

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 28 Número 2 Julio-diciembre 2018

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

Efectos de un procedimiento instruccional en el desarrollo de habilidades para el cuidado de las mamas

Jesús Ernesto Valencia, Karla Fabiola Acuña, Juan José Irigoyen y Miniam Yerith Jiménez

Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica

Cecilia Mata González, Evangelina Aldana Calva, Lyda M. Bahórrquez Zambrana, Sandra Martínez Medina y José Raúl Peralta López

Apoyo social y resiliencia: predictores de bienestar psicológico en adolescentes con suceso de vida estresante

Sandybell González Lugo, José Concepción Gaxiola Romero y Edgar René Valenzuela Hernández

Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil

Alejandra Viridiana Gutiérrez García, Mariano Gutiérrez Lara, Cecilia Méndez Sánchez y Angélica Riveros Rosas

Efecto de la valencia afectiva del pensamiento sobre la temperatura nasal: imaginación guiada y estrés psicosocial

David Alberto Rodríguez-Medina, Benjamin Domínguez Treja, Mariana Ortiz Omaña, Gerardo Leija Alva y Omar Arturo Chavarría Santiago

Desarrollo de un cuestionario de actitudes hacia la donación de órganos postmortem

Kristian Jasso, Roberto Lagunes-Cárdena, José Manuel Martínez y María Luisa Marván

Eficacia de un programa de intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia

Silvia León Vega

Consideraciones psicológicas sobre el abordaje de la distonía focal en músicos

Karla María Reynoso-Yargas y Yander Amín Rodríguez-Simental

Conceptualización de atributos de género en jóvenes universitarios del norte de México

Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez, Sandra Elvia Ibáñez Domínguez y Rosario Román Pérez

Estructura factorial del Mindful Attention and Awareness Scale para estudiantes mexicanos de nivel medio superior

Fabián Israel Balderas Molina, Angélica Riveros Rosas y Ana Beatriz Moreno Coutiño

Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos

Karla Nathalia Fernández Castillo, Teresa Iveth Satelo Quiñonez, Raquel García Flores, Nora Hemi Campos Rivera y Santa Magdalena Mercado Ibarra

La psiconefrológica: un campo de estudio en desarrollo

Alejandra García-Arista y Aranel de Jesús Arredondo-Pantaleón

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

Dra. María Erika Ortega Herrera

ASESOR EDITORIAL

Dr. Juan José Sánchez Sosa

DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

Dr. Ricardo García Valdez

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Luis Flórez Alarcón • *Universidad Católica de Colombia (Colombia)*

Dra. Tatiana Forte • *Hospital Pequeno Príncipe (Brasil)*

Dr. Jorge Grau Abalo • *Instituto Nacional de Radiología y Oncología (Cuba)*

Dra. María del Socorro Herrera Meza • *Universidad Veracruzana (México)*

Dra. Ana Delia López Suárez • *Universidad Veracruzana (México)*

Dra. Rosa Martha Meda Lara • *Universidad de Guadalajara (México)*

Dra. Martha Montiel Carbajal • *Universidad de Sonora (México)*

Dra. María Erika Ortega Herrera • *Universidad Veracruzana (México)*

Dra. Ligia M. Sánchez Núñez • *Universidad Central de Venezuela (Venezuela)*

EDITORES ASOCIADOS

Dr. Benjamín Domínguez Trejo • *Universidad Nacional Autónoma de México*

Dra. Lya Feldman • *Universidad Simón Bolívar (Venezuela)*

Dra. Edelsys Hernández Meléndrez • *Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras (Cuba)*

Dra. Olga E. Infante Pedreira • *Universidad Central de las Villas (Cuba)*

Dra. Marta Martín Carbonell • *Instituto de Angiología y Cirugía Vascular (Cuba)*

Dra. Silvia Mejía Arango • *Colegio de la Frontera Norte (México)*

Dr. Wenceslao Penate • *Universidad de La Laguna (España)*

Dr. Mario Enrique Rojas Russell • *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)*

Dr. Jorge Román Hernández • *Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (Cuba)*

Dr. Carlos Salavera Bordás • *Universidad de Zaragoza (España)*

Dr. Juan José Sánchez Sosa • *Universidad Nacional Autónoma de México (México)*

Dr. Francisco J. Santolaya Ochando • *Colegio de Psicólogos de Valencia (España)*

Dra. Rocio Soria Trujano • *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)*

Dra. María de los Ángeles Vacío Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*

Dra. Elba Abril Valdez • *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)*

Dr. Stefano Vinaccia • *Fundación Universitaria Sanitas (Colombia)*

Dr. Ricardo Werner Sebastiani • *Universidad de Sao Paulo (Brasil)*

Volumen 28, Número 2 • Julio-diciembre 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 y Thomson Gale.

Visítenos en: psicologiaysalud.uv.mx

SUMARIO

Volumen 28, Número 2
Julio-diciembre de 2018

Efectos de un procedimiento instruccional en el desarrollo de habilidades para el cuidado de las mamas <i>Jesús Ernesto Valencia, Karla Fabiola Acuña, Juan José Irigoyen y Miriam Yerith Jiménez</i>	143
Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica <i>Cecilia Mota González, Evangelina Aldana Calva, Lyda M. Bohórquez Zambrano, Sandra Martínez Medina y José Raúl Peralta López</i>	155
Apoyo social y resiliencia: predictores de bienestar psicológico en adolescentes con suceso de vida estresante <i>Sandybell González Lugo, José Concepción Gaxiola Romero y Edgar René Valenzuela Hernández</i>	167
Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil <i>Alejandra Viridiana Gutiérrez García, Mariana Gutiérrez Lara, Cecilia Méndez Sánchez y Angélica Riveros Rosas</i>	177
Efecto de la valencia afectiva del pensamiento sobre la temperatura nasal: imagería guiada y estrés psicosocial <i>David Alberto Rodríguez-Medina, Benjamín Domínguez Trejo, Mariana Ortiz Omaña, Gerardo Leija Alva y Omar Arturo Chavarría Santiago</i>	187
Desarrollo de un cuestionario de actitudes hacia la donación de órganos postmortem <i>Kristian Jasso, Roberto Lagunes-Córdoba, José Manuel Martínez y María Luisa Marván</i>	195
Eficacia de un programa de intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia <i>Silvia León Vega</i>	207
Consideraciones psicológicas sobre el abordaje de la distonía focal en músicos <i>Karla María Reynoso-Vargas y Yander Amín Rodríguez-Simental</i>	223
Conceptualización de atributos de género en jóvenes universitarios del norte de México <i>Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez, Sandra Elvia Ibáñez Domínguez y Rosario Román Pérez</i>	229
Estructura factorial del Mindful Attention and Awareness Scale para estudiantes mexicanos de nivel medio superior <i>Fabián Israel Balderas Molina, Angélica Riveros Rosas y Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	239
Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos <i>Karla Nathalia Fernández Castillo, Teresa Iveth Sotelo Quiñonez, Raquel García Flores, Nora Hemi Campos Rivera y Santa Magdalena Mercado Ibarra</i>	251
La psiconefrología: un campo de estudio en desarrollo <i>Alejandra García-Arista y Aranel de Jesús Arredondo-Pantaleón</i>	261

SUMMARY

Volume 28, Number 2
July-December 2018

Effects of an instructional procedure to develop breast care skills <i>Jesús Ernesto Valencia, Karla Fabiola Acuña, Juan José Irigoyen and Miriam Yerith Jiménez</i>	143
Anxiety and quality of life in women with breast cancer: A theoretical review <i>Cecilia Mota González, Evangelina Aldana Calva, Lyda M. Bohórquez Zambrano, Sandra Martínez Medina and José Raúl Peralta López</i>	155
Social support and resilience: Predictors of psychological well-being on adolescents with stressful life event <i>Sandybell González Lugo, José Concepción Gaxiola Romero and Edgar René Valenzuela Hernández</i>	167
Cognitive-behavioral treatment of children anxiety disorders <i>Alejandra Viridiana Gutiérrez García, Mariana Gutiérrez Lara, Cecilia Méndez Sánchez and Angélica Riveros Rosas</i>	177
Effect of affective valence of thinking on nasal temperature: Guided imagery and psychosocial stress <i>David Alberto Rodríguez-Medina, Benjamín Domínguez Trejo, Mariana Ortiz Omaña, Gerardo Leija Alva and Omar Arturo Chavarría Santiago</i>	187
Development of a attitude questionnaire toward post-mortem organ donation <i>Kristian Jasso, Roberto Lagunes-Córdoba, José Manuel Martínez and María Luisa Marván</i>	195
Efficacy of a psychosocial intervention program in women suffering from fibromyalgia <i>Silvia León Vega</i>	207
Psychological considerations on approaches to focal dystonia in musicians <i>Karla María Reynoso-Vargas and Yander Amin Rodríguez-Simental</i>	223
Conceptualization of gender attributes in university students from northern Mexico <i>Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez, Sandra Elvia Ibáñez Domínguez and Rosario Román Pérez</i>	229
Factorial structure of the Mindful Attention and Awareness Scale for Mexican students <i>Fabián Israel Balderas Molina, Angélica Riveros Rosas and Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	239
Intervention based on the problem-solving model for caregivers of chronic kidney disease patients <i>Karla Nathalia Fernández Castillo, Teresa Iveth Sotelo Quiñonez, Raquel García Flores, Nora Hemi Campos Rivera and Santa Magdalena Mercado Ibarra</i>	251
Psychonephrology: A field of study in development <i>Alejandra García-Arista and Aranel de Jesús Arredondo-Pantaleón</i>	261

Efectos de un procedimiento instruccional en el desarrollo de habilidades para el cuidado de las mamas

Effects of an instructional procedure to develop breast care skills

Jesús Ernesto Valencia, Karla Fabiola Acuña, Juan José Irigoyen y Miriam Yerith Jiménez¹

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte en el mundo; en particular, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más común entre las mujeres. Los programas implementados se han enfocado en la distribución masiva de información, pero esta no parece ser una estrategia efectiva para modificar las prácticas poco saludables. El modelo psicológico de la salud biológica permite identificar los factores psicológicos que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. El objetivo del presente estudio fue evaluar un procedimiento instruccional para entrenar a mujeres con el propósito de que logren identificar y poner en práctica conductas instrumentales relacionadas con el cuidado de las mamas y evaluar su efecto en la calidad de vida de aquéllas. Se diseñó un estudio pretest-posttest en el que participaron 22 mujeres, las cuales se asignaron aleatoriamente a dos condiciones de entrenamiento: materiales con texto, video, imágenes y un modelo de simulación, y materiales con texto, video e imágenes. Asimismo, se aplicaron dos cuestionarios: uno elaborado *ex profeso*, y el Inventario de Calidad de Vida y Salud. Los resultados se discuten en términos del incremento en el tiempo dedicado a la autoexploración en ambas condiciones, la efectividad relativa de la autoexploración mamaria en ambas condiciones, la identificación diferencial de alteraciones en el modelo de simulación; y el efecto observado en las respuestas al citado inventario.

Palabras clave: Procedimiento instruccional; Calidad de vida; Modelos de simulación; Cáncer de mama; Modelo de salud biológica.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases are currently the worldwide leading cause of death. In particular, breast cancer is the most common type of cancer among women. Breast care programs have focused on the mass dissemination of information; however, this does not seem to be an effective strategy for actually modifying unhealthy practices. Since the psychological model of biological health allows for the identification of risk factors that contributes to illness development, the aim of the present study was to evaluate an instructional procedure to train in the identification and implementation of instrumental behaviors related to breast care, as well as its effect on quality of life. Through a pretest-posttest design 22 women were randomly assigned to two training conditions, the first included: reading materials, video, images and a model for simulation, the second included reading materials, video, and images only. Two questionnaires were administered: one specifically developed to assess correct responses, and the Quality of Life and Health Inventory. Results are discussed in terms of the increment of time spent in self-examination in both conditions, the relative effectiveness of performing such breast self-examination, the differential identification of alterations on the simulation model, and the effects on quality of life.

Key words: Instructional procedure; Quality of life; Simulation models; Breast cancer; Biological health model.

¹Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación, Universidad de Sonora, Blvd Luis Encinas y Rosales s/n, Col. Centro, 83000 Hermosillo, Son., México, tel.: (666)259-21-73, correos electrónicos: ernestovalenciaps@gmail.com, karla@psicom.uson.mx, irigoyen@psicom.uson.mx y miriam.jimenez@unison.mx. Artículo recibido el 24 de agosto y aceptado el 16 de noviembre de 2017.

Citación: Valencia, J.E., Acuña, K.F., Irigoyen, J.J. y Jiménez, M.Y. (2018). Efectos de un procedimiento instruccional en el desarrollo de habilidades para el cuidado de las mamas. *Psicología y Salud*, 28(2), 143-154.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT en lo sucesivo) son la principal causa de muerte en todo el mundo, con 68% de defunciones en el año 2012 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Dichas enfermedades son afecciones que progresan lentamente y que tienen una larga duración. Entre las ECNT destacan las enfermedades cardiovasculares (como los infartos al miocardio o los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la neumonía obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

En México, según un perfil elaborado por la OMS (2016), se ha visto que existe una probabilidad de 16% de morir entre los 30 y 70 años de edad a causa de una de las cuatro principales ECNT mencionadas anteriormente. Esto se debe a la continua exposición de la población a ciertos factores de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol, la hipertensión arterial y la obesidad.

En particular, el cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados después de las enfermedades cardiovasculares. Los datos epidemiológicos apuntan a que esta tendencia aumente en países menos desarrollados, como México (OMS, 2016). Entre los tipos de cáncer caracterizados por su alta mortalidad se encuentra el de mama (CaMa en lo sucesivo). Según un informe de la American Cancer Society (2016) y la base de datos GLABOCAN (Ferlay et al., 2015), el CaMa es por mucho el tipo de cáncer más común en todo el mundo, y en el año 2012 fue el más frecuente en las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos, cifra que representó la cuarta parte de todos los casos.

Aun cuando el cáncer en general y el CaMa en particular son uno de los principales problemas del sistema de salud mexicano, las acciones que se han tomado han resultado poco efectivas e insuficientes, lo que ha quedado demostrado con el continuo aumento de las tasas de incidencia y mortalidad señaladas por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2016) durante el periodo 2007-2015.

Respecto a las medidas que se deben tomar para el control de esta enfermedad, Anderson y Jakesz (2008), en una revisión de la iniciativa

global para la salud de las mamas (BHGI, por sus siglas en inglés), señalan que el mejor procedimiento para la detección temprana y la reducción de la mortalidad por CaMa es la mamografía; sin embargo, no todos los países pueden cubrir a su población con este procedimiento, por lo que el uso de técnicas como la exploración clínica y la autoexploración de mamas resultan ser útiles en naciones con ingresos medios y bajos.

En una caracterización de las medidas tomadas por nuestro país hecha por Uscanga, Torres, Ángeles, Domínguez y Lazcano (2014) han reportado que el tamizaje del CaMa es oportunista; es decir, la realización de la mamografía es una decisión individual, por lo tanto, no hay evidencia alguna de su efectividad en virtud de que este procedimiento no se lleva a cabo, generalmente por corresponder a un programa específico de salud o por la falta de promoción. Además, apuntan que en nuestro país los esfuerzos se han orientado a la adquisición de infraestructura y el establecimiento de relaciones contractuales con la iniciativa privada, sin asegurar previamente el empleo óptimo de la capacidad actualmente instalada.

Otro estudio realizado por López, Torres, López y Rueda (2001) reporta que 90% de las mujeres reconocen por sí mismas la presencia de alteraciones o signos de CaMa, lo que las lleva a buscar atención médica. Esta es una realidad en nuestro país, donde las acciones que se toman para la detección temprana no son efectivas ni suficientes.

La utilidad de la autoexploración para la detección temprana de CaMa ha sido reportada por diversos autores (Adams et al., 1976; Al-Azmy et al., 2013; Ceber, Turk y Ciceklioglu, 2010; Donmez, Dolgun y Yavuz, 2012, entre muchos otros). De igual modo, investigaciones como la llevada a cabo por Al-Azmy et al. (2013) muestran que, de manera retrospectiva, la autoexploración está asociada a un diagnóstico menos grave de la enfermedad. Dicha autoexploración es una técnica que consiste en una secuencia estructurada de pasos para explorar las zonas más propensas al desarrollo de CaMa (mamas, axila y cuello), lo que permite a quien la lleva a cabo correctamente diferenciar las alteraciones en la mama y el tejido normal. Es por ello que su enseñanza no debe ser tomada a la ligera y que deben desarrollarse estrategias acordes al tipo de habilidad a entrenar.

Investigaciones como las realizadas por Assaf, Cummings, Graham, Mettlin y Marshall (1985) y Fletcher, O'Malley y Bunce (1985), en las que se muestran diferentes estrategias para enseñar la técnica de autoexploración de mamas, han reportado efectos diferenciales según el tipo de entrenamiento. Las conclusiones de estas pesquisas indican mejores resultados en las participantes que fueron entrenadas con un modelo de simulación, en comparación con aquellas a las que solo se les mostraron materiales informativos. Tal como se señaló, los resultados apuntan a que las estrategias de enseñanza a utilizar deben ser acordes al tipo de habilidad a entrenar; es decir, si lo que se requiere es que el participante realice algún tipo de actividad específica, no es suficiente proporcionarle la información pertinente, sino que además es necesario exponerlo a condiciones que simulen la condición o el escenario en los que debe ejecutarse.

Respecto al tipo de habilidad a entrenar, algunos estudios elaborados en el ámbito de la psicología, y específicamente en el área de la educación (Irigoyen, Jiménez y Acuña, 2016), indican que las estrategias de enseñanza no pueden desarrollarse al margen de la habilidad a entrenar, esto es, que debe existir una relación de pertinencia entre aquello que se enseña y la forma en cómo se enseña. Por consiguiente, las condiciones de evaluación deben diseñarse en función de la habilidad a entrenar. Si lo que se desea es que las personas realicen la autoexploración de mamas, es a partir de la práctica efectiva que esta técnica puede tener sentido para la prevención o la detección temprana de la enfermedad. Es por esta razón que quien enseña debe ser un profesional sumamente capacitado tanto en la técnica de autoexploración, como en el entrenamiento efectivo de la misma.

La Psicología, como la disciplina encargada de estudiar la relación del individuo con su medioambiente funcional, contribuye al ámbito de la salud con aproximaciones que permiten analizar las modulaciones y ajustes del comportamiento de los individuos a las condiciones ambientales o del propio comportamiento, las cuales pueden reducir o incrementar el riesgo de contraer una enfermedad.

El modelo psicológico de la salud biológica elaborado por Ribes (1990) es una aproximación contemporánea al estudio del proceso de salud-enfermedad. En la lógica de este modelo, la salud

(en términos biológicos) se concibe como la ausencia de enfermedad o un estado de baja propensión a contraerla, y es consecuencia de la manera en que el individuo establece contacto y se regula ante las condiciones ambientales. Si el comportamiento del individuo es el mediador de los efectos del ambiente sobre su organismo, la prevención de la enfermedad descansa en la disponibilidad de planear y desarrollar formas de comportamiento eficaces para estos fines.

