstico de enfermedad cardiovascular confirmada, tratamiento médico y en consulta ambulatoria, por lo que en la vida de estos pacientes el estrés puede estar implícito en las actividades laborales. Son asimismo diferentes en los componentes “presión competitiva” (*competitive drive*) e “impaciencia” (*impatience*) que, según Matthews (1982), son factores que se asocian con la aparición de trastornos cardíacos.

Por otra parte, ninguno de esos factores puede identificarse con la hostilidad, que se ha reportado como un factor asociado a los problemas cardiovasculares (Palmero et al., 2007; Smith y Blumenthal, 2011), aunque el factor único, denominado “estrés y ambición laboral”, se halla conceptualmente relacionado. Tales diferencias se pueden encontrar dependiendo de la población a la que se apliquen los instrumentos de evaluación, y de ahí la importancia de reexaminar las propiedades psicométricas de todos ellos.

**Tabla 4.** Comparación de propiedades psicométricas de las diferentes validaciones del HADS en población mexicana.

Validaciones	Coefficiente alfa de Cronbach	Varianza explicada	Factores	Número total de ítems
Sujetos obesos (López et al., 2000).	0.84	—	1 Ansiedad 2 Depresión	14
Mujeres en puerperio complicado, embarazo de alto riesgo, cirugía general, ginecología u oncología (Villegas, 2004).	0.78	44%	1 Ansiedad 2 Depresión	14
Pacientes con cáncer de mama únicamente (Ornelas et al., 2011).	0.85	51.79%	1 Ansiedad 2 Depresión	13
Pacientes con infección por VIH (Noguera et al., 2013).	0.90	54.65%	1 Distrés	13
Pacientes oncológicos (Galindo, Meneses et al. 2015).	0.86	48.04%	1 Ansiedad 2 Depresión	12
Cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo et al., 2015).	0.83	42.58%	1 Ansiedad 2 Depresión	14
Personas con trastorno de la conducta alimentaria (Barriguete et al., 2017).	0.88	56.30%	1 Ansiedad 2 Depresión	12
Pacientes con enfermedades cardiovasculares (Herrera et al., 2017)	0.94	67.30%	1 Distrés	14

De acuerdo a los hallazgos de este estudio, se propone un factor general de conducta tipo A asociada al estrés en actividades laborales. Algunos autores (Everson, McKee y Lovallo, 1995; Laude, Girard, Consoli, Mounier-Vehier y Elghozi, 1997) han reportado que el patrón de conducta tipo A, con características que predisponen al estrés y a eventos estresantes, parece estar relacionado con mecanismos autonómicos y neuroendocrinos que se activan en dichas condiciones. La evaluación de la conducta tipo A en pacientes con cardiopatías es, pues, esencial debido a que puede ser un detonante de la enfermedad; así, al ser detectada, puede trabajarse sobre ella y evitar posibles recaídas.

En relación con la validez concurrente, las escalas HADS y ERCTA correlacionaron de manera positiva, estadísticamente significativa, con una magnitud baja, lo que respalda las asociaciones que se han identificado entre estas dos variables en diversos grupos de pacientes. En consecuencia, se propone continuar evaluando patologías específicas del área cardiovascular y hacer seguimientos a seis y doce meses después de la consulta con el propósito de determinar con mayor exactitud las patologías que se ven más afectadas por el distrés psicológico o conducta tipo A.

En conclusión, durante el curso de la enfermedad el equipo de salud debe evaluar si los pacientes tienen percepciones negativas o poco realistas de sí mismos, de su mundo y su futuro, y tratar

de reestructurar los esquemas disfuncionales que pueden interferir con la percepción de su calidad de vida (Innamorati et al., 2014). A las emociones “negativas” se les ha asociado a un aumento de las tasas de muerte cardiovascular y de eventos cardíacos recurrentes (Smith y Blumenthal, 2011). La evaluación de la sintomatología en pacientes con cardiopatías es de gran importancia en virtud de que es la primera causa de muerte en el mundo, por lo que los síntomas reportados se han vuelto una variable crítica en la toma de decisiones respecto al tratamiento. El autorreporte de síntomas es asimismo fundamental para evaluar los efectos benéficos de los tratamientos farmacológicos, de su toxicidad y de la calidad de la supervivencia (Wang, Li y Wang, 2010).

Las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad y Depresión y de la Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en una población de pacientes mexicanos con enfermedades cardiovasculares muestran una estructura unifactorial, lo que implica un conjunto de síntomas emocionales y conductuales negativos identificados en tales pacientes. Estos instrumentos, al ser breves, pueden ser útiles cuando se aplican en los ámbitos clínico y de investigación.

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista clínica para confirmar los posibles casos de depresión o ansiedad como trastornos que evidencien las variables estu-

diadas. Se sugiere, por ende, evaluar la estabilidad de ambos instrumentos a lo largo del tiempo, su sensibilidad al cambio en los procedimientos mé-

dicos y su efectividad para identificar los efectos de las intervenciones psicológicas en este grupo de pacientes.

## REFERENCIAS

- Achiong, A., Achiong, F., Achiong, F. (2015). Prevención de la cardiopatía isquémica, un desafío de la atención primaria de salud. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 141- 53.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-R V)*. Washington, D.C.: APA.
- Barefoot, J., Larsen, S., Von der Leith, L. y Schroll, M. (1995). Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women. *American Journal of Epidemiology*; 142, 477-484.
- Barriguete, J., Pérez, A., De la Vega, R., Barriguete, P. y Rojo, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 123-130.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Bortner, R.W. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 22(2), 87-91.
- Evans, P. (1991). Coronary heart disease. En M. Pitts y K. Philips (Dirs.): *The psychology of health. An introduction* (pp. 205-224). London: Routledge.
- Everson, S., Kauhanen, J., Kaplan, G., Goldberg, D., Julkunen, J., Tuomilehto J. y Salonen, J. (1997). Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 46, 142-152.
- Everson, S., McKee, B. y Lovallo, W. (1995). Effect of trait hostility on cardiovascular responses to harassment in young men. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2, 172-91.
- Frasure-Smith N., Lespérance F. y Talajic M. (1993). Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *Journal of the American Medical Association*, 270(15), 1819-1825.
- Friedman, M. (1996). *Type A behavior: Its diagnosis and treatment*. New York, NY: Plenum Press.
- Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York, NY: Knopf.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar P., J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para pacientes con cáncer en población mexicana. *Salud Mental*, 4(38), 253-258.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero M. y Aguilar, J. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392.
- Haynes, S., Levine, S.O.L., Scotch, N., Feinleib, M. y Kannel, W. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: I. Methods and risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 107(5), 362-383.
- Herrera C., Deissy, C.A., G.A., Muñoz Z., D.A., Graillet M., O., Aranda A., G.E., Rojas D., F., Hernández M.E. y Nafissa, I. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Neurobiología* (Revista electrónica). Recuperado de [www.uv.mx/neurobiologia/vols/2017/17/17.html](http://www.uv.mx/neurobiologia/vols/2017/17/17.html).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades*. México: INEGI.
- Innamorati, M., Lester, D., Balsamo, M., Erbuto, D., Ricci, F., Amore, M. y Pompili, M. (2014). Factor validity of the Beck Hopelessness Scale in Italian medical patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(2), 300-307.
- Jenkins, C.D., Rosenman, R.H. y Zyzanski, S.J. (1979). *Jenkins Activity Survey (Form C)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P. y Weiss, S. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation*, 94: 2090-2095.
- Koller, M., Aaronson, N., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., y EORTC Quality of Life Group (2007). Translation procedures for standardized quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43(12), 1810-1820.
- Lane, D., Chong, A. y Lip, G. (2006). *Intervenciones psicológicas para la depresión en la insuficiencia cardiaca* (Revisión Cochrane traducida). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Laude, D., Girard, A., Consoli, S., Mounier-Vehier, C. y Elghozi, J. (1997). Anger expression and cardiovascular reactivity to mental stress: a spectral analysis approach. *Clinical Experimental Hypertension*, 19(5-6), 901-911.

- Lichtman, J., Bigger, J., Blumenthal, J., Kaufman, P., Lesperance, F., Mark, D., Shep, D. y Tylor, B. (2008). Depression and coronary heart disease: Recommendations for screening referral and treatment: a science advisory. *Circulation*, 118, 1768-1775.
- López, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. y Salin, R. (2000). *Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos*. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Matthews, K. (1982). Psychological perspectives on the type A behaviour pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.
- Mittleman, M., Maclure, M., Sherwood, J., Mulry, R., Tofler, G., Jacobs, S. et al. (1995). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation*, 92, 1720-1725.
- Moser, D. (2007). "The rust of life": Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16(4), 361-369.
- Muller, J., Abela, G., Nesto, R. y Tofler, G. (1994). Triggers, acute risk factors, and vulnerable plaques: the lexicon of a new frontier. *Journal of the American College of Cardiology*, 23, 809-813.
- Noguera, M., Pérez, B., Barrientos V., Robles, R. y Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Enfermedades cardiovasculares*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
- Ornelas M., R., Tufiño, M. y Sánchez-Sosa, J.J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Palmero, F., Gómez, C., Guerrero, C., Capri, A., Diez, J. y Diago, J. (2007). Hostilidad psicofisiológica y salud cardiovascular. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 22-43.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C. y Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 156(1), 79-83.
- Reda, A. (2011). Reliability and validity of the Ethiopian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in HIV infected patients. *PLoS One*, 6(1), e16049. doi: 10.1371/journal.pone.0016049. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016049>.
- Rodríguez S., C., Gil C., P. y Martínez, R. (1996). Presentación de la Escala Retiro de Patrón de Conducta Tipo A (ERCTA). *Psicothema*, 8(1), 207-213.
- Roger, V., Lloyd-Jones, D., Adams, R., Brown, T. et al. (2010). Heart disease and stroke statistics. *Circulation*, 121(7), e46-e215.
- Sistema Nacional de Información en Salud (s/f). *Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres por grupo de edad*. México: SNIS. Recuperado de <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.
- Smith, P. y Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-933.
- Tuckey, M., Dollard, M., Saebel, J. y Berry, N. (2010). Negative workplace behavior: Temporal associations with cardiovascular outcomes and psychological health problems in Australian police. *Stress and Health*, 26, 372-381.
- Thombs, D. (2006). *Introduction to addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Thombs, B., De Jonge, P., Coyne, J., Whooley, M., Frasure-Smith, N., Mitchell, A. et al. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 300, 2161-2171.
- Vázquez Ó., G., García A., M., Gómez Á., H., Del Rosario, M., Tinoco, C. y Ponce J., L.A. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2/3), 383.
- Villegas, G. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de maestría en Psicología. México: UNAM.
- Wang, J., Li, C. y Wang, E. (2010). Potential and flux landscapes quantify the stability and robustness of budding yeast cell cycle network. *Proceedings of the Natural Sciences Academy*, 107(18), 8195-8200.
- Willich, S., Maclure, M., Mittleman, M., Arntz, H. y Muller, J. (1993). Sudden cardiac death. Support for a role of triggering in causation. *Circulation*, 87, 1442-1450.
- Yohannes, A., Willgoss, T., Baldwin, R. y Connolly, M. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications, and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1209-1221.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