El citado modelo describe los factores relevantes a considerar para el mantenimiento o la recuperación de la salud de los individuos; enfatiza el papel de las competencias y, sobre todo, los diferentes tipos y niveles de las habilidades requeridas ante cada situación específica. De manera paralela, señala acciones oportunas para cada nivel de prevención, tanto para la enfermedad ya diagnosticada, como para aquellas que aún no se presentan (Rodríguez, Rentería, Rosales y Rodríguez, 2014).

Uno de los componentes del modelo que se retoma en el desarrollo de este trabajo es el de las competencias instrumentales, las cuales se definen como acciones de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que el individuo contraiga una enfermedad. En este sentido, las conductas instrumentales se definen como las acciones efectivas y específicas para prevenir o aumentar los riesgos de contagio de los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de la patología biológica.

Como se mencionó, las conductas instrumentales pueden clasificarse de dos maneras: *directas*, como aquellas que producen el contacto con el agente patógeno, sea este un causante de lesiones o infeccioso, e *indirectas*, las cuales, sin producir contacto específico con agentes patógenos o dañinos, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de los mismos. En el caso de las ECNT, como el CaMa, se puede decir que su desarrollo e identificación tardía están relacionados principalmente con conductas instrumentales de riesgo indirectas, toda vez que no entran en contacto directo con el desarrollo de este tipo de enfermedades; es decir, tienen que ver con conductas vinculadas a hábitos alimenticios inadecuados, tales como la alta ingesta de alcohol y tabaco, ejercicio físico mal dosificado o técnicas de au-

toexploración mal practicadas, por solo mencionar algunas.

Un componente adicional, por estar estrechamente relacionado con los objetivos del sistema de salud, así como con las posibilidades de mejora de las personas, es el concepto de calidad de vida, en particular el relacionado con la salud. La dimensión psicológica de la calidad de vida (cf. Moreno y Ximénez, 1996) se fundamenta en las prácticas individuales, ya sea como prevención de la enfermedad o como prácticas que favorecen la cura y la rehabilitación, así como aquellas conductas vinculadas a la preservación de los ambientes físicos y sociales que delimitan las prácticas colectivamente compartidas como cultura (educación, trabajo, arte, ciencia, etc.).

Así, Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000) definen la calidad de vida como “el modo en que las distintas condiciones biológicas y culturales se conjugan como los aspectos psicológicos para definir un modo particular de existencia práctica de los individuos concretos; es decir, la calidad de vida puede ser concebida como la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, estado que define el modo en que éstos se ajustan a las situaciones cotidianas en que su comportamiento, como modo de existencia práctica, tiene lugar, así como los resultados que dicho ajuste tiene sobre el ambiente y sobre el propio organismo” (p. 4).

La utilización de un instrumento que mida la calidad de vida referida a la salud y que permita discriminar entre personas con enfermedad crónica o aguda, y personas sanas es fundamental en este tipo de investigaciones; cabe mencionar que el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa en lo sucesivo), desarrollado por Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila (2009), representa una valiosa contribución que hace posible realizar dicha tarea. Las investigaciones de Riveros, Castro y Lara (2008), Garduño, Riveros y Sanchez-Sosa (2010) y González et al. (2014) muestran la efectividad de este instrumento de evaluación para registrar los cambios en la percepción de las personas durante la exposición a entrenamientos orientados a modificar conductas asociadas con la mejora de la salud.

La necesidad de programas que se enfoquen en la modificación de conductas instrumentales

relacionadas con el mantenimiento de la salud, así como de otros que coadyuven en la detección temprana de enfermedades como el CaMa, es cada vez más urgente, conclusión que se desprende de la revisión de las cifras de mortalidad y prevalencia, que cada año son mayores. Considerando lo dicho hasta este momento, el objetivo de este estudio fue evaluar un procedimiento instruccional para el entrenamiento en la identificación e implementación de conductas instrumentales relacionado con el cuidado de las mamas y su efecto sobre en calidad percibida relacionada con la salud.

MÉTODO

Participantes

A partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia (Kerlinger y Lee, 2001), se seleccionaron 22 mujeres: siete estudiantes universitarias, siete dedicadas al hogar y ocho sobrevivientes de cáncer de mama. Todas las participantes firmaron un formato de consentimiento informado para participar en la investigación. El rango de edad osciló entre 19 y 68 años, siendo 40.8 años la edad promedio. De la muestra, 59% reportó tener antecedentes familiares de algún tipo de cáncer y, de estas, 69% señaló tener antecedentes familiares de CaMa.

Diseño

Se implementó un diseño cuasi experimental pretest-postest con grupo control (Campbell y Stanley, 1978). Las participantes se dividieron aleatoriamente en dos grupos, las cuales fueron expuestas a una de las dos condiciones de entrenamiento que se muestran en la Tabla 1.

Materiales

Se elaboró un material de apoyo didáctico (Irigoyen y Velázquez, 2016) para ilustrar y modelar el cuidado de las mamas (autoexploración), el cual consta de cuatro módulos y ocho actividades (véase Fig. 1). Dicho material contiene videos ilustrativos para realizar la técnica de autoexploración, así como un registro de cada uno de los pasos para llevar a cabo este procedimiento.

Tabla 1. Representación del diseño pretest-postest utilizado.

Grupos	Momento 1: Pretest	Momento 2: Entrenamiento	Momento 3: Postest	Momento 4: Seguimiento
Grupo 1 N = 12	Se aplicaron el instrumento de competencias instrumentales e InCaViSa	Condición 1: Videoimágenes Modelo de simulación	Se aplicaron inventarios de competencias instrumentales	Se aplicó InCaViSa
Grupo 2 N = 10		Condición 2: Videoimágenes		

Figura 1. Ilustración del material utilizado en el entrenamiento.

Con el propósito de modelar y registrar la técnica de autoexploración de mamas, se empleó un modelo de simulación del tórax femenino con arnés

que contiene ocho diferentes alteraciones asociadas al desarrollo de CaMa.

Figura 2. Modelo de simulación utilizado durante el entrenamiento.

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de información, el primero de los cuales fue elaborado *ex profeso* que tuvo dos objetivos: primero, evaluar los conocimientos relacionados con el desarrollo de la enfermedad (CaMa) y los procedimientos para el tratamiento de la enfermedad; en segundo lugar, evaluar las conductas de cuidado de las mamas (autoexploración).

El segundo fue el InCaViSa utilizado para evaluar la percepción del paciente, usuario o sujeto respecto a una serie de situaciones relacionadas con la salud y los comportamientos asociados a esta. Es un instrumento autoaplicable estandarizado que consta de 53 afirmaciones en una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta, el cual permite evaluar doce áreas: preocupaciones, 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.

Procedimiento

A todos los participantes se les explicó en qué consistía el programa de CaMa y la autoexploración, subrayando la importancia de su comportamiento en el desarrollo del CaMa y los beneficios potenciales de participar en un programa como este. Se les presentó y aclaró asimismo el propósito del estudio, sus potenciales beneficios, la garantía de anonimato y confidencialidad, y la posibilidad de abandonar la investigación en cualquier momento sin consecuencia alguna.

Una vez firmado el formato de consentimiento informado, se asignó aleatoriamente a las participantes en una de las dos condiciones para el entrenamiento, consistente la primera en la exposición de textos, videos y un modelo de simulación, y la segunda únicamente en materiales de texto y video (véase Tabla 1).

Se trabajó con las participantes en cuatro momentos:

Momento 1: Se citó a las participantes para llevar a cabo el programa CaMa y la autoexploración. En esta primera sesión se aplicaron los instrumentos InCaViSa y el cuestionario *ex profeso*. La sesión se llevó a cabo en una sala libre de ruido y tuvo una duración de 30 minutos, aproximadamente. Una vez que terminaron de contestar los instrumentos, se les citaba para llevar el taller de autoexploración y CaMa.

Momento 2: Se llevó a cabo el entrenamiento, que por motivos didácticos se dividió en dos módulos: el primero contenía información referente al cáncer en general y al CaMa en particular, y el segundo información sobre cómo y cuándo llevar a cabo la autoexploración mamaria. Con el

propósito de monitorear la ejecución de las participantes y la efectividad del programa, al concluir cada módulo las participantes respondían diversas preguntas referidas al contenido del mismo.

La secuencia del entrenamiento fue la siguiente: 1) Las participantes se colocaban el modelo de simulación y realizaban la autoexploración, y al concluir se les preguntaba si habían podido palpar u observar alguna modificación en la mama. 2) Se les exponía al material con video, imágenes y modelamiento, o video e imágenes, según la condición (ambas modalidades del taller tuvieron una duración aproximada de dos horas). 3) Hecho lo anterior, se colocaban nuevamente el modelo de simulación para realizar la autoexploración, y de igual manera se les preguntaba al concluir si habían podido identificar alguna modificación en el modelo.

Momento 3: Nuevamente se les solicitaba que contestaran los instrumentos InCaViSa y el instrumento elaborado *ex profeso*. Lo anterior se llevó a cabo en una sala sin ruido y tuvo una duración aproximada de 30 minutos.

Momento 4: Un mes después se citó a las participantes. En esta última sesión se aplicaron a las participantes los instrumentos InCaViSa y el cuestionario *ex profeso*, los cuales fueron respondidos bajo las mismas condiciones que en los momentos anteriores.

RESULTADOS

Los resultados de la identificación de las características del cáncer, los signos y métodos del CaMa y la prueba de conocimientos mostraron porcentajes altos durante el pretest y el postest en ambas condiciones (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de aciertos en la evaluación de conocimientos.

Participantes	Condición 1		Condición 2	
	Pre	Post	Pre	Post
Estudiante	85.6%	74.4%	79.2%	89.2%
Ama de casa	81.9%	88.1%	90.8%	86.7%
Sobreviviente	88.1%	85.0%	93.1%	92.5%
Total	85.2%	82.5%	88.3%	89.8%

Tales resultados parecen indicar, al menos para esta muestra, que las participantes pudieron identificar la información pertinente para el tipo de enfermedad; es decir, conocían las características básicas de la misma, el cómo se trata y las medidas que se deben tomar una vez diagnosticada.

El análisis de conocimientos (características del cáncer, signos del CaMa y métodos de detección temprana) no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = .525$) a un nivel de significancia de .05. Tal resultado puede atribuirse

a que las personas no tienen dificultades con el decir y el hacer, esto es, los sujetos de ambas condiciones pudieron identificar elementos discursivos relacionados con el desarrollo de la enfermedad, la forma en que se trata y las medidas que se toman una vez detectada.

Como parte de la evaluación de habilidades instrumentales, se evaluó la correspondencia entre el reportar conocer los pasos de la autoexploración y llevarla a cabo de manera regular (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de correspondencia entre decir y hacer respecto a la autoexploración de mamas.

Correspondencia	Preguntas evaluadas:			
	Estudiante (n = 7)	Ama de casa (n = 7)	Sobreviviente (n = 8)	Total
Positiva	1 (14.3%)	3 (42.9%)	2 (25.0%)	6 (27.0%)
Negativa	4 (57.1%)	2 (28.6%)	3 (37.5%)	9 (40.9%)
No correspondencia	2 (28.6%)	2 (28.6%)	3 (37.5%)	7 (31.8%)

Positiva: cuando la participante contesta positivamente ambas preguntas.

Negativa: cuando la participante contesta negativamente ambas preguntas.

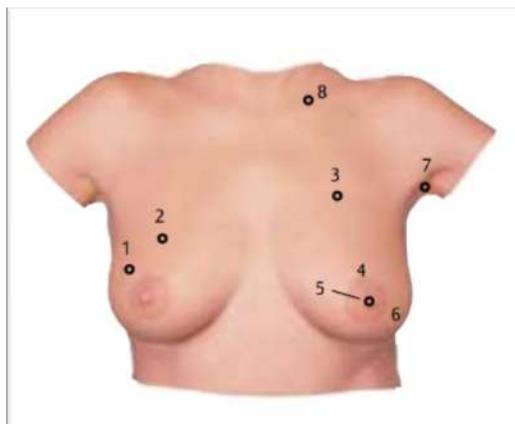
No correspondencia: cuando la participante contesta afirmativamente solo una de las preguntas.

Como se puede observar, no hubo correspondencia entre el decir y el hacer en cuanto a la autoexploración mamaria. Si bien las participantes señalaron saber qué es el cáncer, cómo se contrae, cómo se trata y cuáles son las medidas de prevención, no ponían en práctica dichas conductas de prevención. Lo anterior apunta al hecho de que

“el decir del hacer” no es suficiente para que este último se lleve a cabo, y menos aún se realice de manera apropiada.

Adicionalmente, se pidió a las participantes simular el procedimiento de autoexploración sobre el modelo de simulación (Figura 3).

Figura 3. Se ilustra la localización de las alteraciones presentadas en el modelo de simulación.



Este modelo contenía ocho alteraciones que debían ser identificadas y que se muestran en la Tabla 4. En ella se observa el número de la participante (y el porcentaje) que identificó la alteración;

se aprecia que las participantes de la condición 1 lograron identificar un mayor número de alteraciones en los resultados posteriores al entrenamiento. Las participantes de ambas condiciones

tuvieron especial dificultad para identificar las alteraciones 5 (retracción del pezón), 6 (piel de naranja), 7 (alteración en la axila) y 8 (alteración en el cuello). Tales dificultades pueden deberse a las

características físicas del modelo de simulación (por ejemplo, la falta de correspondencia corporal con la de la participante).

Tabla 4. Número de participantes que identificaron alteraciones sobre el modelo de simulación.

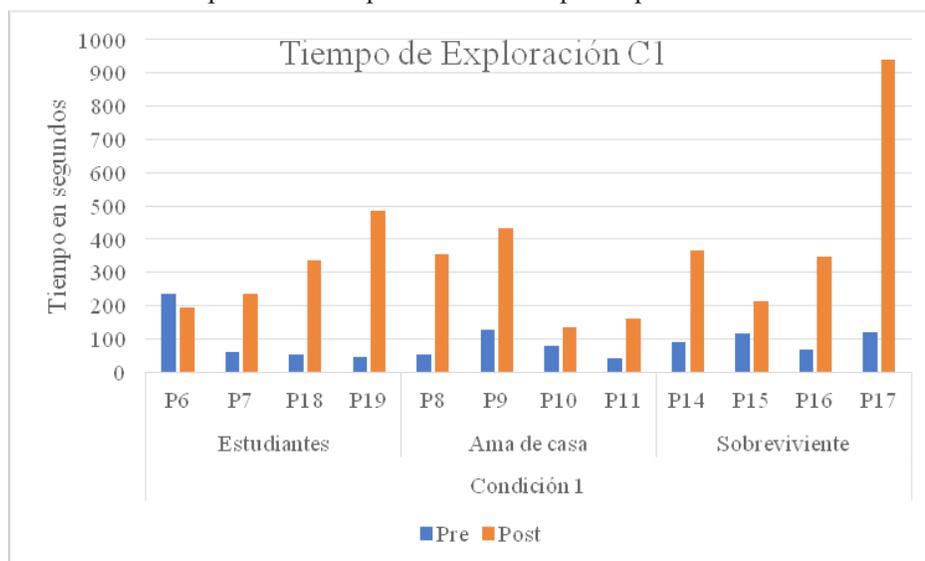
Alteración	DESCRIPCIÓN DE LA ALTERACIÓN	Condición 1 (n = 12)		Condición 2 (n = 10)	
		Pre	Post	Pre	Post
1	Tumor redondo, movable, profundidad 10 mm, diámetro 20 mm, probablemente benigno.	1 (8.3%)	5 (41.7%)	1 (10.0%)	4 (40.0%)
2	Tumor redondo, movable, profundidad 5 mm, diámetro 20 mm, probablemente benigno.	0 (0.0%)	9 (75.0%)	1 (10.0%)	5 (50.0%)
3	Tumor irregular, adherido, profundidad 5 mm, diámetro aproximado 35 x 25 mm, probablemente maligno.	1 (8.3%)	9 (75.0%)	0 (0.0%)	6 (60.0%)
4	Tumor con forma de columna, irregular, adherido, profundidad 5 mm, diámetro aproximado 30 mm, maligno.	2 (16.7)	11 (91.7%)	0 (0.0%)	5 (50.0%)
5	Retracción permanente del pezón (primera presentación), a menudo relacionada con tumor maligno.	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
6	Piel con estructura de "piel de naranja", con retracción de los poros como consecuencia de la estasis linfática en los tumores malignos.	1 (8.3%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
7	Ganglio linfático irregular, fuertemente adherido, profundidad 10 mm, diámetro aproximado 35 x 25 mm, probablemente maligno.	0 (0.0%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
8	Tumor de 5 mm de profundidad y 20 mm de diámetro. Maligno.	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)

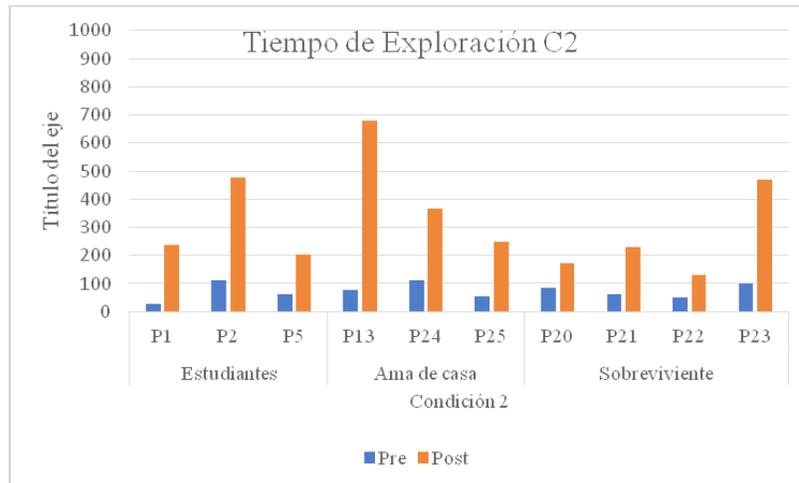
Nota: Las descripciones de las alteraciones en el modelo de simulación son especificadas por el proveedor del producto: 3B Scientific®

De manera conjunta, se evaluó el tiempo total de la autoexploración. Como se puede observar en las Gráficas 1 y 2, las participantes de ambas condiciones aumentaron considerablemente el tiempo de exploración durante el postest, pasando de un

promedio de 90.2 segundos en el pretest a 348.3 segundos en el postest en la condición 1, y de 73.1 segundos en el pretest a 321.8 segundos en el postest en la condición 2.

Gráfica 1. Tiempo total de exploración de los participantes en la condición 1.



Gráfica 2. Tiempo total de exploración de los participantes en la condición 2.

Si bien los resultados anteriores muestran diferencias considerables respecto al pretest, no bastan para hablar de la efectividad de la autoexploración. Los resultados que se muestran en la Tabla 5 indican que la mitad de las participantes expuestas a

la condición 1 (video, imágenes y modelo) logran llevar a cabo los pasos para realizar la autoexploración de manera apropiada en el postest, mientras que solo la quinta parte de las participantes de la condición 2 lograron hacerlo correctamente.

Tabla 5. Número de participantes que completaron correctamente la autoexploración.