# Adaptación de una escala de depresión en profesores mexicanos universitarios: un estudio preliminar<sup>1</sup>

## *Adaptation of a depression scale for Mexican university faculty: A preliminary study*

Nayeli Melisa Rodríguez-Leonardo<sup>2</sup>, José Horacio Tovalín Ahumada<sup>3</sup>  
y Marlene Rodríguez Martínez<sup>3</sup>

### RESUMEN

*Introducción:* La docencia es un trabajo que implica dedicar gran parte del tiempo a cumplir con demandas laborales, lo que genera enfermedades físicas o trastornos emocionales tales como la depresión; tal trastorno lo padecen cerca de cuatro millones de personas en México, por lo es esencial detectar oportunamente la sintomatología depresiva. Uno de los instrumentos utilizados como método de *screening* es la adaptación de la Escala de Depresión en población trabajadora (ED-T), la cual ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas para su uso en la misma. *Objetivo:* Valorar las propiedades psicométricas de la versión ED-T en una muestra de profesores universitarios de la Ciudad de México. *Método:* Se aplicó la escala a 206 participantes y se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para evaluar la pertinencia del modelo; se calculó la fiabilidad con el coeficiente Omega de McDonald (1985) y se analizó la validez concurrente de la escala por medio de la correlación de Pearson con la subescala de Afecto Negativo del PANAS y un índice de percepción general de salud. *Resultados:* Las pruebas de Bartlett y Kaiser-Meyer-Olkin demostraron la pertinencia de dicho análisis. La fiabilidad de la escala total fue alta y el análisis de la validez concurrente mostró una correlación positiva y significativa con la Subescala de Afecto Negativo, y negativa con el estado de salud percibido. *Discusión:* La adaptación de la ED-T mostró propiedades psicométricas apropiadas para profesores. Se propone una versión de trece ítems con cuatro dimensiones: “Preocupaciones e inquietudes”, “Dificultad en habilidades cognoscitivas”, “Disminución o ausencia de interés y energía” y “Estado de ánimo negativo”.

**Palabras clave:** Depresión; Tests psicológicos; Escala; Psicometría; Docencia.

### ABSTRACT

*Introduction:* Teaching is a job that implies spending extensive time satisfying diverse demands and expectations. These conditions may foster physical illness and mental conditions, such as depressive symptoms. In Mexico, over four million people suffer this disorder and it is therefore important to promote early detection. The Depression Scale (DS) has been frequently used in workers due to its adequate psychometric properties. *Objective:* The present study aimed at validating the Spanish version of the Depression Scale (DS-W) in a group of university teachers in Mexico City. *Method:* The DS-W was applied to 206 university teachers. The factorial model was corroborated with the Bartlett's sphericity test and the Kaiser-Meyer-Olkin test. The scale's reliability was tested with the McDonald's Omega coefficient. Concurrent validity was verified with the correlation of the

<sup>1</sup> Este estudio fue financiado por Dirección General de Asuntos del Personal Académico en el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IG300-315.

<sup>2</sup> Carrera de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Guelatao No. 66, Col. Ejército de Oriente, Del. Iztapalapa, 09230, Ciudad de México, correo electrónico: melisa.rodriguez.leonardo@gmail.com. Artículo recibido el 15 de junio y aceptado el 8 de septiembre de 2017.

<sup>3</sup> Especialización en Salud en el Trabajo, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Campus II. Batalla 5 de mayo esq. fuerte de Loreto, Col. Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, 09230, Ciudad de México.

*DS-W with the Negative Affect Subscale and a subjective indicator of health. Results: Both tests showed consistency and pertinence of the factorial analysis. The scale's reliability was high, and the concurrent validity showed a significant positive correlation with the DS, and a negative one with low perceived health status. Discussion: This validation of the SD-T showed adequate psychometric properties. The 13-item version tested in this study revealed four dimensions: "Worries and concerns", "Difficulty in cognitive skills", "Lack of interest and energy", and "Negative mood".*

**Key words:** Depression; Psychological tests; Scale; Psychometrics; Teaching.

## INTRODUCCIÓN

Las personas laboralmente activas enfrentan actualmente situaciones difíciles generadas por sus condiciones de trabajo o por situaciones personales estresantes que afectan su salud y desempeño profesional, por lo que es necesario contar con instrumentos de diagnóstico que sean útiles para la vigilancia adecuada y el diagnóstico y tratamiento oportunos de su estado de salud mental en contextos organizacionales (Martínez, Martínez, Esquivel y Velasco, 2007).