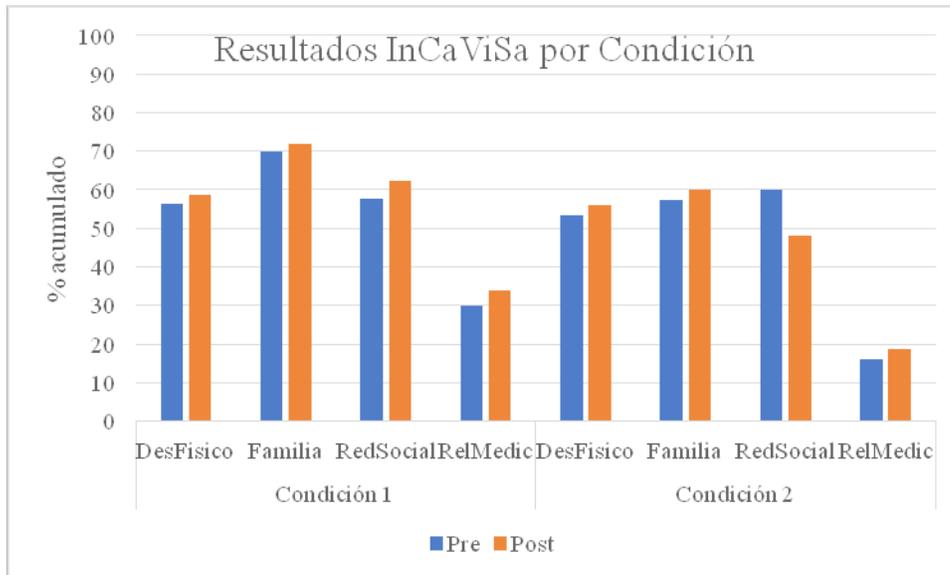
Participantes	Condición 1 (n = 12)		Condición 2 (n = 10)	
	Pre	Post	Pre	Post
Estudiante	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Ama de casa	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)
Sobreviviente	0 (0.0%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)
Total	0 (0.0%)	6 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)

Para el análisis de la calidad de vida se aplicó el InCaViSa en dos momentos: al comienzo de la investigación y un mes después de haber concluido la intervención. Los resultados de únicamente 12 de las 22 participantes (nueve de la condición 1, y tres de la condición 2) se presentan en porcentajes acumulados debido a que no fue posible establecer contacto nuevamente con las participantes.

Los resultados del instrumento InCaViSa se muestran a continuación. La Gráfica 3 muestra una dirección positiva; es decir, a mayor puntaje,

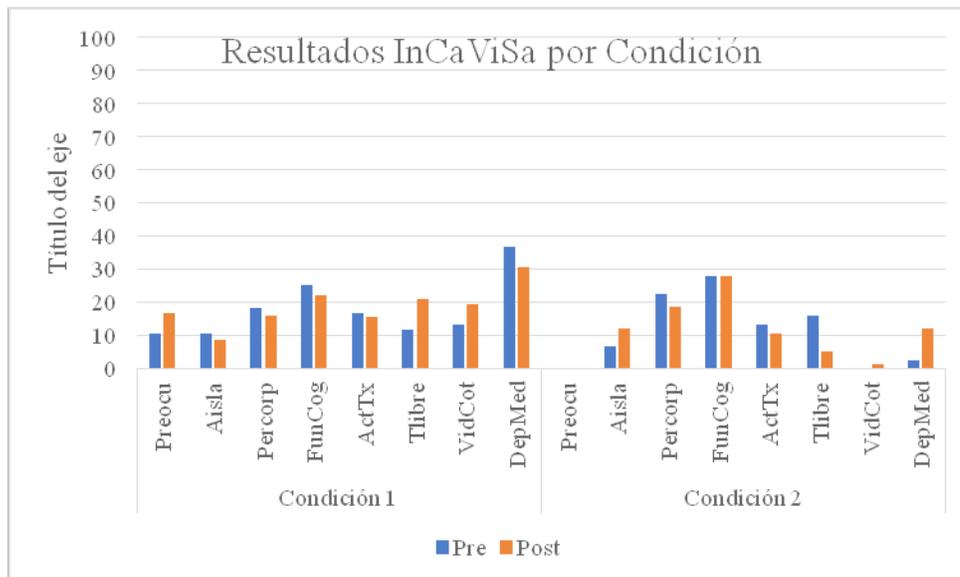
mejor percepción de la calidad de vida. Mientras que la Gráfica 4 muestra una dirección negativa; o sea, a mayor puntaje, menor percepción de la calidad de vida. De manera general, en ambas figuras se puede apreciar una ligera mejoría respecto al pretest en las dos condiciones; sin embargo, el alto índice de deserción imposibilita la comparación entre ambas condiciones de entrenamiento en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud.

Gráfica 3. Resultado de InCaViSa. Categorías de mejora de la calidad de vida.



Nota: *Desfísico:* Desempeño físico; *Familia:* Familia; *RedSocial:* Redes sociales; *RelMedic:* Relación con el médico.

Gráfica 4. Resultados InCaViSa. Categorías de deterioro de la calidad de vida.



Nota: *Preocu:* Preocupaciones; *Aisla:* Aislamiento; *Percorp:* Percepción corporal; *FunCog:* Funciones cognitivas; *ActTx:* Actitud ante el tratamiento; *Tlibre:* Tiempo libre; *VidCot:* Vida cotidiana; *DepMed:* Dependencia médica.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar un procedimiento instruccional para el entrenamiento en la identificación e implementación de conductas instrumentales relacionadas con el cuidado de las mamás y su efecto sobre la calidad de vida. Los datos parecen apuntar a una mayor efectividad (en la ejecución de la autoexploración) en aquellas

participantes expuestas a la condición en la que se estuvo en contacto con el modelo de simulación. Por el contrario, no parece haber diferencias entre lo que las participantes “conocen” respecto al CaMa, cómo se desarrolla, cómo se trata y cómo se previene.

A juicio de los presentes autores, este trabajo constituye un esfuerzo por mostrar que el desarrollo de competencias instrumentales requiere de

una enseñanza explícita a través del modelamiento y el moldeamiento que emulen las condiciones reales a las que las personas se ven expuestas en su vida diaria.

Así, el uso de modelos de simulación como el empleado en este estudio sugiere una efectividad relativa respecto al desarrollo de dichas competencias vinculadas con la prevención del CaMa; asimismo, los resultados de la investigación discuten las formas en que las campañas de prevención y promoción de la salud se imparten respecto al cuidado de las mamas, en particular la forma en que se pretende promover habilidades de tipo instrumental, en las que la mera distribución de información no es suficiente para modificar o desarrollar este tipo de habilidades. Para su enseñanza, el entrenamiento debe hacerse por medio de un instructor del área de la salud debidamente entrenado que corrija en el momento los errores cometidos y modele en su caso las maneras adecuadas de practicarse. Toda vez que la identificación de las alteraciones en la mama es lo que importa durante la autoexploración, cada participante debe tener la oportunidad de practicar esta técnica de manera eficiente. Es ahí cuando el empleo de modelos de simulación resulta sumamente útil en virtud de sus características.

Los resultados obtenidos en este estudio parecen coincidir con los de otras investigaciones (Adams et al., 1976; Al-Azmy et al., 2013; Donmez et al., 2012; Hall, Goldstein y Stein, 1977) en las que se muestra que las mujeres que reportan conocer el procedimiento de autoexploración en su mayoría no lo realizan; que aquellas que practican la autoexploración lo hacen incorrectamente, y que es posible mejorar el desempeño referente a las prácticas instrumentales como la autoexploración en términos de una reducción del tiempo requerido, una ejecución adecuada y una mayor sen-

sibilidad para detectar alteraciones al momento de implementar modelos de simulación que hagan posible el ejercicio de la conducta a desempeñar.

Las limitaciones de este estudio pueden describirse en términos de 1) el número de observaciones hechas. Dado el tipo de diseño (pre-postest), solamente es posible tener dos mediciones: una al inicio y otra al final del estudio, por lo que no se cuenta con información referente al mantenimiento de las conductas aprendidas; 2) el número de sesiones del entrenamiento. Tal como se señaló, la práctica continua de habilidades posibilita un mejor ajuste a los requerimientos de la tarea, por lo que incluir un mayor número de sesiones de entrenamiento puede mejorar el desempeño de las participantes; 3) el modelo de simulación, que si bien es un material de apoyo sumamente útil para el entrenamiento de este tipo de habilidades, sus características físicas dificultan en ciertas ocasiones el desempeño efectivo de las participantes, y 4) el alto índice de deserción del estudio, por lo cual se recomienda en futuras investigaciones poner en práctica algunas estrategias que mantengan a las participantes a lo largo de todo el estudio, como establecer un sistema de recompensas por asistir a las sesiones de entrenamiento o seguimiento.

Las consideraciones para investigaciones futuras apuntan hacia el diseño de intervenciones que generen un impacto de mayor espectro, expandiéndose así a otras áreas vinculadas al aumento de la calidad de vida de las participantes. Además, se recomiendan las evaluaciones periódicas mensuales y durante un periodo mayor que las llevadas a cabo en este estudio, con la finalidad de evaluar los posibles efectos de este tipo de intervenciones sobre la calidad de vida, el mantenimiento de las conductas prosaludables y la posibilidad de generar una verdadera tecnología educativa aplicable al ámbito de la salud.

REFERENCIAS

- Adams, C.K., Hall, D.C., Pennypacker, H.S., Goldstein, M.K., Hench, L.L., Madden, M.C. y Catania, A.C. (1976). Lump detection in simulated human breasts. *Perception & Psychophysics*, 20(3), 163-167.
- Al-Azmy, S.F., Alkhabbaz, A., Almutawa, H.A., Ismaiel, A.E., Makboul, G. y El-Shazly, M.K. (2013). Practicing breast self-examination among women attending primary health care in Kuwait. *Alexandria Journal of Medicine*, 49(3), 281-286.
- American Cancer Society (2016). Cancer facts and figures 2016. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-se-no.html>.
- Anderson, B.O. y Jakesz, R. (2008). Breast cancer issues in developing countries: An overview of the Breast Health Global Initiative. *World Journal of Surgery*, 32(12), 2578-2585.

- Assaf, A.R., Cummings, K.M., Graham, S., Mettlin, C. y Marshall, J.R. (1985). Comparison of three methods of teaching women how to perform breast self-examination. *Health Education Quarterly*, 12(3), 259-272.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14(1), 3-15.
- Ceber, E., Turk, M. y Ciceklioglu, M. (2010). The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2363-2371.
- Donmez, Y.C., Dolgun, E. y Yavuz, M. (2012). Breast self-examination practices and the effect of a planned training program in western turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(12), 6159-6161.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M. y Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-E386.
- Fletcher, S.W., O'Malley, M.S. y Bunce, L.A. (1985). Physicians' abilities to detect lumps in silicone breast models. *The Journal of the American Medical Association*, 253(15), 2224-2228.
- Garduño, C., Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.
- González R., E., Riveros, A., Benjet, C., González F., C., León H., S.R. y Rico M., G. (2014). Calidad de vida en pacientes con tumores óseos, una comparación entre diferentes tratamientos. *Revista de Investigación Clínica*, 66(2), 121-128.
- Hall, D.C., Goldstein, M.K. y Stein, G.H. (1977). Progress in manual breast examination. *Cancer*, 40(1), 364-370.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer de Mama*. México: INEGI. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>.
- Irigoyen, J.J. y Velázquez, C. (2016). *Material de apoyo didáctico para la autoexploración mamaria (Primera parte)*. Hermosillo: Universidad de Sonora/Qartuppi.
- Irigoyen, J.J., Jiménez, M. y Acuña, K.F. (2016). Discurso didáctico e interacciones sustitutivas en la enseñanza de la ciencia. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 68-77.
- Kerlinger, F. y Lee, H.B. (2001). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- López C., L., Torres S., L., López C., M. y Rueda N., C. (2001). Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud Publica de México*, 43(3), 199-202.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buena-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Enfermedades no transmisibles: perfiles de México*. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/nmh/countries/mex_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Cáncer de mama: prevención y control*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Riveros, A., Castro, C. y Lara T., H. (2008). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291-304.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez C., M.L., Rentería R., A., Rosales A., A. y Rodríguez S., N.Y. (2014). Propuesta educativa para la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Pensando Psicología*, 10(17). Recuperado de <https://doi.org/10.16925/pe.v10i17.791>.
- Uscanga S., S., Torres M., G., Ángeles L., A., Domínguez M., R. y Lazcano P., E. (2014). Indicadores del proceso de tamizaje de cáncer de mama en México: un estudio de caso. *Salud Publica de México*, 56(5), 528-537.

Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica

Anxiety and quality of life in women with breast cancer: A theoretical review

Cecilia Mota González¹, Evangelina Aldana Calva¹,
Lyda M. Bohórquez Zambrano², Sandra Martínez Medina³
y José Raúl Peralta López⁴

RESUMEN

El cáncer de mama es actualmente un padecimiento que afecta a un gran número de personas en el mundo, ocurriendo en el sexo femenino la mayor incidencia. En países como México, se reconoce el cáncer de mama como la segunda causa de muerte en las mujeres adultas. Este artículo hace una breve revisión de la literatura sobre esta condición médica, sus implicaciones psicológicas, el desarrollo de la consecuente ansiedad y su impacto en la calidad de vida. Se empleó la base de datos SCOPUS como principal herramienta, en la que se revisaron los artículos publicados entre 2012-2016, siendo los criterios de búsqueda los conceptos “cáncer de mama”, “ansiedad” y “calidad de vida”. Los estudios analizados evidencian que las personas con cáncer suelen generar el trastorno de ansiedad durante el diagnóstico, el tratamiento o la cirugía, lo que provoca un cambio considerable en su calidad de vida. La sintomatología propia de los trastornos de ansiedad suele acentuarse, por lo que se requiere la intervención de un especialista para disminuir el malestar derivado. La importancia de la intervención psicológica se evidencia al lograr la disminución de los síntomas, favoreciendo así el proceso de afrontamiento de la enfermedad y contribuyendo a una mejor calidad de vida de las pacientes.

Palabras clave: Ansiedad; Calidad de vida; Cáncer de mama.

ABSTRACT

Currently breast cancer is a condition that affects a large number of people in the world, and women show the highest incidence. In countries like Mexico, breast cancer is recognized as the second cause of death in adult women. This article informs of a brief review of the research literature on this medical condition, its psychological implications, such as anxiety as a frequent component, and its impact on quality of life. The SCOPUS database was used as the main source, including articles published between 2012-2016. Search criteria included the concepts “breast cancer”, “anxiety”, and “quality of life”. The studies analyzed show that people with cancer often develop anxiety disorders at the time of diagnosis. Treatment and surgery also involve conditions causing considerable deterioration in quality of life. All along these moments anxiety symptoms usually worsen and require the intervention of a specialist in order to reduce suffering and discomfort. The importance of psychological interventions is evidenced because they effectively reduce the symptoms, thus favoring the process of coping of the disease and contributing to improve patients' quality of life.

Key words: Anxiety; Quality of life; Breast cancer.

¹ Instituto Nacional de Perinatología, Coordinación de Psicología y Calidad, Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes, Del. Miguel Hidalgo, 11000 Ciudad de México, México, tel. (55)55-20-99-00, ext. 147, correo electrónico: motaceci@hotmail.com. Artículo recibido el 21 de junio y aceptado el 3 de octubre de 2017.

² Universidad Cooperativa de Colombia, Calle 20, Núm. 3027, Torre 1-1604, 680002 Bucaramanga, Colombia, tel. 57(315)801-64-92, correo electrónico: lydabohorquez@psicologos.com.

³ Instituto Nacional de Perinatología, Departamento de Neurobiología del Desarrollo, Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes, Del. Miguel Hidalgo, 11000 Ciudad de México, México, tel. (55)55-20-99-00, ext. 470 correo electrónico: sandymarm@yahoo.com.mx.

⁴ Universidad de Baja California, Calle Av. Juan F. Parkinson 160, Fraccionamiento Parque Ecológico, 63173 Tepic, Nay., México, tel. (311)133-42-42, correo electrónico: ubcposgrados@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas el cáncer es considerado un importante problema de salud pública en todo el mundo, lo que plantea retos importantes en cuanto al diagnóstico y el tratamiento. Se ha encontrado que el aumento del cáncer en mujeres en los países de América Latina se asocia a patrones reproductivos, tales como edad de la menarca, edad del primer embarazo, número de partos y duración de la lactancia; en los países desarrollados está vinculado además con factores como el desarrollo económico, la urbanización, la obesidad, el consumo de alimentos procesados y el sedentarismo (González, García, Aguilar, Padilla y Álvarez, 2014; Lukong, 2017). Este padecimiento, al igual que todas las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas, requiere una atención particular ya que moviliza diversas emociones, en especial en la dimensión subjetiva de la calidad de vida. El sufrimiento emocional de las mujeres que lo padecen se asocia a aspectos relacionadas con la cirugía, así como al significado que ellas atribuyen a estos sucesos (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014).

El diagnóstico de cáncer de mama se considera un suceso estresante que no produce el mismo impacto en todos los individuos; sin embargo, si se le percibe como una amenaza, entonces ocurrirá una reacción emocional de ansiedad, que será más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontarla no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén. Cuando la frecuencia, la intensidad o la duración de la respuesta de ansiedad es excesiva, tenderá a disminuir la capacidad de adaptación del individuo al medio circundante, y en consecuencia su bienestar psicológico se verá perturbado, y es entonces que se habla de una ansiedad patológica que afecta su vida personal, familiar, laboral o social.

El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión teórica del papel que desempeña la ansiedad en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, para lo cual se consultó como fuente y principal herramienta la base de datos SCOPUS, en la que se revisaron los artículos publicados entre

los años 2012 y 2016, utilizando como criterios de búsqueda los conceptos “cáncer de mama”, “ansiedad” y “calidad de vida”. En dicha base se seleccionaron cuarenta artículos. De acuerdo a la revisión efectuada, se decidió presentar la información comenzando con la descripción y características del padecimiento, para después exponer las repercusiones emocionales, principalmente las relacionadas con la ansiedad y la calidad de vida, y finalmente hacer mención a los tipos de intervención psicológica que se pueden utilizar para disminuir la ansiedad en la mencionada condición.

Etiología del cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad crónico-degenerativa en la que se desarrollan células malignas en los tejidos de la mama, formando así tumores que invaden los tejidos vecinos y que pueden alcanzar órganos distantes. Es el tipo de tumor maligno más frecuente entre las mujeres en el mundo, representando 16% de todos los tipos de cáncer, y uno de los problemas de salud más importantes por sus efectos y frecuencia, la cual es más elevada entre las mujeres de 45 a 60 años de edad (Kern y Moro, 2012).

La incidencia del cáncer de mama varía considerablemente en todo el orbe, siendo mayor en los países desarrollados. En Europa, por ejemplo, se diagnostican aproximadamente 450 mil nuevos casos y la mortalidad se sitúa en torno a los 139 mil (Vich et al., 2014). El cáncer de mama se ha convertido en la primera causa de muerte debido a neoplasias en mujeres mexicanas desde el año 2006 (Torres et al., 2013).

Hasta la fecha todavía no se conocen exactamente las causas por las que se origina este padecimiento, pero se sabe que es un problema multifactorial y que el estrógeno desempeña un importante papel en su aparición ya que induce el crecimiento de las células mamarias (Martínez et al., 2014). Otros factores de tipo biológico relacionados con este tipo de cáncer son, a saber: mujeres con una edad mayor a 40 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama, con cáncer de mama previo, sin hijos o que tuvieron a su primer hijo después de los 30 años de edad, con menarca ocurrida antes de los 12 años, con menopausia tardía después

de los 52 años, así como con enfermedades benignas de la mama, como quistes (Vich et al., 2014).

Por otro lado, existen también factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, tales como una dieta elevada en grasas, ingesta de alcohol, obesidad, tabaquismo y uso de hormonas por más de diez años (Vich et al., 2014).

Etapas del cáncer de mama

El cáncer de mama se clasifica por etapas usando el sistema TNM de la American Joint Commission on Cancer. Dicha clasificación está basada en el tamaño del tumor (T), la afectación de los ganglios linfáticos (N) y la metástasis en otras áreas del cuerpo (M). Además, según su propagación, se divide en los estadios que se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Etapas del cáncer mamario.

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
0	Las células malignas se mantienen dentro de la mama sin invadir el tejido normal próximo.
I	El tumor mide 2 cm o menos, y entre uno y tres ganglios linfáticos axilares están invadidos por células anormales.
II	IIA: El tumor en la mama mide entre 2 y 5 cm. De uno a tres ganglios linfáticos axilares pueden estar invadidos. IIB: El tumor en la mama mide más de 5 cm y las células anormales no han invadido los ganglios linfáticos axilares.
III	El tumor se ha propagado a la pared torácica o a la piel de la mama y ganglios axilares.
IV	El cáncer se ha propagado a órganos distantes, como huesos, hígado, cerebro o pulmones.

Tipos de tratamiento

Respecto al tratamiento para el cáncer de mama, los artículos revisados indican que en cada mujer es diferente y depende del estadio de la enfermedad (Martínez et al., 2014)

Los tratamientos que se conocen son los siguientes: la radioterapia, la cual consiste en la aplicación de energía producida por un aparato de rayos X que ataca directamente las células malignas; la quimioterapia, que se basa en el uso de medicamentos que destruyen las células malignas; los tratamientos hormonales, que logran que las células cancerígenas no puedan reproducirse más, y la cirugía, que consiste en extirpar los tumores que se han producido en la mama. Los citados tratamientos pueden ser conservadores, radicales curativos, radicales paliativos y reconstructivos.

Para el control de este tipo de cáncer es de suma importancia sensibilizar a la población en general sobre la enfermedad en sí y de los mecanismos de control, así como también promover políticas y programas adecuados de prevención y diagnóstico temprano, pues el control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Desarrollo de la ansiedad en mujeres con cáncer de mama

La ansiedad surge ante situaciones desagradables, de resultado incierto o imprevisible que aumentan la alerta al prever un resultado potencialmente desfavorable a los intereses del sujeto. De aquí que se le considere como una reacción adaptativa cuya finalidad es la anticipación de una respuesta adecuada ante situaciones trascendentales. Sin embargo, aunque la ansiedad se suponga como una emoción natural de tipo adaptativo, también muestra un matiz patológico que puede afectar la vida personal, familiar, laboral o social del individuo cuando la frecuencia, intensidad o duración de la respuesta ansiosa resulta excesiva (Muñoz y Bernal, 2016).

La afectación del ritmo cardiaco se halla entre las expresiones fisiológicas de la ansiedad causadas por la afectación del sistema nervioso simpático y parasimpático, pues se torna más frecuente y al hacerlo provoca una mayor rapidez del torrente sanguíneo, además del aumento de la fuerza musculoesquelética y demás síntomas físicos, como resequecedad de la boca, sudoración en algunas partes del cuerpo, escalofríos, tensión muscular y dolor de pecho, entre muchos otros (Clark y Beck, 2012). Esos mismos autores plantean que el

trastorno de ansiedad en los últimos años ha tenido una mayor incidencia, especialmente en el sexo femenino, y reconocen el interés que existe sobre su origen, curso y tratamiento, que han sido problemáticos a lo largo de los años. Lo anterior se conoce desde los estudios desarrollados por Sigmund Freud, en los que se habla de la *neurosis*, a la cual se asociaban algunos síntomas que correspondían a este desorden de ansiedad; sin embargo, con el paso del tiempo y la realización de diversas investigaciones, este trastorno ha logrado su propia clasificación dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (APA), en sus ediciones IV (1994) y V (2014).

Clark y Beck (2012) apuntan que el desarrollo del trastorno de ansiedad implica cinco criterios que afectan la vida de las personas: 1) elemento cognitivo disfuncional, en el que se estructura un pensamiento erróneo ante una situación que probablemente no suceda, pero que de alguna manera el sujeto se anticipa ante este probable evento; 2) deterioro del funcionamiento, que conlleva la alteración de la vida del sujeto, pues ante la ansiedad que se manifiesta ocurren alteraciones en su vida social que previenen la amenaza que supuestamente se puede generar; 3) persistencia, que ocasiona un aumento de la aprehensión subjetiva ante la amenaza potencial, dando un mayor valor a dicha situación aunque no suceda; 4) falsas alarmas, que ocurren en el desarrollo de la ansiedad, por las cuales el sujeto experimenta sensaciones de miedo o pánico debido a la sobrevaloración que hace de una amenaza, misma que puede ser inexistente pero que reviste gran importancia en virtud de que es concebida como real, y 5) hipersensibilidad al estímulo, la cual acarrea una reacción inmediata y quizá desproporcionada ante un evento que tal vez no se encuentra asociado directamente con la amenaza, pero que trae consigo distintas reacciones del individuo, tanto cognitivas, como emocionales y físicas.

De esta manera, el trastorno de ansiedad afecta directamente la vida de la persona que la padece al alterar de manera considerable su conducta y estilo de vida.

La ansiedad también aparece ante diversas enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer de mama, que afecta todas las áreas vitales de

la mujer que lo padece; en efecto, muchos de los cambios que esta enfermedad genera alteran la vida psicológica, el desarrollo personal, la calidad de vida y la posición ante la enfermedad por el impacto emocional que atraviesan las pacientes; Martínez et al. (2014) señalan que tales reacciones pueden ser expresiones interpersonales o sociales de las emociones, entre las que se incluyen el miedo, la ira, el placer, la tristeza y otras, así como reacciones fisiológicas como el incremento de la tasa cardiaca, de la presión arterial sistólica y de la circulación sanguínea en músculos, o bien el decremento de la irrigación sanguínea de la piel.

Es importante mencionar que hay diferentes momentos en los que la ansiedad incide en las pacientes que sufren cáncer de mama: al recibir el diagnóstico, durante el tratamiento y principalmente durante las cirugías (Canicali, Nunes, Pires, Costa y Costa, 2012). En cuanto a la ansiedad que sufren las mujeres con dicha enfermedad, Muñoz y Bernal (2016) encontraron que la percepción de la cercanía de la muerte, las creencias sobre el cáncer, la anticipación del sufrimiento propio y de los allegados, la dificultad de expresar sus sentimientos, la sensación de pérdida de control, la crisis de las creencias y la necesidad de trascender, así como los problemas que aparecen en el entorno, carencia o exceso de cuidados y estimulación, el aburrimiento, los problemas de índole económica y asimismo las condiciones médicas —que son de suma importancia—, como la pérdida de vitalidad, las náuseas, la anorexia o los vómitos generados por los procedimientos a los que son sometidas desencadenan en las pacientes el temor a no recuperarse, y todo ello está relacionado con las alteraciones afectivas y de ansiedad. En el mismo sentido, se han hecho estudios en los que se han encontrado factores que incrementan los niveles de ansiedad durante el tratamiento, como el dolor severo (Muñoz y Bernal, 2016).

Se ha observado que durante los procedimientos a los que tienen que someterse —como la colocación del catéter puerto para la administración de la quimioterapia—, las pacientes manifiestan elevados niveles de ansiedad debido a la espera del procedimiento, la información insuficiente o equivocada, el miedo al dolor o el miedo a futuras complicaciones. Lugo, Becerra y Reynoso (2013) llevaron a cabo un estudio con mujeres con

cáncer de mama en edades de 44 a 74 años que asistían a la Clínica de Terapia Intravenosa de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México, en quienes midieron el grado de ansiedad, así como los signos y síntomas percibidos por ellas antes y después del procedimiento. Los autores concluyen que la mayoría de las pacientes se sintieron menos ansiosas al finalizar la colocación del catéter, y también encontraron que disminuye la percepción de ansiedad al llevarse a cabo intervenciones psicológicas antes, durante y después del procedimiento.

En pacientes mastectomizadas, el impacto que causa el procedimiento quirúrgico produce diferentes emociones, como frustración, tristeza e enojo, pero también, con mayor regularidad, trastornos de ansiedad y depresión, síntomas relacionados con el estrés al haber ya pensamientos intrusivos en la percepción del cáncer (Martínez et al., 2014).

Canicali et al. (2012) evaluaron la ansiedad “natural” en 84 mujeres mastectomizadas de 40 a 59 años mediante el Inventario de Ansiedad Indicio-Estado (IDATE) (versión brasileña del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado [IDARE] de Spielberger y Díaz-Guerrero [1975]), que identifica a las pacientes con mayor riesgo de desarrollar perturbaciones en el curso del tratamiento. Sus resultados indican que las pacientes mostraron un nivel medio en el indicio y el estado de ansiedad, resultados que se esperaban debido a que la población estaba vinculada a un programa de rehabilitación en el que se les proporcionaba atención interdisciplinaria.

Shin et al. (2016) estudiaron a 140 mujeres con cáncer de mama metastásico que recibían terapia endocrina o quimioterapia, en las cuales evaluaron la calidad de vida, la percepción de su pronóstico, la depresión y la ansiedad. Estos autores hallaron que las pacientes sometidas a quimioterapia mostraban tasas más elevadas de ansiedad y más síntomas depresivos en comparación con las pacientes tratadas con terapia endocrina. Dichas mujeres, que se consideraban a sí mismas como terminales, no manifestaron ansiedad, aunque sí depresión, y optaron por tratamientos que aliviaran principalmente su sintomatología.

Por otro lado, Yang et al. (2017) hicieron un estudio destinado a evaluar el riesgo de depresión,

ansiedad y trastornos relacionados con el estrés en una cohorte nacional sueca de 40,849 mujeres con cáncer de mama invasivo y 4,402 mujeres con carcinoma mamario *in situ*. Considerando los posibles efectos dependientes del tiempo, encontraron que las mujeres con cáncer de mama invasivo mostraron mayores tasas de depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el estrés. Los puntajes fueron mayores poco después del diagnóstico, pero continuaron aumentando hasta cinco años después de este. Las pacientes con carcinoma *in situ* exhibieron un aumento en la incidencia de trastornos relacionados con el estrés solo durante los primeros seis meses después del diagnóstico. Los autores destacan la importancia de la medición del tiempo ya que observaron perfiles de riesgo en las pacientes con cáncer de mama invasivo, lo que puede ser una guía significativa, oportuna y concreta en las intervenciones psicooncológicas.

Hayes et al. (2017) encontraron una interacción significativa entre el tiempo de espera ante la recomendación de una biopsia, la ansiedad y el estrés crónico, destacando que el tiempo se asoció con una mayor ansiedad en mujeres con bajos niveles de estrés; sin embargo, las mujeres que presentaron niveles altos de estrés experimentan mayor ansiedad, independientemente del tiempo de espera, concluyendo los autores que las mujeres pueden beneficiarse con tiempos de espera más cortos y de conocer estrategias adecuadas para el manejo de la ansiedad.

Del mismo modo, Guan et al. (2017) compararon los niveles de depresión y los de ansiedad en 221 pacientes con cáncer de mama. Sus resultados muestran que la sensación de ansiedad aparece con mayor frecuencia e intensidad que la de depresión.

Otra medición importante fue la realizada por Patel-Kerai, Harcourt, Rumsey, Naqvi y White (2017), quienes analizaron las diferencias entre 40 mujeres negras y 53 blancas del sur de Asia, sobrevivientes de cáncer de mama. Dichos autores encontraron diferencias significativas entre ambos grupos étnicos: las pacientes blancas reportaron mayores niveles de ansiedad y depresión, mayor deterioro de la calidad de vida y más creencias fatalistas relativas al cáncer; las mujeres negras, a su vez, obtuvieron niveles elevados de imagen corporal y más creencias religiosas en cuanto al

control de su enfermedad. Los autores subrayan la importancia del apoyo cultural que se debe ofrecer a las pacientes.

Calidad de vida en el cáncer de mama

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) define la calidad de vida como un constructo multidimensional (salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y preocupaciones espirituales) en el que se toman en cuenta las percepciones individuales en el contexto cultural y el sistema de valores. Diversos autores la han definido desde varias perspectivas: para algunos, la calidad de vida representa la capacidad del paciente para resolver los problemas que se relacionan con el hecho de estar gravemente enfermo; mientras que Sánchez, Ballesteros y Anzola (2010) la definen como el grado de satisfacción percibida con las circunstancias vitales actuales. Otras propuestas de multidimensionalidad plantean dominios tales como la capacidad para vivir una vida normal, la felicidad-satisfacción, el logro de metas personales, la capacidad para llevar una vida socialmente útil y las capacidades físicas y mentales. Sin embargo, todas estas definiciones son adaptaciones de la definición propuesta por la OMS.

Tal multiplicidad de definiciones, que inciden en la falta de claridad en el concepto, afectan a su vez su delimitación ya que algunos estudios han reportado que no existe correlación entre el estado de salud y la calidad de vida; así, es posible que los pacientes que sienten un compromiso importante con su estado de salud refieran una adecuada calidad de vida, o a la inversa: buenas condiciones de salud se relacionan con una mala calidad de vida; a esta situación particular se le denomina “paradoja de discapacidad”, la cual se ha reportado en pacientes con cáncer al encontrarse que hay diferencias importantes entre la calificación de calidad de vida según el paciente, el médico y los familiares.

Recientes investigaciones versan sobre la asociación que hacen los pacientes oncológicos con la concepción de una buena o mala calidad de vida; así pues, la buena calidad de vida tiende a asociarse con una sensación de bienestar emocional, la

percepción de una buena salud en el plano físico y psicológico, una convivencia familiar armónica que incluya un entorno cariñoso, la posibilidad de compartir con amigos, el contar con trabajo, tranquilidad económica, el disfrute de logros y la paz espiritual; como su contraparte, la mala calidad de vida se relaciona con tener una salud deficiente, malestar emocional, preocupaciones, limitaciones, convivencia familiar conflictiva, malos hábitos de alimentación, carencia de trabajo, deudas, dificultades en las relaciones sociales y sensación de angustia y desolación (Ríos y Cruzat, 2015).

Como ya se ha apuntado en los párrafos anteriores, hablar de calidad de vida es hacer referencia a un concepto multidimensional en cuanto que incorpora aspectos sociales, ambientales y creencias personales, de manera que se le define como “la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar o satisfacción en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en estos ha podido provocar una enfermedad física o mental y sus consecuencias” (Urzúa y Jarne, 2008, p. 151). Por ende, todo lo que la calidad de vida engloba se ve afectado de manera considerable cuando la persona se entera que padece cáncer, y más aún las mujeres con cáncer de mama.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha propuesto el término *calidad de vida relacionada con la salud* como una manera de describir aquellos aspectos de la experiencia subjetiva vinculados directa e indirectamente con la salud, la enfermedad, el tratamiento, la incapacidad y el deterioro.

En las mujeres con cáncer de mama se integran tres componentes en la percepción de su calidad de vida: el componente individual, el de interacción y el comunitario; el primero se refiere al estrés derivado de la enfermedad; el segundo alude al apoyo social de que dispone la paciente, y el último está relacionado con el sentido de pertenencia (Sánchez, Sierra y Martín, 2015). Por ello, al decir de Ríos y Cruzat (2015), la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la autoevaluación que la paciente tiene de su habilidad para realizar actividades normales en su vida cotidiana y el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen en su estado de salud y en las distintas áreas de su vida.

Para hacer un análisis de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama es importante tomar en cuenta la etapa del desarrollo vital en la que aquellas se encuentran, pues las necesidades y aspiraciones son diferentes en cada fase y de ello depende el tipo de afrontamiento que utilizan cuando se les informa el diagnóstico. Fernández, Llorens, García, Zabalza y Jorge (2009) indican que existen aspectos biológicos y psicológicos que afectan de manera considerable el desarrollo del cáncer durante la etapa de la adolescencia: en lo biológico aparecen trastornos del crecimiento e infertilidad, mientras que en el aspecto psicológico sobrevienen secuelas psicosociales que afectan el estilo de vida de las pacientes; de igual manera, la incidencia de depresión y el desarrollo del estrés postraumático son secuelas que suelen emerger durante y después de haber sufrido la enfermedad.

Otro cambio que de manera significativa surge en la vida de estas pacientes es en el ámbito escolar, pues cuando se diagnostica cáncer de mama de mujeres menores a 20 años de edad que se encuentran estudiando, en la mayoría de los casos hay efectos negativos en su desarrollo académico (Fernández et al., 2009). Otra de las áreas que sufre afectaciones es la relación familiar, toda vez que a menudo los familiares sobreprotegen a la paciente, limitando en consecuencia sus actividades.

Como indican Irarrazábal et al. (2016), las mujeres adultas también experimentan cambios significativos, como tener que dejar de trabajar debido a los diversos tratamientos, lo que hace que se deteriore su calidad de vida y aparezcan síntomas depresivos y ansiosos. Los estudios realizados por dichos autores han demostrado que en las pacientes sobrevivientes perviven algunas secuelas, lo que cambia en ocasiones su rutina; por ejemplo, el cansancio ocurre con mayor frecuencia, así como insomnio y otros problemas de ansiedad, los que de alguna medida alteran su vida cotidiana debido a los diversos tratamientos a los que son sometidas para resolverlos.

Un procedimiento que puede afectar la calidad de vida de las pacientes es la mastectomía, pues perder uno o ambos senos tiene implicaciones psicológicas difíciles de superar (Irarrazábal et al., 2016). Autores como Mols, Vingerhoets, Coebergh

y Van de Poll-Franse (2005), Carlson et al. (2013) y Rodríguez y Font (2013) coinciden en señalar que los signos más frecuentes son el temor a la recidiva y la muerte, la sensación de pérdida de control, los problemas de adaptación a los cambios físicos, el malestar psicosocial, las dificultades en las relaciones interpersonales y sexuales (ya que la alteración de la simetría corporal es percibida por estas mujeres como una deformidad) y la preocupación respecto a su vida laboral.

Uno de los aspectos de la calidad de vida que se ve favorecido cuando sobrevienen las enfermedades crónico-degenerativas es el espiritual, y el cáncer de mama no es distinto; de hecho, numerosas pacientes suelen afrontar la enfermedad manifestando un mayor apego hacia su religión, lo que fortalece así este elemento primordial de la vida humana (García y Lucio 2016). Asimismo, la familia aparece como un apoyo importante para estos pacientes, al igual que la relación con los amigos, pues ello logra que la enfermedad se viva con pensamientos positivos, lo que propicia una mejor calidad de vida y fortalece el sistema inmunológico.

Intervención psicológica

El cáncer de mama por sí mismo, al igual que su tratamiento, generan un monto importante de ansiedad, lo que restringe de manera importante la vida social, familiar y personal de la mujer que lo padece, por lo que es necesario el trabajo psicológico. Según Rojas (2006), la intervención debe llevarse a cabo en cada etapa del proceso de enfermedad. El Cuadro 2 resume las diferentes etapas y los objetivos de la intervención en cada una de ellas.