Es indudable que una actividad laboral intensa, prolongada y estresante, sin los periodos adecuados de descanso, constituye un campo propicio para el desarrollo de enfermedades físicas y psíquicas en el sector de los servicios, como ocurre en el caso de la docencia, actividad que implica una elevada demanda psicológica que ha llevado a muchos de estos profesionales a padecer fenómenos como los llamados "karoshi" o "burnout" (Ramírez y Mercado, 2008).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016), en 2014 había 1'599,727 docentes en México, de los cuales 27.8% impartía clases en el nivel superior. Hoy, este sector de la población se enfrenta a condiciones de empleo frecuentemente desfavorables, con pocas oportunidades de desarrollo y con exigencias de las organizaciones educativas que en ocasiones sobrepasan sus recursos, por lo que deben dedicar horas extras a su jornada laboral, trabajar en ambientes laborales poco saludables, con escaso apoyo social de superiores y compañeros, e incluso sin la posibilidad de adquirir las habilidades

necesarias para hacer frente a las demandas. En la actualidad, las condiciones sociales y el prestigio de que antes gozaba la docencia han ido disminuyendo, lo que en muchos casos tiene como consecuencia que los docentes sean cada vez más vulnerables a sufrir diversas enfermedades de índole mental (Contreras, Veytia y Huitrón, 2009).

Dadas estas condiciones de trabajo, se han hecho diversos estudios en tales profesionales, encontrándose una elevada incidencia de patología mental, como *burnout*, ansiedad, estrés, depresión y fatiga crónica, así como enfermedades físicas, entre las que se hallan las cardiopatías y los trastornos digestivos (Castillo, Fernández y López, 2014; Linares y Gutiérrez, 2012; Rivero y Cruz, 2010). Además, se ha encontrado una prevalencia de depresión en comorbilidad con otros trastornos emocionales, como ansiedad y estrés, y con enfermedades físicas, como dolores musculares y cardiopatías (Ramos, 2012; Sieglin y Ramos, 2007).

La depresión es un trastorno que se caracteriza por una alteración crónica en tres aspectos principales: afectivo, cognitivo y somático. Los síntomas más frecuentes son humor deprimido, fatiga, cambios en el apetito y el sueño, pérdida de interés por actividades y pesimismo (Asociación Psiquiátrica Estadounidense [APE], 2014; Schwartz y Schwartz, 1993).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016), se estima que 350 millones de personas en todo el mundo padecen depresión, por lo que se ha convertido en la causa principal de suicidio y de discapacidad asociada con padecimientos físicos. En México, las encuestas nacionales sobre salud mental indican que la depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes; la Secretaría de Salud (2001) ha reportado que aproximadamente cuatro millones de personas la padecen, siendo más frecuente entre personas de escasos recursos, adultos mayores y mujeres. Pese a su alta prevalencia, no es tratada de manera adecuada.

Debido a la creciente prevalencia de la depresión y el grado de afectación individual y social que trae consigo, se ha recomendado que los médicos de primer contacto dispongan de las herramientas y los conocimientos necesarios para detectar sus síntomas de manera temprana (Calvo y Jaramillo, 2015; Vargas, Heinze, García, Fernán-

dez y Dickinson, 2004; Vargas y Villamil, 2016; Zarragoitia, 2006), pero sin usarlos indiscriminadamente porque ello podría conducir a sobrediagnosticarla. Como apoyo a estas herramientas diagnósticas de tamizaje, hoy se cuenta con manuales y guías útiles para corroborar lo encontrado con instrumentos cortos de evaluación, lo que ofrece un panorama más completo del cuadro diagnóstico (Heinze y Camacho, 2010; Viniega, 2008).

Además de esas escalas, Brink et al. (1982) propusieron un instrumento diagnóstico de trastornos del ánimo de fácil aplicación: la Escala Geriátrica de Depresión (EGD en lo sucesivo). Hasta ese momento, los instrumentos para evaluar la depresión se diseñaban para detectar la prevalencia de síntomas físicos más que psicológicos, y dado que con el paso del tiempo los síntomas físicos pueden asociarse a condiciones propias de la edad, los autores se enfocaron en los síntomas de tipo cognitivo. Para ello, elaboraron una escala conformada por 30 ítems con un formato de respuesta dicotómica, lo que reducía la confusión al momento de responder y facilitaba su utilización como un instrumento autoaplicable. Dicha escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .94, que indica un nivel alto de consistencia interna. La puntuación total de los ítems de la EGD permitían diferenciar entre personas deprimidas y no deprimidas, lo que hizo posible contar con un instrumento de tamizaje sensible que, al complementarlo con una entrevista clínica, apoyaba el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

Yesavage et al. (1983) propusieron que el punto de corte fuese de +11 puntos para mejorar la especificidad y sensibilidad de la versión de 30 reactivos y, dadas las condiciones y resultados favorables que brindaba la EGD, se la utilizó principalmente en ámbitos clínicos con adultos mayores. Más tarde, los autores elaboraron una versión breve de 15 ítems, cuyos resultados fueron igualmente favorables, pues ambas versiones tuvieron una correlación alta entre sí ( $r = 0.84$ ;  $p < 0.001$ ), pudiendo así diferenciar a las personas deprimidas y no deprimidas (Yesavage y Sheikh, 1986).

En algunos países latinoamericanos se han hecho validaciones de esta última versión con resultados aceptables y una consistencia interna de .78 (Campo, Urruchurtu, Sola, Vergara y Cogollo, 2008; Martínez et al., 2005). En población mexi-

cana, los análisis de consistencia interna (coeficiente alfa de .84) y de validez concurrente han comprobado que la escala puede discriminar adecuadamente entre los indicadores altos y bajos de depresión (Acosta y García, 2007; Ávila, Garant y Aguilar, 2006).

En el ámbito clínico, es importante que al evaluar la depresión se incluyan entrevistas y guías diagnósticas psiquiátricas; no obstante, en los entornos laborales es necesario contar con herramientas de tamizaje en diversos sectores u ocupaciones que permitan identificar grupos de riesgo y fomentar así la prevención y promoción de la salud mental en el centro de trabajo, tal como exige la actual Norma Mexicana sobre Factores de Riesgo Psicosocial (Secretaría de Gobernación, 2014).

Las características de la EGD, su sensibilidad y facilidad de uso hacen que se considere muy útil para el estudio de poblaciones trabajadoras en México. Recientemente fue utilizada y adecuada a la población trabajadora no geriátrica de la industria petrolera, obteniéndose una buena consistencia interna (coeficiente alfa de .85), lo que permite identificar a trabajadores con síntomas de depresión en las diferentes áreas laborales de la empresa; además, los resultados mostraron que la EGD, al tener buenos índices de confiabilidad, también es útil en muestras de personas de menor edad. De esta adecuación de la EGD se obtuvo previamente la Escala de Depresión para Trabajadores (ED-T) (Tovalín, Rodríguez, Unda y Sandoval, 2011), que fue la versión utilizada en el presente estudio en virtud de que las características demográficas de ambas muestras de trabajadores eran similares, por lo que se pretendió adaptarla para su empleo en distintos contextos laborales.

El presente es un estudio preliminar que tuvo como objetivo adaptar la escala ED-T a una muestra de docentes de nivel superior para detectar síntomas depresivos. Se muestran las propiedades psicométricas de la escala y se corrobora la validez concurrente con la Subescala de Afecto Negativo (PANAS), de Robles y Páez (2003), y el estado de salud percibido. Al constituir un primer acercamiento a esta muestra, el estudio no incluye un grupo de personas con diagnóstico clínico de depresión y uno más de comparación, por lo que no se reporta aquí la sensibilidad y especificidad del instrumento.

Sin embargo, el análisis realizado permite mostrar la utilidad de la escala ED-T en este sector laboral en personas con un menor rango de edad para usarlo como una herramienta para identificar grupos de riesgo e intervenir en la promoción de entornos favorables en ámbitos ocupacionales (cf. Secretaría de Gobernación, 2014).

## MÉTODO

### Muestra y sedes del estudio

La muestra estuvo conformada por docentes de universidades públicas y privadas de la Ciudad de México y del área metropolitana, a quienes se hizo una invitación a participar en el estudio tras una previa hecha a las coordinaciones o secretarías de la institución. Participaron en total 206 docentes de nivel superior, de los cuales 56.3% fueron mujeres, con una edad media de 47.4 años (D.E. = 10.59).

De estos docentes, 42.8% contaba con estudios de maestría; el rango de horas frente a grupo fue de dos a cuarenta horas semanales ( $M = 17.9$ , D.E. = 8.89), y de 17.5 años en promedio (D.E. = 11.05) su antigüedad en la docencia.

El mayor porcentaje de docentes pertenecía al área de Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud (41.8%), y 84.2% de ellos impartía clases en licenciatura, 3.5% en especialidad y 2.5% en maestría.

### Instrumentos

Se aplicó a los docentes una ficha de identificación para los datos sociodemográficos (edad, sexo y escolaridad) y laborales (jornada, alumnos atendidos y área), así como los siguientes instrumentos:

*Escala de Depresión para Trabajadores (ED-T)* (Adaptación por Tovalín et al. [2011] de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage et al. [1983]). Consta de 30 ítems de respuesta dicotómica y es autoaplicable. Se asigna un punto por cada respuesta positiva. En los ítems 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30 el puntaje se invierte. La versión utilizada en población mexicana ha demostrado niveles apropiados de consistencia interna ( $\alpha = .85$ ).

*Subescala de Afecto Negativo (PANAS)* (Robles y Páez, 2003). Es una escala que permite identificar la predisposición para actuar de forma negativa ante la vida, misma que se ha reportado como un factor personal que puede agravar la condición mental. La versión validada en español tiene una consistencia interna de .90 y consta de cinco reactivos que evalúan la presencia de los afectos negativos en las últimas semanas, con un formato de respuesta Likert que va de 1 (“Muy poco o nada”) a 5 (“Extremadamente”).

*Índice subjetivo de salud.* Se usó la pregunta “¿Cómo considera su estado de salud actualmente?” para evaluar la percepción subjetiva del estado de salud de los participantes, con un formato de respuesta Likert con recorrido de 1 (“Malo”) a 4 (“Excelente”). Se le ha utilizado previamente con trabajadores que sufren obesidad, hipertensión y diabetes mellitus, obteniendo una menor percepción de salud en los grupos de exposición.