Específicamente, la atención psicológica de las pacientes tiene como objetivos trabajar la imagen corporal (sobre todo en las pacientes mastectomizadas), el malestar y el sufrimiento emocional; disminuir el distrés psicosocial; prevenir la progresión hacia alguna condición psicopatológica, y contribuir al manejo de la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático, el insomnio y los síntomas secundarios de la quimioterapia, o a la interrupción artificial de la menopausia.

Cuadro 2. Intervención psicológica en el cáncer de mama.

Etapa	Objetivo	Objetivo terapéutico
Diagnóstico	Facilitar la adherencia a los protocolos médicos.	Facilitar la percepción de control sobre la enfermedad y la detección de las necesidades psicológicas y sociales.
Tratamiento	Controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos asociados al tratamiento médico.	Facilitar la adaptación a la enfermedad y a los tratamientos médicos; fomentar estilos de afrontamiento activo y redes de apoyo, y facilitar asimismo la adherencia terapéutica.
Intervalo libre de enfermedad	Ayudar a afrontar mejor la angustia en los controles médicos, pues cada uno de ellos es experimentado como una posible recaída.	Alentar la expresión del miedo y de sus preocupaciones; promover la buena comunicación médico-paciente, y facilitar el retorno de la paciente a su vida cotidiana.
Supervivencia	Tratar las dificultades relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad, mismas que puedan seguir causando alteraciones emocionales.	Facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales, así como la reincorporación a las actividades cotidianas de la paciente y a su vida sexual.
Recurrencia	Intervenir en el impacto psicológico, que puede ser más intenso que en el diagnóstico inicial.	Abatir síntomas como la ansiedad, la angustia extrema y la depresión; facilitar la adaptación al nuevo estado de la enfermedad; reforzar la relación médico-paciente, y detectar las necesidades emocionales de la familia.
Final de la vida	Intervención en las reacciones emocionales que aparecen con gran intensidad en la paciente y en su familia.	Colaborar en el control de los síntomas físicos; detectar y atender dificultades psicológicas y sociales que surjan en la paciente y en su familia; acompañar a la paciente en el proceso de morir y facilitar el duelo en los familiares.

Fuente: Rojas (2006).

En los últimos años se han propuesto diferentes formas de apoyo psicológico, al igual que varios tipos de terapias para las pacientes con cáncer de mama. Ascencio, Rangel y Allende (2013), Vázquez et al. (2014) y Alga y García (2016) coinciden en que las estrategias de intervención psicológica en el cáncer de mama más utilizadas son las siguientes:

1) *Terapias cognitivo-conductuales* (entrenamiento en estrategias para el manejo de la ansiedad, exposición gradual a los estímulos temidos, exposición interoceptiva, técnicas de distracción, entrenamiento en resolución de problemas y habilidades de comunicación, reestructuración cognitiva, ventilación emocional, reducción del estrés basado en el *mindfulness* [Andersen et al., 2013] y escucha activa). Estas son de utilidad para eliminar pensamientos depresivos, autocondenatorios, de culpa, desesperanza o de autocompasión mediante la modificación de la forma de razonamiento que emplea la paciente por medio de la autoobservación, el automonitoreo y la recapacitación (Suárez y Almanza, 2017).

2) *Intervención psicoeducativas*. Algunos autores como Vázquez et al. (2014) consideran que la misma, en combinación con estrategias como la rehabilitación física y la modificación de la dieta,

es de las intervenciones más efectivas para la reducción de la sintomatología psicológica del cáncer de mama.

3) *Psicoterapia breve*. Útil para abordar de manera directa los problemas de separación, cambio de estilo de vida y sentimiento de pérdida; su objetivo es disminuir el malestar psicosocial y contribuir a que las pacientes recobren la funcionalidad, retomen el control de su vida al incorporar, con el menor sufrimiento posible, las distintas intervenciones médicas que su enfermedad exige (Moncayo y Breitbart, 2013; Suárez y Almanza, 2017).

4) *Psicoterapia de grupo*. Útil a todo lo largo del proceso de atención oncológica, pero está limitada a los pacientes cuyo estado clínico les permite físicamente acudir o ser llevados al espacio grupal. Existen estudios que indican que la terapia de grupo para las pacientes facilita el cambio de actitudes, conductas y emociones por medio de la reflexión conjunta, el intercambio de experiencias, el autoconocimiento y el apoyo mutuo. Por los resultados obtenidos, la intervención de grupo se recomienda para mejorar la calidad de vida de las mujeres supervivientes del cáncer de mama (Rodríguez y Font, 2013).

5. *Terapias alternativas y complementarias*. De ellas, las que más destacan son aquellas que

involucran cuerpo y mente (técnicas de relajación, visualización, yoga). En algunos países europeos se emplean en 35.9% de los casos con el propósito de mejorar el bienestar físico o psicológico y la capacidad del cuerpo para combatir el cáncer. Se aplican en situaciones de ansiedad (36%), para el miedo (29.4%) y para el dolor (25%) (León et al., 2013).

6) *Intervención psicológica al final de la vida.* Es complicada pero absolutamente necesaria, pues en ella convergen de manera definitiva todos los factores (complicaciones asociadas o paralelas al cáncer y los aspectos psicosociales en toda su complejidad) que a lo largo del proceso de la atención de la enfermedad han tenido lugar. Su objetivo es ayudar a lograr aceptación y tranquilidad para poder cerrar los aspectos que generan intranquilidad a la paciente en la etapa final de su vida (Rojas, 2006).

Todos estos tipos de intervención psicológica tienen como objetivo incidir en la mejora de la sintomatología emocional, favorecer la adaptación a esta condición de salud y mejorar la calidad de vida de la mujer con diagnóstico de cáncer de mama.

DISCUSIÓN

Como resultado de la revisión llevada a cabo en este trabajo, se puede señalar que el cáncer de mama es una de las neoplasias que ocurren con mayor frecuencia en la mujer en todo el orbe. A pesar de los actuales avances médicos para tratar este padecimiento, sigue siendo una patología que tiene un pronóstico incierto, dolorosa en los ámbitos personal y de pareja, compleja para las familias de las mujeres que la sufren, y en ocasiones muy costosa.

La mayoría de los estudios referentes a dicha patología señalan que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama experimentan altos niveles de ansiedad que se acompañan de un proceso psicológico adaptativo a la enfermedad denominado "duelo oncológico", que consiste en una serie de etapas que no necesariamente se presentan en forma secuenciada y que comienzan durante los meses siguientes al diagnóstico, duelo que tiene como objetivo la aceptación y la adaptación a esta

condición de salud. En este mismo sentido, la literatura revisada muestra que las manifestaciones de ansiedad están relacionadas con tres aspectos: los efectos que pueden tener los tratamientos, los cuales se asocian a la pérdida de control de la propia vida, al impacto en la calidad de esta y a la asociación que se hace de la enfermedad con la posibilidad de muerte. En relación a ello, se puede decir que el grado de malestar que puede experimentar la mujer afectada por el cáncer mamario reúne aspectos biológicos, sociales, ambientales y espirituales.

Asimismo, en los estudios revisados se afirma que la ansiedad se encuentra presente durante el diagnóstico, el tratamiento, los procedimientos quirúrgicos y, cuando ocurre, en la recurrencia de la enfermedad.

Por otro lado, los trabajos referentes a las manifestaciones de ansiedad ante los tratamientos señalan que la mastectomía es un proceso al que se le da particular importancia porque la mama es un órgano que tiene una representación psicológica, sexual, afectiva y cultural especial y compleja; por tanto, el diagnóstico de cáncer en este órgano, su tratamiento y las secuelas que resultan son una de las principales fuentes generadoras de angustia en las pacientes, misma que provoca cambios en lo biológico y lo psicológico y altera así su calidad de vida. En lo que respecta a este concepto, es posible subrayar que, ante la enfermedad, la percepción que tiene la paciente de su vida se modifica drásticamente, lo que afecta desfavorablemente su bienestar emocional en cuanto que asume su condición médica como el principal núcleo de tensión y malestar, y progresivamente generaliza esta percepción negativa hacia otras dimensiones, causando así graves afectaciones a su calidad de vida.

La aparición de la sintomatología depresiva y ansiosa en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama es una respuesta hasta cierto punto normal, pero es necesario brindar la atención psicológica adecuada para prevenir que dicha sintomatología emocional rebase sus recursos de afrontamiento y genere un deterioro mayor en su calidad de vida y en la adaptación a la enfermedad. Por ello, el objetivo principal de la psicoterapia es ayudar a las mujeres a sobrellevar los cambios físicos y emocionales y en su estilo de vida relacionados con el

cáncer, así como los tratamientos médicos, mismos que pueden resultar dolorosos y traumáticos.

Finalmente, es importante señalar que el manejo efectivo de la ansiedad es de suma importancia para las mujeres que sufren esta enfermedad, pues les ayuda a lidiar de una manera más adapta-

tiva con el dolor, el miedo y demás emociones que afectan de manera negativa su calidad de vida.

Por lo anterior, se sugiere que futuras investigaciones profundicen el estudio de la ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer.

REFERENCIAS

- Alga M., J. y García P., B. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 227-248. doi: 10.5209/PSIC.54434.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV ed.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (V ed.). Washington, D.C.: APA.
- Andersen, S.R., Würtzen, H.S.J., Christensen, J., Andersen, K.K., Flyger, H. y Dalton, S.O. (2013). Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: Results of a randomized trial among Danish breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 52(2), 336-344. doi: 10.3109/0284186X.2012.745948.
- Ascencio H., L., Rangel D., N.E. y Allende P., S. (2013). Proceso de atención psicológica en el Programa de Atención y Cuidados en Oncología del Instituto Nacional de Cancerología. *Psicooncología*, 10(273), 393-406. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43457.
- Canicali, P., Nunes, G., Pires, O., Costa, L. y Costa, A. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, 28(10), 52-62.
- Carlson, L.E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E., et al. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer (MIND-SET). *Journal of Clinical Oncology*, 31, 3119-3126. doi: 10.1200/JCO.2012.47.5210.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, B., Llorens, Á., García, R., Zabalza, A. y Jorge, V. (2009). Calidad de vida y estado de salud en niños y en adolescentes supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 459-468.
- García G., A.A. y Lucio G.M., E. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(1), 3-10. Doi: 10.1016/j.gamo.2016.02.004 1665-9201.
- Gonzalez, E., Garcia, P., Aguilar, M., Padilla, C. y Alvarez, J. (2014). Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. *Clinical Nursing*, 23, 2397-2403. doi: 10.1111/jocn.12368.
- Guan, N.G., Mohamed, S., Kaur, K., Hatim, S.A., Zuraida, Z.N. y Aishah, T.N. (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *Plos One*, 12(3), e0172975. doi: 10.1371/journal.pone.0172975.
- Hayes, B.M., Shelby, S.R., Wren, A.A., Miller, S.L., Yoon, C.S., Baker, A.J., et al. (2017). Anxiety prior to breast biopsy: Relationships with length of time from breast biopsy recommendation to biopsy procedure and psychosocial factors. *Journal of Health Psychology*, 22(5), 561-571. doi: 10.1177/1359105315607828.
- Irrázabal, M., Kleinman, P., Silvar, F., Fritis, M., Barriga, C. y Waintrub, H. (2016). Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Médica de Chile*, 144(12), 1567-1576. doi: doi.org/10.4067/S0034-98872016001200008.
- Kern, D. y Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 453-465. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916.
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, À., Martín, A. y Seguí, M.À. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*, 10(2-3), 263. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43448.
- Lugo, G., Becerra, G. y Reynoso, E. (2013). Intervención psicológica para manejo de ansiedad ante la colocación de catéter puertero en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 10(1), 177-184. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41956
- Lukong, K. (2017). Understanding breast cancer - The long and winding road. *BBA Clinical*, 7, 64-77. doi: 10.1016/j.bbcli.2017.01.001.
- Martínez B., A.E., Lozano A., A., Rodríguez V., A.L., Galindo V., O. y Alvarado A., S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58.
- Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W. y Van de Poll-Franse, L.V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 41, 2613-2619. doi: 10.1016/j.ejca.2005.05.017.

- Moncayo F., L. y Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: "Vivir con sentido". Estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2/3), 233-245. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43446.
- Muñoz, A. y Bernal, G. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 227-248. doi: 10.5209/PSIC.54434.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Calidad de vida*. Ginebra: OMS.
- Patel-Kerai, G., Harcourt, D., Rumsey, N., Naqvi, H. y White, P. (2017). The psychosocial experiences of breast cancer amongst Blacks, South Asian and White survivors: do differences exist between ethnic groups? *Psicooncología*, 26(4), 515-522.
- Ríos, M. y Cruzat, C. (2015). Percepción y significados asociados a la calidad de vida en pacientes hemato-oncológicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53(4), 261-268. doi: 10.4067/S0717-92272015000400006.
- Rodríguez, E. y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10(2-3), 275-287. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449.
- Rojas M., G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 17(4), 194-197.
- Sánchez P., R., Ballesteros M., P. y Anzola J., D. (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de Salud Pública*, 12(6), 889-902.
- Sánchez, R., Sierra, F. y Martín, E. (2015). ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 321-385. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.01.
- Shin, J., El-Jawahri, A., Parkes, A., Schleicher, M., Knight, P. y Teme, S. (2016). Quality of life, mood, and prognostic understanding in patients with metastatic breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 19(8), 863-869. doi: 10.1089/jpm.2016.0027.
- Spielberger, C.D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.
- Suárez I., R. y Almanza M., J.D. (2017). Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(4), 133-141.
- Torres, G., Ortega, C., Ángeles, A., Villalobos, A.L., Salmerón, J., Lazcano, E. y Hernández, M. (2013). Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. *Salud Pública de México*, 55, S241-S248.
- Urzúa M., A. y Jarne E., A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 151-160.
- Vázquez O., G., Castillo E., R., Benjet, C., García A., M., Ponce J., L. y Aguilar S., A. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en sobrevivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233-241. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47385.
- Vich, P., Brusint, B., Álvarez H., C., Cuadrado R., C., Díaz G., N. y Redondo, E. (2014). Actualización del cáncer de mama en atención primaria (I/V). *Semergen, Medicina de Familia*, 40(6), 326-333. doi: 10.1016/j.semerg.2014.02.012.
- Yang, H., Brand, S., Fang, F., Chiesa, F., Johansson, L., Hall, P. y Czene, K. (2017). Time-dependent risk of depression, anxiety, and stress-related disorders in patients with invasive and in situ breast cancer. *International Journal of Cancer*, 140, 841-852. doi: 10.1002/ijc.30514.

Apoyo social y resiliencia: predictores de bienestar psicológico en adolescentes con suceso de vida estresante

Social support and resilience: Predictors of psychological well-being on adolescents with stressful life event

Sandybell González Lugo, José Concepción Gaxiola Romero y Edgar René Valenzuela Hernández¹

RESUMEN

Durante la adolescencia existe una mayor vulnerabilidad al desajuste psicológico cuando se experimenta un suceso de vida estresante; sin embargo, existen factores protectores que pueden ayudar al adolescente a gozar de bienestar psicológico a pesar de dichos riesgos. El objetivo del presente estudio fue evaluar el papel del apoyo social y las disposiciones a la resiliencia sobre el bienestar psicológico de adolescentes con sucesos de vida reportados mediante un modelo de trayectorias. Previa firma de un formato de consentimiento informado, 228 estudiantes de bachillerato respondieron una batería de pruebas que evaluaba las variables de interés. En el modelo resultante se muestra que el apoyo social afecta de manera negativa los sucesos de vida experimentados por los adolescentes; a su vez, dichos sucesos se relacionan negativamente con su bienestar psicológico. Otra trayectoria mostró el papel modulador de las disposiciones de resiliencia en el bienestar psicológico de los adolescentes. Se discuten los efectos del apoyo social y las disposiciones a la resiliencia en el bienestar psicológico de la muestra.

Palabras clave: Bienestar psicológico; Adolescencia; Resiliencia; Redes de apoyo social.

ABSTRACT

During adolescence there is increased vulnerability to psychological maladjustment when stressful life events occur. There are, however, protective factors that could help teenagers to achieve or preserve psychological wellbeing despite those risks. The aim of the present study was to evaluate, through a path model, the mediating role of social support and dispositions to resilience on psychological wellbeing of adolescents reporting stressful life events. Previous informed consent, 228 junior college students answered a series of questionnaires. Results show a path model where social support negatively affected stressful life events experienced by adolescents. In turn, stressful life events were negatively associated with their psychological wellbeing. Other path showed the mediating role of dispositions to resilience on adolescents' psychological wellbeing. Results are discussed in terms of the role of social support and dispositions to resilience effects on psychological wellbeing of participants.

Key words: Psychological wellbeing; Adolescence; Resilience; Social support networks.

A partir del enfoque de la psicología positiva, se han desarrollado estudios caracterizados por evaluar conceptos centrados en el bienestar humano, siendo así la contraparte del modelo tradicional de la salud, enfocado únicamente en la patología, y proporcionando así un modelo más positivo e integral de la salud mental (Romero, García-Mas y Brustad, 2009).

El bienestar psicológico puede definirse como la dimensión subjetiva relacionada con la calidad de vida, producida en torno a un juicio valorativo de satisfacción, que tiene relación con el balance entre las expectativas o metas trazadas y los logros obtenidos (Fernández, García y Lorenzo, 2014). Al bienestar

¹ Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación, Universidad de Sonora, Blvd. Luis Encinas y Rosales s/n, Col. Centro, 83000 Hermosillo, Son., México, correos electrónicos: sandybell.gonzalezl@gmail.com, joegaxiola@gmail.com y edgar.valenzuelah@gmail.com. Artículo recibido el 28 de septiembre de 2017 y aceptado el 15 de enero de 2018.

Citación: González L., S., Gaxiola R., J.C. y Valenzuela H., E.R. (2018). Apoyo social y resiliencia: predictores de bienestar psicológico en adolescentes con suceso de vida estresante. *Psicología y Salud*, 28(2), 167-176.

psicológico se le considera un indicador del funcionamiento del individuo que hace posible el desarrollo de sus capacidades y su crecimiento personal (Vivaldi y Barra, 2012); de igual manera, se le ha relacionado con la percepción de la salud (Fernández et al., 2014; Howell, Kern y Lyubomirsky, 2007; Nitsche, Bitran, Pedrals, Echevarría y Rigotti, 2014). Se ha encontrado que en los adolescentes el bienestar psicológico se correlaciona positivamente con el rendimiento académico y negativamente con la depresión (Robles, Sánchez y Galicia, 2011).

El constructo de bienestar psicológico deriva de la tradición eudaimónica referente al desarrollo del potencial humano (Díaz et al., 2006) y ha sido integrado por Ryff y Singer (2008) en un modelo conformado por las siguientes seis dimensiones:

Autoaceptación: Evaluación que hace el individuo sobre sí mismo y que implica la aceptación de sus fortalezas y debilidades personales.

Relaciones positivas con otros: Desarrollo de fuertes sentimientos de empatía, afecto, capacidad de mantener amistades e identificarse con los demás.

Crecimiento personal: Autorrealización del individuo a partir del crecimiento continuo y la confrontación de nuevos retos en el curso de su vida.

Propósitos de vida: Sentido, dirección e intencionalidad en la vida y existencia de propósitos y significado.