### Procedimiento

Una vez hecha la invitación a participar en el estudio, el equipo de investigación acudió a las universidades para aplicar el instrumento. Se explicaron a los participantes los objetivos del estudio y se les presentó el formato de consentimiento informado para que lo firmaran. En compensación por su participación, se les ofreció una revisión general de su salud.

### Análisis estadístico

Por ser el objetivo de este estudio adaptar la escala ED-T a docentes, se empleó para su validación el análisis factorial exploratorio para reducir los factores, estableciendo como criterio descartar los ítems que saturaran menos de .40 y que aparecieran en más de tres factores. Luego, se hizo una extracción por componentes principales con rotación factorial de los componentes con el sistema varimax (Everitt y Wykes, 2001); se realizaron las pruebas de esfericidad de Bartlett para determinar si los reactivos estaban interrelacionados (Nunnally y Bernstein, 1995), así como la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para analizar la matriz de intercorrelación de los datos. Para sugerir una interrelación satisfactoria

entre los ítems se estableció un nivel de significancia igual o menor a 0.05, y para la prueba de KMO un valor igual o superior a 0.70.

Los factores obtenidos se sometieron al análisis de fiabilidad con el coeficiente Omega de McDonald (1985) para determinar la consistencia interna del instrumento. Distintos autores recomiendan el uso de este coeficiente de confiabilidad cuando se utilizan escalas de tipo dicotómico; el coeficiente Omega, a diferencia del alfa, trabaja con las cargas factoriales, lo que hace más estables los cálculos y refleja el verdadero nivel de fiabilidad en cuanto que no depende del número de ítems. Los valores aceptables oscilan entre .70 y .90 (Campo y Oviedo, 2008; Ventura y Caycho, 2017).

Para el análisis de la validez concurrente se empleó la correlación de Pearson, haciéndose la comparación de los puntajes obtenidos entre los profesores con y sin plaza definitiva, número de alumnos y años de antigüedad laboral para deter-

minar si el instrumento tenía un comportamiento diferente en esas variables laborales.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 23. Para el cálculo del coeficiente Omega se utilizó el programa Excel.

## RESULTADOS

En el análisis factorial exploratorio se obtuvo un valor de .763 en el índice KMO, que es un valor apropiado (Everitt y Wykes, 2001), siendo asimismo significativa la prueba de esfericidad de Bartlett (507.475,  $gl = 78$ ,  $p = .000$ ).

Mediante la extracción por componentes principales se eliminaron los reactivos que saturaron en menos de .40 y se adecuó la escala a 13 ítems, conformándose en cuatro componentes que explican 54.52% de la varianza muestral. La Tabla 1 muestra la saturación de los ítems en cada factor.

**Tabla 1.** Matriz de componentes rotados de la ED-T.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
¿Está preocupado frecuentemente por el futuro?	.802			
¿Está preocupado frecuentemente por pequeñas cosas?	.660			
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	.593			
¿Teme que le pase algo malo?	.433			
¿Tiene esperanza en el futuro?		.726		
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		.619		
¿Su mente está tan clara como acostumbraba estar?		.610		
¿Tiene problemas para concentrarse?		.517		
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?			.649	
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?			.621	
¿Se siente lleno de energía?			.616	
¿Se encuentra a menudo aburrido?				.793
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?				.784

Nota: En el método de rotación factorial se utilizó la normalización Varimax con Kaiser. Los factores rotados tienen como objetivo que haya correlación cercana a 1 con uno de los factores y cercanas a 0 con los restantes para obtener correlaciones altas entre grupos de variables.

El factor 1 (“Preocupaciones e inquietudes”) contiene los ítems 8, 11, 13 y 24 de la versión inicial del instrumento. El factor 2 (“Dificultad en habilidades cognitivas”) incluye los ítems 5, 20, 26 y 30, y está referido a problemas en la concentración, planificación de nuevas cosas y pesimismo respecto al futuro. En el Factor 3 (“Disminución o ausencia de interés y energía”) se encuentran los

ítems 2, 21 y 23, y el Factor 4 (“Estado de ánimo negativo”) contiene los ítems 4 y 16.

La prueba de fiabilidad de la escala arrojó un valor de .90 en el coeficiente Omega de McDonald, lo que indica una adecuada fiabilidad interna de la escala; de acuerdo con la literatura, valores entre .70 y .90 son aceptables (Oliden y Zumbo, 2008; Ventura y Caycho, 2017).

En el análisis de la validez concurrente, la escala resultante ED-T muestra una correlación moderada positiva del puntaje de depresión con la Subescala de Afecto Negativo ( $r = .570, p < .01$ ) y una moderada negativa con el estado de salud percibido por el individuo ( $r = -.327, p < .01$ ). Ambos resultados ocurrieron en la dirección esperada.