Dominio del entorno: Capacidad de modificar el ambiente a partir de las habilidades físicas y psicológicas.

Autonomía: Sentido de independencia, autodeterminación y autorregulación.

Esta visión del bienestar psicológico se fundamenta en los aportes de la psicología humanista y existencial (Ryff, Keyes y Shmotkin, 2002), cuyo elemento clave es el desarrollo de las potencialidades para alcanzar la autorrealización personal. La visión eudaimónica del bienestar psicológico surge en respuesta a las concepciones hedónicas previas acerca del mismo, enfocadas en la evaluación que las personas hacen del placer, equiparando la felicidad con la satisfacción de los deseos personales (Hauser, Springer y Pudrovska, 2005; Ryff y Singer, 2008); para la concepción eudaimónica, sin embargo, la felicidad consiste en la

generación de virtudes personales que conducen al desarrollo y la autorrealización.

Si bien es cierto que en el sentido de autorrealización intervienen algunas características sociodemográficas, como el ingreso y la escolaridad (Hicks, Epperly y Barnes, 2001), el bienestar psicológico no se determina exclusivamente por dichas variables, ya que estas solo refieren la satisfacción o insatisfacción de necesidades importantes en la concepción hedónica. Para la orientación que interesa aquí, esto es, el enfoque eudaimónico, los factores socioeconómicos son simplemente facilitadores del bienestar psicológico dado el efecto mediador que poseen en los aspectos psicológicos y sociales (Hicks et al., 2001; Moyano y Ramos, 2007). Entre los mencionados aspectos que pudieran relacionarse con el bienestar psicológico y que se estudian a partir del enfoque de la psicología positiva, se encuentran la resiliencia y las redes de apoyo social percibidas por el individuo (Morales y González, 2014; Orcasita y Uribe, 2010) (Figura 1).

En dicho enfoque, más centrado en evaluar las fortalezas del individuo que las patologías o comportamientos desajustados (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), el balance de las emociones positivas y negativas es independiente del bienestar del individuo, de manera que una persona puede percibir bienestar psicológico —es decir, tener propósitos de vida, autonomía, relaciones positivas con otros, etc.— y aun así experimentar emociones negativas o estrés en un momento determinado; de igual manera, pudiera manifestar emociones positivas de manera muy limitada debido a diferentes condiciones generadas por su ambiente (Fernández et al., 2014). Así, en los estudios de bienestar psicológico resulta pertinente evaluar la resiliencia —entendida como la adaptación de los individuos ante situaciones de riesgo (Gaxiola y Frías, 2007)— a fin de determinar su papel mediador en eventos de vida difíciles.

Los adolescentes, al igual que todos los seres humanos, afrontan diversos sucesos de vida considerados negativos, algunos de los cuales pueden resultar muy estresantes y convertirse en factores de riesgo; es esta población la que reporta experimentar una mayor cantidad de sucesos de vida estresantes (Veytia, González-Arratia, Andrade y Oudhof, 2012), los cuales se relacionan

directamente con la depresión y con otros problemas conductuales y familiares (Heredia, Lucio y Suárez, 2011).

Un suceso de vida se define como una experiencia o acontecimiento que tiene el potencial de producir estrés, por lo que su valoración es fundamental cuando se estudian los procesos adaptativos (Barcelata, Durán y Lucio, 2012). Ante un suceso de vida, es de esperarse que los seres humanos, sobre todo durante la adolescencia, exhiban respuestas de estrés que conlleven una alta probabilidad de desarrollar conductas desadaptadas (Benjet et al., 2009). A su vez, la resiliencia se entiende como un proceso adaptativo mediante el cual es posible hacer frente a las adversidades, siendo uno de sus elementos el conjunto de disposiciones o tendencias que probabilizan la superación de los riesgos; tales disposiciones incluyen tener una actitud positiva de la vida, sentido del humor, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido y Figueroa, 2011).

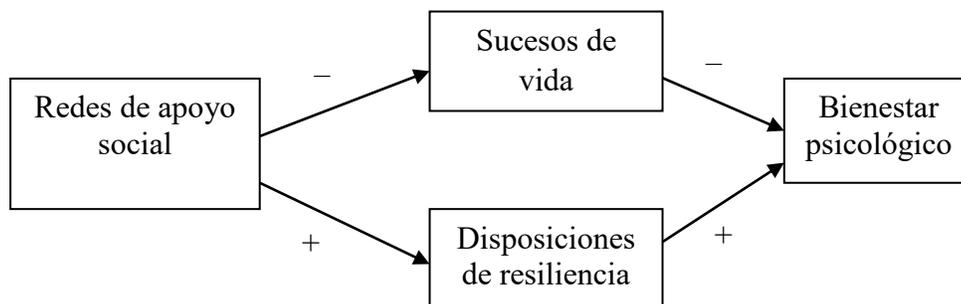
Además del posible efecto protector de las disposiciones de resiliencia, se ha reportado que el apoyo social en los adolescentes es un factor primordial para que puedan adaptarse a las situaciones de vulnerabilidad (Leiva, Pineda y Encina, 2013). Los estudios acerca del apoyo social se fundamentan en investigaciones experimentales, cuyos resultados muestran que al exponerse sin ese apoyo a los estímulos estresantes, se experimentan efectos adversos que no ocurren cuando se está en compañía de otras personas significativas (Orcasita y Uribe, 2010).

Las redes de apoyo incorporan sistemas funcionalmente delimitados acordes a su significancia,

los cuales pueden estar constituidos por ambientes tales como la familia, la escuela, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y otros muy diversos miembros de la comunidad, mismos que representan elementos indispensables para la salud, así como también para el ajuste y el bienestar de los individuos (Barquero, Leandro y Sotela 2013; Orcasita y Uribe, 2010) en cuanto que funcionan como agentes de protección al proporcionar apoyo emocional e informacional que contribuye a afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo en las que se ve inmerso el adolescente (Aguillón, 2011); por consiguiente, la falta de apoyo social o un bajo nivel del mismo repercuten negativamente en el estado de salud del individuo (Aranda y Pando, 2013).

En general, los resultados de las investigaciones en torno al apoyo social lo colocan como un elemento importante de la salud física y psicológica. Aunque la mayoría de estos estudios se han centrado en la población adulta (Ferrada y Zavala, 2014; Vivaldi y Barra, 2012), es importante reconocer que la adolescencia, al ser una etapa de riesgos y vulnerabilidad por los grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales que conlleva en un corto periodo de tiempo (Estévez y Emler, 2011), requiere que se evalúen los factores protectores que minimicen durante ella el desarrollo de problemas sociales o de salud. La evaluación de dichas variables permitiría comprender el papel regulador del apoyo social y la resiliencia ante los diversos factores de riesgo y determinar la pertinencia de promover dichos constructos en adolescentes vulnerables para aumentar sus niveles de bienestar psicológico (Figura 1).

Figura 1. Modelo hipotético de trayectorias del bienestar psicológico en estudiantes de bachillerato.



Debido a lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar el papel que desempeñan las redes de apoyo social y las disposiciones de resiliencia como predictores del bienestar psicológico de adolescentes que habían experimentado al menos un suceso estresante de vida y que asistían a escuelas preparatorias públicas de una ciudad ubicada al noroeste de México.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico e intencional por disponibilidad en una muestra de 709 adolescentes, de los cuales se seleccionó a 228, quienes reportaron haber presentado al menos un suceso de vida estresante. Lo anterior se justifica debido a que los estudios que miden la resiliencia evalúan el riesgo al cual se debe ajustar el individuo (Gaxiola, 2013). Los adolescentes participantes asistían a dos escuelas públicas de bachillerato de distintos sectores de la localidad, los cuales estaban clasificados con un grado de marginación medio y muy bajo, según los indicadores del Consejo Nacional de Población y Vivienda (2010), lo que permitió incluir jóvenes provenientes de familias de nivel socioeconómico medio-bajo.

De los 228 participantes, 110 fueron hombres y 118 mujeres, todos ellos de nacionalidad mexicana, con una edad promedio de 17.28 años (D.E. = .66).

Instrumentos

Los sucesos de vida estresantes se evaluaron por medio de una escala adaptada por Torres y Ruiz (2013) para adolescentes. Consta de 34 reactivos que miden sucesos estresantes en las áreas de enfermedad o muerte, separación, sexualidad, actos delictivos y situación económica. Los reactivos muestran cuatro opciones de respuesta en las que se reporta si se ha vivido el suceso y su grado de afectación. Ejemplos de reactivos son los siguientes: “He sido golpeado(a) o duramente castigado(a)”, “Murió mi papá (mamá, hermano[a])” y “Fui abusado(a) sexualmente”. Para la presente investigación, se seleccionó a quienes reportaron al

menos un suceso malo o grave, de manera que se midió la percepción de la gravedad del suceso experimentado. El valor de alfa del instrumento en el estudio piloto fue de .80.

El apoyo social percibido se evaluó mediante una adaptación de la escala de Redes de Apoyo de Villalobos (2009). La escala original está conformada por 45 reactivos. En una investigación previa, Torres y Ruiz (2013) seleccionaron 19 reactivos para indagar las áreas de apoyo por parte de la familia, amigos, compañeros y otras personas e instituciones. Hay reactivos como “Cuento con mis amigos” y “Tengo personas que me apoyan”. La modalidad de respuesta consta de cinco opciones que van de “siempre” a “nunca”. El valor del coeficiente alfa en el estudio piloto fue de .78.

El bienestar psicológico se evaluó a través de un inventario con doce ítems, desarrollado en un estudio previo por Gaxiola, Gaxiola, González y Valenzuela (2014), basado en el instrumento elaborado por Ryff (1989). Los reactivos evalúan las áreas de autonomía, relaciones positivas, propósito de vida, autoaceptación, dominio del entorno y crecimiento personal. Algunos ejemplos de reactivos son “Mantiene relaciones cercanas con sus amigos” y “Se siente satisfecho(a) con su vida”. Las opciones de respuesta van de 1 (“nada”) a 5 (“totalmente”). El valor del coeficiente alfa de la escala reportada por los autores fue de .88.

Las disposiciones a la resiliencia se midieron mediante el Inventario de Resiliencia (IRES) (Gaxiola et al., 2011), conformado por veinte reactivos que evalúan las dimensiones de actitud positiva, sentido del humor, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta. Los reactivos se califican a través de cinco opciones de respuesta, que van de 1 (“nada”) a 5 (“siempre”). Algunos de los ítems son “Veo lo positivo de la vida y de las cosas que me pasan” y “A pesar de mis problemas procuro ser feliz”. Los autores reportaron un valor del coeficiente de alfa de .93

Procedimiento

Se seleccionaron las dos escuelas referidas cuyas autoridades manifestaron su disposición para participar en el estudio. Una vez obtenidos los permisos, se acudió a las aulas en los horarios de clase. Se

explicó a los alumnos los objetivos de la investigación y, mediante su consentimiento informado, se les aplicó colectivamente la batería de pruebas. La duración de la evaluación osciló entre 35 y 40 minutos. Para los fines de la presente investigación se seleccionaron únicamente 228 encuestas, correspondientes a los participantes que hubieran reportado al menos un suceso de vida difícil, malo o muy grave.

Análisis de datos

Los datos se capturaron en el programa estadístico SPSS, versión 21. Se elaboraron los estadísticos descriptivos para las variables categóricas, se obtuvieron los valores del coeficiente alfa de los instrumentos, se sumaron las respuestas medias de las escalas y se conformaron los índices. Se evaluó la relación entre los índices con el coeficiente de correlación de Pearson (r). Luego, se exportaron las variables al programa multivariado EQS, versión 6.0, mediante el cual se probaron las trayectorias de los índices conformados como variables. Para determinar la pertinencia del modelo, se utilizó el indicador estadístico chi cuadrado (χ^2) y los indicadores prácticos Índice Bentler-Bonett de Ajuste Normado (IBAN) y el Índice de Bentler-Bonnett de Ajuste no Normado (IBANN).

RESULTADOS

En las Tablas 1 y 2 se muestran las características descriptivas de la muestra en términos sociodemográficos y de sucesos de vida experimentados, respectivamente. En la primera de ellas se observa que la mayoría de los adolescentes no trabajaban, vivían con ambos padres y tenían ingresos menores a cinco mil pesos mensuales.

En la Tabla 2 se describe la frecuencia de los sucesos de vida reportados por los adolescentes. Los problemas económicos en la familia, las desilusiones amorosas y el divorcio entre los padres fueron los sucesos más comunes reportados como malos, mientras que los sucesos graves más frecuentes fueron el divorcio y la pérdida del empleo del padre o de la madre.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N = 228).

Variable	F	%
Sexo		
Masculino	110	48.2
Femenino	118	51.8
Trabaja		
Sí	49	21.5
No	179	78.5
Vive con		
Ambos padres	124	54.4
Madre	65	28.5
Padre	11	4.8
Otro	25	11
Ingreso familiar*		
Menos de \$5,000	85	37.3
Entre \$5,000 y \$10,000	81	35.5
Entre \$10,000 y \$15,000	33	14.5
Más de \$15,000	19	8.3
Estado civil de la madre		
Casada	125	54.8
Divorciada	37	16.2
Viuda	12	5.3
Soltera	16	7
Unión libre	28	12.3
Estado civil del padre		
Casado	128	56.1
Divorciado	32	14
Viudo	4	1.8
Soltero	5	2.2
Unión libre	25	11

* Ingreso familiar mensual en pesos mexicanos²

En la Tabla 3 se muestran los resultados de los valores del coeficiente alfa de Cronbach de cada una de las escalas utilizadas en el estudio, las cuales resultaron superiores a .60, por lo que se consideraron aceptables (Nieva y Sorra, 2003).

En la Tabla 4 se presentan las correlaciones entre las variables del estudio, según el coeficiente r de Pearson. Se observa que los sucesos de vida se correlacionaron negativa y significativamente

² A un valor promedio aproximado de 17 pesos por dólar.

Tabla 2. Frecuencia de sucesos de vida reportados como malos y graves.

SUCESO DE VIDA	Malos		Graves	
	F	%	F	%
Mis padres se separaron o divorciaron.	50	21.8	15	6.6
Me separé de mis padres para vivir con algún otro familiar, novio(a) o amigo(a).	8	3.5	2	0.9
Tuve un aborto provocado o mi novia tuvo un aborto provocado.	1	0.4	0	0.0
Tengo que trabajar además de estudiar.	12	5.2	1	0.4
Algún familiar o yo padecemos alguna discapacidad.	14	6.1	4	1.7
Mi familia tiene serios problemas económicos.	77	33.6	7	3.1
Me embaracé (mujer) o embaracé a mi novia (hombre).	1	0.4	0	0.0
He sido golpeado(a) o duramente castigado(a).	12	5.2	3	1.3
Los pleitos entre mis padres empeoran.	42	18.3	7	3.1
Murió mi padre (madre), hermano(a).	13	5.7	16	7.0
Mi padre (madre) se fue de la casa.	34	14.8	9	3.9
Tuve una experiencia sexual con una persona de mi mismo sexo.	1	0.4	3	1.3
Mi padre (madre) perdió su empleo.	41	17.9	15	6.6
Padezco alguna enfermedad física o mental grave.	0	0.0	1	0.4
Algún familiar o yo tenemos problemas relacionados con el alcohol o las drogas.	32	14	8	3.5
Me expulsaron de la escuela o de algún curso.	3	1.3	2	0.9
Tuve alguna experiencia sexual desagradable o traumática.	5	2.2	4	1.7
Fui golpeado(a) por algún miembro de mi familia.	9	3.9	4	1.7
Tuve un accidente que me dejó cicatrices.	10	4.4	7	3.1
Uno de mis padres o hermanos(as) está en la cárcel.	6	2.6	1	0.4
Intenté quitarme la vida.	6	2.6	6	2.6
Subí o bajé mucho de peso.	39	17	6	2.6
Tengo problemas de fe (crisis religiosa).	18	7.9	6	2.6
Tuve un fracaso (en la escuela).	45	19.7	7	3.1
Fui abusada(o) sexualmente.	1	0.4	2	0.9
Reprobé un examen o un curso importante.	59	25.8	16	0.7
Tengo algún familiar desaparecido (no se sabe dónde está).	10	4.4	4	1.7
Me suspendieron de la escuela.	9	3.9	1	0.4
Reprobé o repetí un año escolar.	14	6.1	6	2.6
Mi padre, madre o hermanos padecen alguna enfermedad física, mental grave o importante.	17	7.4	1	0.4
Tuve alguna desilusión amorosa.	59	25.8	13	5.7
Algún familiar o yo mismo vivimos un asalto violento o un secuestro.	20	8.7	5	2.2
Me enteré de que me adoptaron.	1	0.4	0	0.0

con el bienestar psicológico y las redes de apoyo social; estas se asociaron de forma positiva y significativa con el bienestar psicológico y las disposiciones de resiliencia, y a su vez las disposiciones de resiliencia se correlacionaron con el bienestar psicológico.

Tabla 3. Valores del coeficiente alfa de Cronbach en las escalas (N = 228).

Escalas	α
Sucesos de Vida	.80
Redes de Apoyo	.75
Bienestar Psicológico	.86
Disposiciones de Resiliencia	.90

Tabla 4. Correlaciones de r de Pearson entre las variables del estudio.

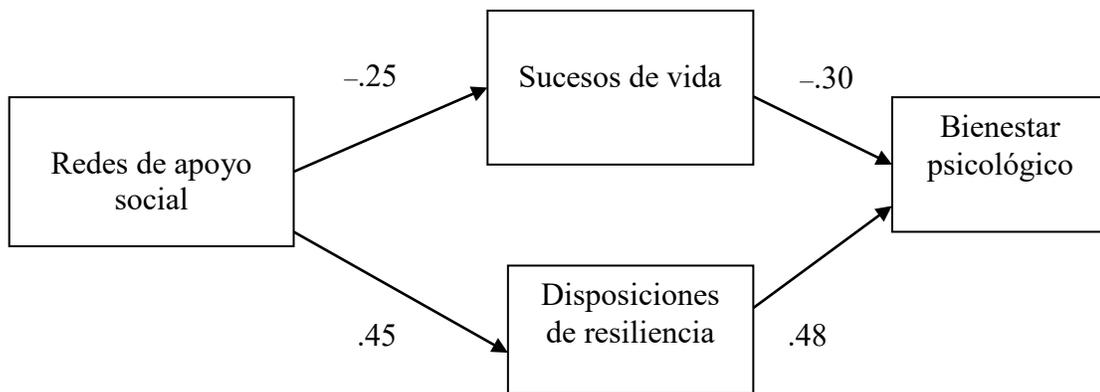
Variables	Sucesos de vida	Redes de apoyo	Bienestar psicológico	Disposiciones de resiliencia
Sucesos de vida	1			
Redes de apoyo	-.253**	1		
Bienestar psicológico	-.193**	.532**	1	
Disposiciones de resiliencia	-.087	.457**	.619**	1

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

La Figura 2 muestra las trayectorias obtenidas en el análisis, donde las redes de apoyo social afectan de manera negativa a los sucesos de vida, y estos a su vez se relacionan de manera negativa con el

bienestar psicológico; las redes de apoyo social lo hicieron de manera positiva con las disposiciones de resiliencia, y estas a su vez con el bienestar psicológico.

Figura 2. Modelo de trayectorias del bienestar psicológico en estudiantes de bachillerato.

$$\chi^2 = 7.82; \text{gl} = 2; p = 0.247; \text{BBNFI} = 0.98; \text{BBNNFI} = .098; \text{CFI} = 0.99; \text{RMSEA} = 0.04; R^2 = 0.45$$

Los indicadores de bondad de ajuste del modelo de bienestar psicológico (BBNFI, BBNNFI y CFI) fueron cercanos a 1.0, y el indicador χ^2 obtuvo un valor alto y no significativo (7.82), con un residuo de cuadrados mínimos (RMSEA) menor a 0.05. Ello implica que el modelo teórico conformado por las relaciones según la literatura se ajusta a los datos, de manera que el modelo sintético no difiere significativamente del modelo saturado, formado por las relaciones entre las variables (Bentler, 2006). El bienestar psicológico de los adolescentes resultó tener una varianza explicada de 45% ($R^2 = 0.45$).

DISCUSIÓN

En el modelo resultante se observan las relaciones entre las variables estudiadas y su impacto sobre

el bienestar psicológico de los adolescentes. Las redes de apoyo social afectaron de manera negativa la gravedad percibida de los sucesos de vida estresantes, hallazgo que difiere de lo reportado por Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006), en que el apoyo social no fue suficiente para moderar el estrés generado por un suceso de vida; sin embargo, concuerda con otros hallazgos (Lewis, Byrd y Ollendick, 2012; Peng et al., 2012), donde el apoyo social se relacionó de manera inversa con los sucesos de vida negativos. Tal discrepancia en las relaciones puede deberse a que el apoyo social por sí solo no es suficiente para proteger a los adolescentes de los sucesos de vida estresantes (Hammack, Richards, Luo, Edlynn y Roy, 2004). La relación entre ambas variables se puede explicar a través de la percepción de apoyo instrumental y emocional por parte de otras personas, la que puede reducir el estrés que generan los sucesos de

vida en virtud de que se dispone de más herramientas para afrontar mejor dichos eventos.

Por otro lado, las redes de apoyo social afectaron positivamente las disposiciones a la resiliencia de los participantes; es decir, contar con personas significativas en diferentes contextos se relacionó con la propensión a superar los riesgos (Leiva et al., 2013), lo que implica que tener una visión positiva de la vida, plantearse metas o tener sentido del humor, entre otras tendencias, posibilitan la adaptación del individuo (Gaxiola et al., 2011). Esta relación entre el apoyo social y la resiliencia, medida esta como la superación de las adversidades, es consistente con otras investigaciones hechas con distintas poblaciones: niños (Valenzuela, 2014), adolescentes (Villalobos, Arévalo y Rojas, 2012), adultos (Crespo y Fernández, 2015) y adultos mayores. Por consiguiente, el apoyo social es un recurso importante durante todo el transcurso de la vida.

Por su parte, las disposiciones de resiliencia que derivan de las redes de apoyo social afectaron positivamente el bienestar psicológico de los adolescentes. Este hallazgo demuestra que la resiliencia tiene efectos positivos sobre el comportamiento al mitigar los efectos de los factores de riesgo, tal y como se ha definido este constructo (Cabanyes, 2010). Así, una persona con sentido del humor, perseverancia y actitud positiva de la vida, entre otras tendencias, muestra mayores niveles de bienestar psicológico dado que es más probable que valore positivamente sus relaciones con otros, perciba un dominio del ambiente y experi-

mente crecimiento personal, autonomía y demás componentes del modelo de bienestar psicológico (Ryff y Singer, 2008).

El apoyo social se relacionó indirectamente con el bienestar psicológico mediado por las disposiciones de resiliencia, de manera que la existencia de otras personas significativas que brindan apoyo instrumental y afectivo es un recurso fundamental para la salud psicológica. La relación entre ambas variables ha sido reportada por Orcasita y Uribe (2010), en una revisión teórica sobre el valor del apoyo social en el bienestar psicológico de adolescentes en riesgo.

Otro hallazgo importante es que a pesar de que la mayoría de los adolescentes del estudio provinieron de familias con ingresos económicos bajos, no los limitó al reportar bienestar psicológico, lo que apoya los modelos de bienestar basados en la autorrealización personal, más que en la satisfacción o insatisfacción de las necesidades (Ryff y Singer, 2008).

A partir del modelo resultante, se recomienda promover las redes de apoyo social en los adolescentes con características similares a las de la muestra utilizada para disminuir la gravedad percibida de los sucesos de vida estresante, y a la vez fomentar las disposiciones de resiliencia y el bienestar psicológico. Para futuros estudios, se recomienda un análisis más detallado de los sucesos de vida experimentados, a fin de diferenciar el tipo de vivencias que tiene mayor o menor peso en el bienestar psicológico, y los tipos de sucesos específicos que influyen en las redes de apoyo social.

REFERENCIAS

- Aguillón, E. (2011). *Caracterización de bullying y redes de apoyo social en adolescentes de una institución educativa pública de Floridablanca-Santander*. Tesis inédita de licenciatura. Bucaramanga (Colombia): Universidad Pontificia Bolivariana.
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 223-245. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>.
- Barcelata B., E., Durán, C. y Lucio G.M., M.E. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6), 513-520. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600009&lng=es&tyng=es.
- Barquero, P., Leandro, M. y Sotela, G. (2013). Determinantes socioambientales de la salud mental. En Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar (Ed.): *Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica* (pp. 26-40). San José: Editor.
- Barra A., E., Cerna C., R., Kramm M., D. y Véliz V., V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., Cruz, C. y Méndez, E. (2009). Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 483-489. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.002.

- Bentler, P.M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151. doi: 10.1016/j.rpsm.2010.09.003.
- Consejo Nacional de Población y Vivienda (2010). *Índice de marginación por localidad*. México: CONAPO. Recuperado de http://conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010.
- Crespo, M. y Fernández L., V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27. doi: 10.6018/analesps.31.1.158241.
- Díaz, D., Rodríguez C., R., Blanco, A., Moreno J., B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Estévez, E. y Emler, N.P. (2011). Assessing the links among adolescent and youth offenders, antisocial behavior, victimization, drug use, and gender. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 269-289.
- Fernández, A., García, C. y Lorenzo, A. (2014). Consideraciones acerca del bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1108-1146.
- Ferrada, L. y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 123-130. doi: 10.4067/S0717-95532014000100011.
- Gaxiola, J.C. (2013). Aportaciones conceptuales al estudio de la resiliencia. En J. C. Gaxiola y J. Palomar (Coords): *Estudios de resiliencia en América Latina* (v. 2, pp. 1-17). México: Pearson.
- Gaxiola, J.C. y Frías, M. (2007). Los factores protectores y la adaptabilidad al abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* (número especial: Memoria del XV Congreso Mexicano de Psicología), 222-223.
- Gaxiola, J.C., Frías A., M., Hurtado A., M.F., Salcido N., L.C. y Figueroa F., M. (2011). Validación del Inventario de Resiliencia (IRES) en una población del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 73-83.
- Gaxiola, J.C., Gaxiola, E., González, S. y Valenzuela E., R. (2014). Trayectoria adaptativa de la crianza positiva materna [CD-ROM]. *Memorias del Congreso Mexicano de Psicología* (pp. 557-559), Puerto Vallarta (México), 11-13 de octubre.
- Hammack, P.L., Richards, M.H., Luo, Z., Edlynn, E.S. y Roy, K. (2004). Social support factors as moderators of community exposure among inner city African American young adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 33(3), 450-462. doi: 10.1207/s15374424jccp3303_3.
- Hauser, R., Springer, K. y Pudrovská, T. (2005) *Temporal structures of psychological well-being: continuity or change? Proceedings of the Meetings of the Gerontological Society of America*. Orlando, FLO: GSA.
- Heredia A., M.L., Lucio G.M., M.E. y Suárez C., L.E. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 49-57.
- Hicks, J., Epperly, L. y Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45, 15-30. doi: 10.1023/A:1013056116857.
- Howell, R., Kern, M. y Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Reviews*, 1(1), 83-136. doi: 10.1080/17437190701492486.
- Leiva, L., Pineda, M. y Encina, Y. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología*, 22(2), 111-123. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30859.
- Lewis, K., Byrd, D. y Ollendick, T. (2012). Anxiety symptoms in African-American and Caucasian youth: Relations to negative life events, social support, and coping. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 32-39. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.08.007.
- Morales, N. y González, A. (2014). Resiliencia, autoestima, bienestar psicológico y capacidad intelectual en estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento en liceos vulnerables. *Estudios Pedagógicos*, 40(1), 215-228. doi: 10.4067/S0718-07052014000100013.
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo la satisfacción vital, felicidad y su relación con variables sociodemográficas en la población chilena de la región maule. *Universum*, 22(2), 177-193. doi: 10.4067/S0718-23762007000200012.
- Nieva, V.F. y Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Safe Health Care*, 12(Supl), 17-23. doi: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.
- Nitsche, M.P., Bitran, M., Pedrals, N., Echeverría, G. y Rigotti, A. (2014). Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1316-1323. doi: 10.4067/S0034-98872014001000012.
- Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82.
- Peng, L., Zhang, J., Li, M., Li, P., Zhang, Y., Zuo, X., Miao, Y. y Xu, Y. (2012). Negative life events and mental health of Chinese medical students: The effect of the resilience, personality, and social support. *Psychiatry Research*, 196, 138-141. doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.006.
- Robles, F.J., Sánchez, A. y Galicia, I.X. (2011). Relación del bienestar psicológico, depresión y rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 27-37.
- Romero, A., García-Mas, A. y Brustad, R. (2009). Estado del arte y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335- 347.

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
- Ryff, C., Keyes, C. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007.
- Ryff, C. y Singer, H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5.
- Torres, M. y Ruiz, A. (2013). Habilidades de resiliencia e estudiantes de educación media superior del Estado de México. En J. C. Gaxiola y J. Palomar (Coords.): *Estudios de resiliencia en América Latina* (v. 2, pp. 53-69). México: Pearson.
- Valenzuela, E. (2014). *Influencia del apoyo social en niños testigos de violencia doméstica*. Tesis inédita de licenciatura. Hermosillo (México): Universidad de Sonora.
- Veytia, M., González-Arratia, N.I., Andrade P., P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Villalobos, A. (2009). *Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales*. Tesis inédita de especialidad. San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Villalobos G., H., Arévalo, C. y Rojas, F. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 233-239. doi: 10.1590/S1020-49892012000300008.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. doi: 10.4067/S0718-48082012000200002.

Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil

Cognitive-behavioral treatment of children anxiety disorders

Alejandra Viridiana Gutiérrez García¹, Mariana Gutiérrez Lara²,
Cecilia Méndez Sánchez³ y Angélica Riveros Rosas⁴

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue evaluar el efecto del tratamiento cognitivo-conductual en un grupo de niños con trastornos de ansiedad, de entre 8 y 11 años de edad, pacientes de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México. Los casos se atendieron de manera individual bajo un diseño compuesto por tres fases: evaluación, tratamiento cognitivo-conductual y seguimiento. Se aplicaron asimismo un pretest al inicio del procedimiento, un postest al término y dos seguimientos al mes y a los dos meses de concluido aquel, mediante los instrumentos CMASR-2 y SCAS, validados y estandarizados en México. Los datos se compararon entre sí y se representaron de forma grupal a través de diagramas de caja y bigote, además de que se analizaron bajo la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Los resultados indican que el tratamiento cognitivo-conductual generó una disminución de las creencias distorsionadas que los pacientes tenían respecto a los estímulos disparadores de ansiedad, así como de la sintomatología fisiológica asociada al padecimiento. Se disminuyeron las puntuaciones naturales obtenidas a lo largo de las mediciones realizadas y el cambio resultó estadísticamente significativo.

Palabras clave: Ansiedad; Niños; Tratamiento cognitivo-conductual, Pretest-postest; Seguimiento.

ABSTRACT

This study's purpose was to evaluate the effectiveness of Cognitive Behavioral Treatment (CBT) in children with anxiety disorders aged eight to eleven years, who were patients of a psychiatric hospital in Mexico City. Cases were intervened individually through a treatment scheme composed by three phases: Evaluation, Cognitive Behavioral Treatment, and Follow-up. Pretest measures were collected before therapy, as well as at the end, and follow up measurements at one and two months after finishing treatment. Measures included the CMASR-2 and SCAS instruments, validated and standardized in Mexico. Data, represented in a boxplot were analyzed with the Wilcoxon statistical test for group results. Results show that CBT led to a reduction of distorted beliefs and patients' anxiety-triggering stimuli. Disorder associated physiological anxiety symptoms were also reduced. Cognitive Behavioral Treatment generated a reduction of scores throughout the process, and changes were statistically significant.

Key words: Anxiety; Children; Cognitive-behavioral treatment; Pretest-posttest; Follow up.

¹ Universidad Nacional Autónoma de México y Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", Unidad Adolescentes Mujeres, Av. San Buenaventura 86, Col. Belisario Domínguez Secc. 16, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)55-73-48-66, ext. 155, correo electrónico: alejandragtzg@hotmail.com. Artículo recibido el 7 de agosto y aceptado el 10 de noviembre de 2017.

² Facultad de Psicología, Edif. C, Cubículo 36, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, tel. (55)56-22-23-15, correo electrónico: marianagutierrezlara@gmail.com.

³ Departamento de Psicología, Edif. 212, Cubículo 1 (planta baja), Universidad Autónoma de Aguascalientes. Av. Universidad 940, Ciudad Universitaria, 20131 Aguascalientes, Ags., México, tel. 910-84-91 y 910-74-87, correo electrónico: ceciliams2002@yahoo.com.mx.

⁴ Facultad de Contaduría y Administración, División de Investigación, Cubículo 31, Universidad Nacional Autónoma de México, Circuito exterior s/n, Ciudad Universitaria, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, tel. (55)56-22-54-87, ext. 131, correo electrónico: ariveros@fca.unam.mx.

Citación: Gutiérrez G., A.V., Gutiérrez L., M., Méndez S., C. y Riveros R., A. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 28(2), 177-186.

De acuerdo con los cambios que la sociedad ha experimentado en los últimos años, se han observado distintas afectaciones conductuales y afectivas en las personas. De manera específica, la población infantil ha mostrado síntomas de considerable importancia, tales como preocupaciones constantes, dificultad para quedarse sola, pesadillas y enfermedades médicas (gastritis y colitis nerviosas), entre otras. Según la literatura (American Psychiatric Association [APA], 2013; Beesdo, Knappe y Pine, 2009), tales características corresponden al concepto de “ansiedad”, que es una emoción que se genera bajo un estímulo que el individuo interpreta como peligroso y que se relaciona con preocupaciones, sentimientos de tensión y sensaciones corporales, como el aumento de la presión arterial, por lo que el individuo buscará escapar activamente y protegerse de la amenaza.

Cuando estos síntomas aparecen en el individuo de manera frecuente, severa y persistente, se pueden cumplir criterios para diagnosticar un trastorno de ansiedad (Benjamin et al., 2010). De acuerdo con Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde (2015), la prevalencia de este trastorno en la población infantil y adolescente es alarmante, pues de 13.4% de niños y adolescentes con trastornos mentales en el mundo, 6.5% se cataloga con ese trastorno, cuya incidencia constituye el primer lugar en esta población.

En México, de acuerdo con las estadísticas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (2014), 103 niños de entre 5 y 14 años de edad fueron atendidos durante el año 2014 por diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, constituyéndose así en la cuarta causa de consulta externa después de los trastornos no especificados, las perturbaciones de la actividad y la atención, y los episodios depresivos moderados.

Este tipo de psicopatología también es relevante en la población adulta, pues según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003), 28.6% de la población de entre 18 y 65 años de edad ha manifestado algún trastorno mental a lo largo de su vida, de los cuales 14.3% corresponde a los trastornos de ansiedad, siendo estos los de mayor frecuencia. Es sabido también que dichos trastornos tienen un inicio temprano durante los dos periodos de vida

previos (Keeton, Kolos y Walkup, 2009), por lo que la infancia y la adolescencia se convierten en un importante foco de atención para la prevención y el tratamiento oportunos y así impedir su desarrollo en etapas posteriores de la vida (World Health Organization [WHO], 2004).

Respecto al tratamiento, de acuerdo con la Medicina Basada en Evidencias (MBE), se ha demostrado la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC en lo sucesivo) como primera opción para mejorar la sintomatología, pero cuando esta se combina con farmacoterapia –principalmente sertralina–, se reducen aún más los síntomas (Creswell, Waite y Cooper, 2014; Sawyer y Nunez, 2014). Hay en México algunos estudios que han concluido que la TCC mejora también la severidad del trastorno, entre los que se encuentran las intervenciones en niños con ansiedad social (Gil y Hernández, 2009), los tratamientos grupales e individuales y los estudios de caso (Gutiérrez y Gutiérrez, 2015; López, 2012; Peña y Ramos, 2009); sin embargo, se reconoce la escasa generalización de los hallazgos y la falta de niveles altos de confiabilidad, de acuerdo con la MBE.

En cuanto a la farmacoterapia, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tales como la sertralina, la fluoxetina y la fluvoxamina, son efectivos para tratar esta psicopatología (Ipser, Stein, Hawkrige y Hoppe, 2009); pese a ello, la preocupación radica en el tiempo necesario de ingesta (un año a partir de que se observa una mejoría de 50%) y los efectos secundarios, tales como la activación de síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ataxia e irritabilidad, por solo mencionar algunos (Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña, 2010; Creswell et al., 2014; Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, s. f.; Reid et al., 2015).

Derivado de este hecho, Creswell y Waite (2016) subrayan la necesidad de llevar a cabo análisis de costo-beneficio respecto al tratamiento, y sugieren además que la primera línea de elección sea una intervención de bajo nivel invasivo mediante la TCC; en el caso de que los síntomas persistan, la segunda línea es el mismo tipo de tratamiento, pero de mayor duración y con monitoreo constante; la tercera, en caso de solo notarse una mejoría parcial, consiste en insertar sesiones de mantenimiento o refuerzo, y la cuarta y última es

la aplicación de farmacoterapia al haberse agotado ya las posibilidades anteriores.

En el caso específico del tratamiento, se ha reconocido que en las instituciones de salud existe una carencia de protocolos de evaluación e intervención de los trastornos mentales que puedan funcionar como guía de los psicólogos clínicos (Sawyer y Nunez, 2014). En México, solo 30% cuenta con ellos (Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2011). Lo anterior cobra especial importancia ya que, al no haber tales protocolos, los profesionales de la psicología invierten una mayor cantidad de tiempo y esfuerzo en la planeación de tratamientos efectivos para este tipo de padecimientos, cuya replicabilidad por parte de otros profesionales resulta particularmente compleja.

Con base en lo anterior, este trabajo buscó evaluar el efecto que tiene el TCC en niños escolares con trastornos de ansiedad para, en el futuro, poder plantear guías clínicas de tratamiento que sean efectivas en la población infantil mexicana.

MÉTODO

Objetivo

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto del TCC en un grupo de 10 niños de 8 a 11 años de edad con trastornos de ansiedad, pacientes de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México.

La pregunta de investigación planteada fue si es efectivo el TCC en niños con trastornos de ansiedad. La hipótesis que subyace es que esta forma de tratamiento, aplicado a ese tipo de población con dicho padecimiento, generará una disminución de la sintomatología ansiosa.