De los factores laborales incluidos en la ficha de identificación, se tomó el tipo de plaza de los docentes y se comparó con los puntajes de la versión de 30 ítems y la versión propuesta de 13, encontrándose que esta última puede identificar las diferencias entre los tipos de plaza de forma similar a la versión completa ( $t[164] = 2.34, p = 0.021$ ), lo que muestra que una versión breve ( $t[162] = 2.52, p = 0.01$ ) bien puede usarse con el fin de encontrar diferencias entre las condiciones de trabajo. Ello significa que, con la versión de 13 ítems, al comparar el puntaje de índice de depresión con el tipo de plaza se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de la escala entre los docentes por asignatura ( $M = 4; D.E. = 3.13$ ) y los que tenían plaza definitiva ( $M = 2.84; D.E. = 2.63$ ).

Finalmente, al comparar las correlaciones entre los puntajes de las escalas y el número de alumnos atendidos y materias, se encontró que la escala de 13 ítems mostró una correlación baja pero estadísticamente significativa entre el puntaje de indicadores de depresión y el número de alumnos atendidos por semestre ( $r = .172, p = .05$ ), así como una correlación negativa con los años de antigüedad laboral ( $r = -.188, p = .01$ ).

## DISCUSIÓN

Los resultados indican una fiabilidad adecuada en el uso de la ED-T en esta muestra de docentes mexicanos de educación superior. Mediante el análisis factorial exploratorio se obtuvieron cuatro componentes principales, los cuales coinciden con los de otros autores (Calvo y Jaramillo, 2015; Heinze

y Camacho, 2010; Zarragoitia, 2006). Los síntomas tomados en cuenta resaltan un estado de ánimo negativo, preocupación por problemas en el futuro, pérdida de energía o interés por las actividades cotidianas, y problemas con aspectos cognitivos; estos síntomas también coinciden con los establecidos en el DSM-V (APE, 2014). Además, la validez concurrente tuvo buenos indicadores al relacionarse positivamente con otros de malestar emocional y negativamente con el estado percibido de salud.

Las condiciones laborales de esta muestra denotaban exceso de trabajo; los docentes reportaron tener a su cargo hasta a 500 alumnos por semestre, lo que implicaba cumplir con una gran cantidad de tareas en condiciones estresantes; por ello, en esta muestra se observó que entre mayor era el número de estudiantes, mayor fue también el puntaje obtenido en la ED-T. Dado lo anterior, se deben gestionar cambios en las condiciones laborales para brindar una mejor calidad en la educación sin sacrificar el estado de salud de los docentes.

El uso de la ED-T permitirá detectar oportunamente a quienes manifiesten sintomatología al reducirse de 30 a 13 los ítems, haciendo así más rápida su aplicación. Además, en este estudio las propiedades psicométricas de la escala mostraron validez interna y externa en una muestra con una edad media menor a la de la población a la que estaba originalmente dirigida.

La validez concurrente obtenida aquí indica que posee las cualidades psicométricas adecuadas para identificar sintomatología depresiva; sin embargo, es importante señalar que el uso de este instrumento es solamente un apoyo para el tamizaje y la canalización en caso de ser necesarios, y que se debe ampliar su estudio para determinar con precisión su sensibilidad, especificidad y punto de corte, al igual que llevar a cabo un análisis confirmatorio en este grupo de profesionales.

## REFERENCIAS

- Acosta Q., C.O. y García F., R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Asociación Psiquiátrica Estadounidense (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-V*. México: Editorial Médica Panamericana.

- Ávila F., J.A., Garant M., P. y Aguilar N., S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(5), 321-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000500005>.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M. y Rose, T. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontology*, 1(1), 37-43. doi: [http://dx.doi.org/10.1300/J018v01n01\\_06](http://dx.doi.org/10.1300/J018v01n01_06).
- Calvo G., J.M. y Jaramillo G., L.E. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 471-482.
- Campo A., A., Urruchurtu M., Y., Solano, T., Vergara A., J. y Cogollo, Z. (2008). Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena, Colombia. *Salud Uninorte*, 24(1), 1-9.
- Campo A., A. y Oviedo H., C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000500015>.
- Castillo M., A., Fernández P., R. y López J., P. (2014). Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes. *Enfermería del Trabajo*, 4, 55-62.
- Contreras G., J., Veytia L., M. y Huitrón B., G. (2009). Detección del trastorno depresivo en docentes universitarios. *Psicología y Salud*, 19(1), 133-139.
- Everitt, B.S. y Wykes, T. (2001). *Diccionario de estadística para psicólogos*. Madrid: Ariel.
- Heinze M., G. y Camacho S., P. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado de [http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo\\_depresion.pdf](http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Estadísticas a propósito del Día del Maestro (15 de mayo)*. Datos nacionales. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/maestro0.pdf>.
- Linares O., L. y Gutiérrez R., E. (2012). Efectos moduladores del apoyo social ante la reacción de estrés y ansiedad en profesores. *Psicología y Salud*, 22(1), 107-114.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís V., R., Dueñas, C., Aguado, C., Albert C., C. y Arias M., C. (2005). Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*, 35(1), 14-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13071040>.
- Martínez M., J.A., Martínez O., V.A., Esquivel M., C.G. y Velasco R., V.M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28.
- McDonald, R.P. (1985). *Factor analysis and related methods*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica* (3ª ed.). México: McGraw-Hill Latinamericana.
- Oliden, P.E. y Zumbo, D.B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *La depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- Ramírez, M. y Mercado, A. (2008). El síndrome del desgaste profesional en académicos. *Memorias del X Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Veracruz, Ver., 21-25 de septiembre. Recuperado de [http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Externos/2009\\_Mercado\\_y\\_Ramirez.pdf](http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Externos/2009_Mercado_y_Ramirez.pdf).
- Ramos T., M.E. (2012). Conflicto familia-trabajo-familia y salud psicosomática entre académicos y académicas mexicanos. *Voces del Noreste. Aportes regionales a los estudios de género*. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Ramos/publication/235435499\\_Voces\\_del\\_Noreste\\_Aportaciones\\_a\\_los\\_estudios\\_de\\_genero/links/09e41511a4f41110e6000000.pdf#page=277](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Ramos/publication/235435499_Voces_del_Noreste_Aportaciones_a_los_estudios_de_genero/links/09e41511a4f41110e6000000.pdf#page=277).
- Rivero R., L.F. y Cruz M., A.C. (2010). Trastornos psíquicos y psicosomáticos: problemas actuales de salud de los docentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 20(2), 239-249.
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.
- Schwartz, A. y Schwartz, R.M. (1993). *Depression. Theories and treatments. Psychological, biological, and social perspectives*. New York, NY: Columbia University Press.
- Secretaría de Gobernación (2014). Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Diario Oficial de la Federación*, 13 de noviembre. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5368114yfecha=13/11/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5368114yfecha=13/11/2014).
- Secretaría de Salud (2001). *Programa de Acción en Salud Mental*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm\\_intro.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf).
- Sieglin, V. y Ramos T., M.E. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Revista Mexicana de Sociología*, 69(3), 517-551.
- Tovalín, J.H., Rodríguez, M., Unda, S.G. y Sandoval, J.I. (2011). *Adecuación de la Escala de Depresión de Yesavage, versión completa* (30). México: UNAM.
- Vargas B., E. y Villamil S., V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-9.

- Vargas B., E., Heinze, G., García, J., Fernández, M.A. y Dickinson, M.E. (2004). La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(5), 187-191.
- Ventura L., J.L. y Caycho R., T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627.
- Viniega O., A. (2008). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de [http://www.isssteags.gob.mx/guias\\_praticas\\_medicas/gpc/docs/IMSS-194-10-ER.pdf](http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/IMSS-194-10-ER.pdf).
- Yesavage, J.A. y Sheikh, J.I. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontology*, 5(1-2), 165-173. doi: [http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09).
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Von, O.L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 7(1), 37-49. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
- Zarragoitia A., I. (2006). La depresión en atención primaria de salud mental. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 3(2). Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0206/hph02606.htm>.

## 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

**Sexual communication: Differences between parents of disabled and non-disabled children**

*Susana Xóchitl Bárcena Gaona I and Benjamin C. Jenkins*

**Sexuality in teenagers from the social representations theory**

*Norma Georgina Martell Martínez, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Georgina Contreras Landgrave and Esteban Jaime Camacho Ruiz*

**Behavioral training of the correct use of female condom in adolescents: A randomized study**

*Edgar Landa-Ramírez, Sandra Itzel Quiñones-Sandoval, Alma Delia Flores-Ordaz, Aime Edith Martínez-Basurto and Juan José Sánchez-Sosa*

**Masculinity and fatherhood: Health risks from gender learning**

*Alejandra Salguero Velázquez, Diana Córdoba Basulto and Salvador Sapién López*

**Symptomatology and resilience during relational harassment in México**

*Alejandra Elizabeth Pérez Pérez, Berenice Jiménez Rodríguez and Rozzana Sánchez Aragón*

**Association between myofascial pain syndrome and anxious symptomatology in college professors**

*Claudia García Hernández, Rafael Octavio Félix Verdúzco, Santa Magdalena Mercado Ibarra, Enrique Sabag Ruiz, Raquel García Flores, Diana Mejía Cruz and Ana Pamela Casanova Escobar*

**Burnout in health professionals and administrative staff in a medical unit of first level**

*Sandra Yadira Flores Tesillo and Ana Olivia Ruiz Martínez*

**Relations between quality of life, sociodemographic and health factors in Colombian elderly**

*Stefano Vinaccia Alpi, Fernando Riveros Muñívar, Leonardo García-Rincón, Japcy Margarita Quiceno, Olga Viviana Martínez, Alejandra Martínez and Kimberly Reyes*

**Effects of cognitive-behavioral therapy on factors associated to obesity: A case study**

*Rocío Ivonne De la Vega Morales and Liliana Cruz Hernández*

**Multidisciplinary intervention effects in patients with primary arterial hypertension**

*Raquel García Flores, Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Yessica Mercedes León Ibarra, Brianda Militzá Lagarda Vega, Claudia García Hernández and Teresa Iveth Sotelo Quiñonez*

**Personality and social support as predictors of homesickness in college students**

*Gustavo Francisco Medina Bolívar and Carlos Enrique Zerpa*

**Inventory of Anxiety and Hospital Depression and Type A Behavior Pattern Withdrawal Scale**

**in a population of patients with cardiovascular diseases: Psychometric properties**

*Bibian Herrera Navarrete, Oscar Galindo Vázquez and Abel Lerma Talamantes*

**Adaptation of a depression scale for Mexican university faculty: A preliminary study**

*Nayeli Melisa Rodríguez-Leonardo, José Horacio Tovallín Ahumada and Marlene Rodríguez Martínez*