Diseño

Para ello, se utilizó un diseño pretest-postest con seguimientos en cada uno de los casos, con tres fases en la atención psicológica de los pacientes: la primera fue la evaluación y la medición de la ansiedad; la segunda, relativa a la intervención con TCC y la participación de los cuidadores primarios, y la tercera, correspondiente al seguimiento, en donde se hicieron tres evaluaciones: la primera

al término del tratamiento (postest), seguida por la segunda y la tercera, con un mes de diferencia entre ellas. El análisis grupal de los datos se hizo con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. El muestreo fue de tipo no probabilístico accidental.

Participantes

Se trabajó con diez niños de 8 a 11 años de edad, de los cuales nueve fueron varones y una mujer, todos ellos pacientes de la institución ya referida. Estos casos presentaron características sintomatológicas cuyo diagnóstico correspondiente fue algún trastorno de ansiedad, establecido por su médico paidopsiquiatra tratante y confirmado por las escalas de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) (Reynolds y Richmond, 2012) y la de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) (Spence, 1997; cf. Hernández et al., 2010). Todos los participantes estaban ingiriendo algún medicamento psiquiátrico para tratar su condición, como sertralina o fluoxetina. Se consideró que la farmacoterapia surtiría efecto trascurridas cuatro o seis semanas, por lo que en seis pacientes tal efecto ocurrió durante la fase de evaluación; en uno sucedió durante la fase de tratamiento, y tres pacientes no presentaron modificación alguna debido al medicamento a lo largo del proceso, pues el efecto había ocurrido aproximadamente un mes antes de que comenzara la atención psicológica. Nueve de los diez participantes tenían diagnóstico de ansiedad comórbida con TDAH. En el estudio participaron también los cuidadores primarios de los niños (la madre, ambos padres o la abuela).

Instrumentos y herramientas

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) (Reynolds y Richmond, 2012). Este instrumento consta de 49 reactivos, cada uno de ellos con dos opciones de respuesta (Sí/No), y evalúa el nivel y naturaleza de la ansiedad en personas de entre 6 y 19 años de edad. En su estandarización mexicana obtuvo un coeficiente alfa de confiabilidad de 0.87.

Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS) (Spence, 1997; Hernández et al., 2010). Es un instrumento de autoinforme que mide ansiedad en niños de entre 8 y 12 años de edad, el cual cons-

ta de 44 reactivos, los cuales se contestan en una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta que van de “Nunca” a “Siempre”. La versión para México tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.88.

A lo largo del proceso se utilizaron diferentes juegos y materiales que permitieron cumplir con el objetivo terapéutico propuesto durante las sesiones. La Tabla 1 muestra una descripción de dichos juegos y de la forma en que se emplearon con los niños a lo largo del procedimiento.

Procedimiento

En el Servicio de Psicoterapia Cognitivo-Conductual de la institución se identificó a los diez par-

ticipantes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, quienes desde su admisión al hospital contaban con el diagnóstico del paidopsiquiatra tratante y con una farmacoterapia acorde con aquel, pero con una mejoría parcial clínicamente observada, por lo que se decidió la interconsulta a Psicología.

El procedimiento planteado se llevó a cabo de manera individual con cada uno de los niños y con la participación de sus respectivos cuidadores. Se establecieron las sesiones psicoterapéuticas a razón de una vez por semana, cada una de ellas con una duración de 60 minutos. Hubo un total de 19 sesiones en el programa total, las que se ajustaron en cada caso según el problema presentado.

Tabla 1. Herramientas empleadas durante el proceso.

Herramienta	Descripción	Ejemplos
Juegos	Juegos de estrategia y desafíos cognitivos que contenían tarjetas ordenadas por dificultad y que el jugador debía resolver con base en ciertas reglas propuestas.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Pingüinos en el Hielo (Smart Games®). ◦ Brick by Brick, Shape by Shape (ThinkFun®). ◦ Torre de Hanoi. ◦ Rompecabezas de madera en forma de cubo. ◦ Figurix (Ravensburger®). ◦ Lince (Montecarlo®).
Imágenes	Impresiones a color o en blanco y negro cuyo fin era ilustrar algún tema en específico con el niño.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Imagen de 15 cm de los personajes de la película Intensa-Mente. ◦ Imágenes de rostros de asaltantes, de 5 x 5 cm, obtenidas de lwa web.
Otros	Material de apoyo para complementar los objetivos de las sesiones con el niño.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Disfraces (peluca, rebozo, diadema de reno, cola de diablo, collares de colores). ◦ El pastel de la responsabilidad (rebanadas de unicef de diferentes tamaños que al juntarlos forman un pastel). ◦ Papelería y hojas blancas, lápices y lápices de colores.

A lo largo del proceso se llevaron a cabo las siguientes fases:

Fase I. Evaluación. Sesiones de 1 a 3 (tres sesiones). En la primera sesión se realizó una entrevista-filtro a los cuidadores primarios en ausencia del niño, en donde se recabó la información general del caso, tales como la descripción, caracterización y topografía de la conducta. En la segunda sesión se llevó a cabo una entrevista semiestructurada al niño en ausencia de los cuidadores primarios para indagar lo necesario respecto a su sintomatología, pensamientos y emociones asociadas. Por último, en la tercera sesión se aplicaron los dos instrumentos de evaluación elegidos: CMASR-2 y SCAS.

Fase II. Tratamiento cognitivo-conductual. Sesiones 4 a 17 (trece sesiones de tratamiento y una de cierre). La sesión 4 se dedicó a brindar psicoeducación únicamente a los cuidadores primarios sobre las causas y manifestaciones de la ansiedad que el menor presentaba. Asimismo, se ofrecieron algunas estrategias y sugerencias sobre el manejo, mismas que se llevarían a cabo en el tratamiento psicológico.

A partir de la sesión 5, los diez minutos iniciales se dedicaban a monitorear la evolución del menor durante la semana previa, y en los diez minutos finales el niño explicaba a su cuidador lo aprendido durante la sesión; la terapeuta resolvía dudas y dejaba la tarea de aplicar lo aprendido al menos en una situación cotidiana. Los cuarenta minutos

restantes de las sesiones 5 a la 16 se dedicaron al niño, durante las que aprendía estrategias cognitivo-conductuales para disminuir su ansiedad, entre las cuales se encuentra la psicoeducación, dada en la primera sesión, en la que se hacía referencia a la película *Intensa-Mente* (Rivera, 2015) para ubicar las emociones y así comenzar a mostrar la ansiedad como una emoción semejante al temor, pero con características específicas. Se les explicaba el circuito de “falsa alarma” y se identificaban las sensaciones físicas corporales, así como los pensamientos asociados.

El niño se entrenaba también en técnicas de relajación, particularmente en respiración diafragmática y en relajación autógena acompañada de imaginación guiada, mediante la cual se producían sensaciones mentales de calor y tranquilidad cada vez que se sentía ansioso.

Otra estrategia fue la identificación de pensamientos positivos y negativos a través de dibujos, para posteriormente reconocer las sensaciones que cada uno de estos generaban en su cuerpo; cuando eran negativos y rumiativos, se le enseñaba la técnica de detención de pensamiento mediante la palabra “¡Alto!”, al tiempo que se daba un golpe sobre la mesa y se orientaba la conducta hacia la respiración diafragmática.

El paciente se entrenaba también para que se proporcionara instrucciones y afirmaciones positivas tales como “Yo puedo”, “Voy a hacer mi mejor esfuerzo”, “Estoy haciendo un gran trabajo”, “Calma, todo está bien” o “Tranquilo, estás en un lugar seguro”, las que decía en voz alta, acariciando sus manos y cerrando los ojos.

Para modificar las distorsiones cognitivas, se subrayaba la comprobación de los pensamientos negativos y su fundamentación en la realidad. Asimismo, se ejecutaban ejercicios, tales como encuestar a las demás personas, investigar en medios electrónicos de modo que permitieran comparar sus ideas respecto a lo que ocurre en realidad; se llevaban a cabo ejercicios contra la vergüenza, hechos con disfraces, o con el uso de analogías para explicar situaciones preocupantes, pero que se encontraban fuera de control. Por ejemplo, con ayuda del llamado “pastel de la responsabilidad”, se aprendía que dicha situación puede tener diversos factores que la provocan, algunos de los cua-

les dependen del niño, no así otros, por lo que se entrenaba también en estrategias de solución de problemas.

El uso del humor fue también una técnica realizada con el paciente mediante la ridiculización de los estímulos generadores de ansiedad (un asaltante, un payaso, un monstruo...), elaborando dibujos graciosos y generando a la vez respuestas incompatibles con la ansiedad.

En algunas ocasiones –dependiendo del nivel cognitivo del paciente– el debate sobre las creencias se hacía mediante el diálogo, con confrontaciones directas y empleando el humor ante las discrepancias en su pensamiento. Se hacía uso además del juego de roles, el modelamiento, las situaciones simuladas y los ensayos conductuales a fin de aplicar lo aprendido al contexto cotidiano.

En la sesión 17 se programó el cierre del tratamiento y se hizo con el paciente, de una forma más específica, un listado de los ejercicios llevados a cabo en las sesiones y las conclusiones a las que se llegaron. Se realizó también el postest mediante la aplicación de los instrumentos CMASR-2 y SCAS.

Fase III. Seguimiento. Sesiones 18 y 19 (dos sesiones). La sesión 18 se programó pasado un mes de concluido el tratamiento, y la sesión 19 dos meses después. Al inicio de cada una de estas sesiones se realizó una entrevista no estructurada tanto al cuidador primario como al menor, para monitorear el mantenimiento de los cambios, al tiempo que se resolvían sus dudas. Posteriormente, ya solo con el niño, se recordaban algunas estrategias para resolver las dificultades a las que se hubiera enfrentado durante el tiempo de seguimiento, y se terminaba con la aplicación de los seguimientos 1 y 2.

RESULTADOS

Para comparar los resultados, se identificaron las puntuaciones naturales obtenidas por los participantes en cada uno de los instrumentos, las cuales se muestran en la Tabla 2.

En la tabla se puede observar el contraste entre las posiciones ocupadas por los casos 1, 9 y 10 en ambos instrumentos, en donde el primero de ellos fue quien obtuvo la mayor diferencia de

puntuaciones entre el pretest y el seguimiento 2, y quien mostró la mayor mejoría. Por el contrario,

los casos 9 y 10 fueron quienes obtuvieron la menor diferencia y, por tanto, la mejoría más pobre.

Tabla 2. Puntuaciones naturales obtenidas en ambos instrumentos.

CMASR-2						SCAS					
Caso	Pre	Post	Seg1	Seg2	Diferencia Pre – Seg2	Caso	Pre	Post	Seg1	Seg2	Diferencia Pre – Seg2
1	35	24	23	13	22	1	101	55	44	49	52
2	27	17	16	8	19	8	61	30	15	21	40
3	23	10	17	6	17	6	43	16	31	13	30
4	27	9	9	12	15	4	36	11	16	16	20
5	18	13	1	8	10	7	22	22	3	4	18
6	19	10	17	9	10	5	35	33	21	20	15
7	14	17	4	4	10	2	30	21	18	15	15
8	21	19	9	13	8	3	26	18	15	13	13
9	11	6	13	7	4	9	18	12	17	10	8
10	24	18	24	24	0	10	55	31	43	55	0

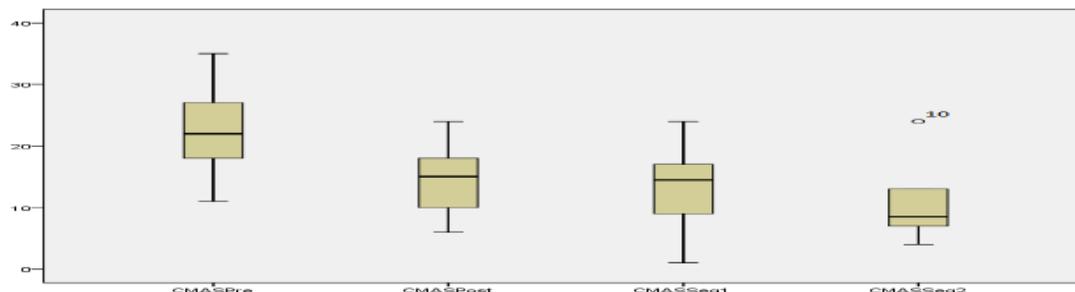
Nomenclatura: Pre: Pretest; Post: Posttest; Seg1: Seguimiento 1; Seg2: Seguimiento 2.

La columna “Diferencia” se calculó restando Pre de Seg2. Los valores se ordenaron de mayor a menor, de acuerdo con la diferencia.

En las Figuras 1 y 2 se muestran los diagramas de caja y bigote para la observación de estas puntua-

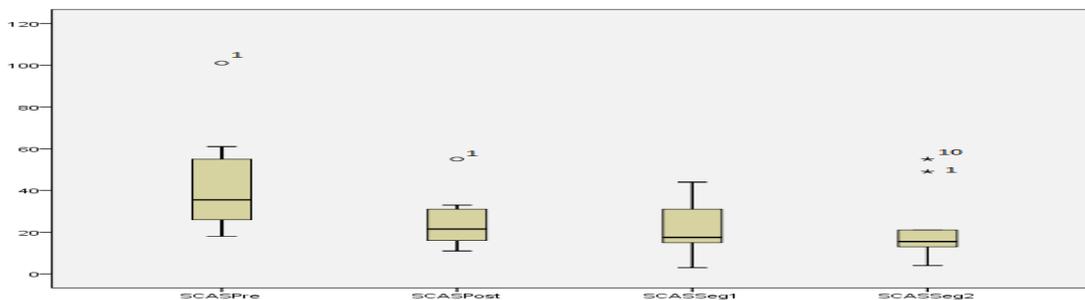
ciones de forma grupal, representando la primera el CMASR-2 y la segunda el SCAS.

Figura 1. Diagrama de caja y bigote para el CMASR-2.



Nota: En esta figura se muestra la disminución obtenida a través de las puntuaciones naturales del CMASR-2. El caso 10 se cataloga como un caso atípico por alejarse más de 1.5 rangos intercuartílicos de la caja.

Figura 2. Diagrama de caja y bigote para el SCAS.



Nota: En esta figura se muestra la forma en cómo se distribuyen las puntuaciones naturales obtenidas por el instrumento SCAS. En el pretest, postest y el seguimiento 1, el caso 1 se considera atípico por alejarse más de 1.5 rangos intercuartílicos de la caja. En el seguimiento 2, los casos 10 y 1 se consideran extremos por alejarse más de 3 rangos de esta.

La Figura 1 representa la reducción gradual de las puntuaciones máximas y mínimas obtenidas en el CMASR-2; en el seguimiento 1 se observa todavía una reducción mayor de la puntuación mínima (el bigote inferior es aún más largo). En el último seguimiento, la puntuación máxima se orienta hacia la media del resto de las puntuaciones (no asoma a la caja), y la puntuación mínima se acerca a ella, denotando menor dispersión. Sin embargo, se observa un caso atípico; en relación a la Tabla 2, la puntuación del caso 10 sale de esta distribución y se mantiene aún en términos elevados.

En la Figura 2 también se puede observar una reducción de las distribuciones de la gravedad de la ansiedad, aunque más sensible a los valores atípicos. Por ejemplo, la caja y los bigotes del postest son considerablemente menores a los observados en el pretest, y aunque en el seguimiento 1 las puntuaciones máximas y mínimas se extienden mostrando una mayor dispersión, también son menores al pretest. En el seguimiento 2 es todavía más visible esta reducción; al igual que el CMASR-2, la puntuación máxima (bigote superior) se integra a la media del resto de las puntuaciones. En el pretest, postest y el seguimiento 1, el caso 1 sale de las distribuciones por tener puntuaciones mayores que el resto, y fue también el que tuvo la mayor mejoría. En el último seguimiento, los casos 1 y 10 se consideran extremos, pues este último se aleja aún más del percentil 75, en comparación con el CMASR-2.

La disminución gradual de las puntuaciones en el CMASR-2 y en el SCAS se traduce en la reducción de las creencias que los participantes tuvieron en relación con la exposición de sí mismos ante el juicio o la evaluación de los otros —por ejemplo, hacer el ridículo ante un examen, cometer

errores en una exposición o sufrir las burlas que puede generar el hacer nuevos amigos—; de igual manera, se redujeron los síntomas de nerviosismo, la dificultad para dormir o la sudoración de manos. De manera específica, en el SCAS también se refleja la reducción de la sensación de pérdida de control, la creencia de perder la razón o de morir, así como la inseguridad percibida respecto a que algo negativo ocurra mientras se está solo, ser ridiculizado por los otros frente a una situación social, o ser asaltado o dañado por alguien en el contexto externo, entre otros.

El reporte verbal de estos cambios fue dado tanto por el paciente como por su cuidador en momentos distintos. En siete casos, el cambio ocurrió durante el TCC, y no mientras se experimentaba el efecto de la farmacoterapia, y en tres casos de forma simultánea a la farmacoterapia y al curso de la TCC, por lo que en estos últimos no fue posible identificar qué factor propició el cambio.

Para evaluar los resultados antes y dos meses después de finalizado el tratamiento, se calcularon los estadísticos descriptivos entre la medida del pretest y el seguimiento 2 en ambos instrumentos. Los datos indican una reducción de la media de aproximadamente 50%, pues en el caso del CMASR-2 la media de puntuaciones se redujo de 42.7 a 21.6, la puntuación mínima disminuyó de 18 puntos a 4, y la puntuación máxima de 101 a 55. En el caso del SCAS, la media disminuyó de 21.9 a 10.20, la puntuación mínima se redujo de 11 a 4 puntos y la máxima de 35 a 24.

Para evaluar si este cambio fue significativo se llevó a cabo la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. La Tabla 3 señala los resultados arrojados en cada uno de los instrumentos.

Tabla 3. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Frecuencias para el CMASR-2 y el SCAS.

Instrumento	Diferencias negativas ^a	Diferencias positivas ^b	Empates ^c	Total
CMASR-2	9	0	1	10
SCAS	9	0	1	10

Nota: El superíndice significa: **a:** Seguimiento 2 < Pretest; **b:** Seguimiento 2 > Pretest, y **c:** Seguimiento 2 = Pretest.

En la tabla se puede apreciar que nueve participantes tuvieron diferencias negativas o de disminución de puntuaciones en la comparación seguimiento 2 – pretest, y solo un participante obtuvo un

empate; es decir, su puntuación fue igual en ambas aplicaciones de los instrumentos. Los estadísticos de prueba arrojados para el CMASR-2 corresponden a lo siguiente: $w = -2.67$, $p = 0.007$, $p < 0.05$;

y similares en el SCAS: $w = -2.66$, $p = 0.008$, $p < 0.05$, lo que significa que hay una diferencia significativa en los puntajes de ansiedad que el grupo de participantes obtuvo en ambos instrumentos.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto del TCC en un grupo de diez niños de 8 a 11 años de edad, diagnosticados con trastornos de ansiedad, lo cual se logró según los resultados obtenidos.

La comparación de las puntuaciones obtenidas durante el pretest, el postest y los seguimientos permitió identificar una reducción de la sintomatología de los participantes antes y después del tratamiento; esto es, se modificaron ciertos síntomas físicos asociados a los episodios de ansiedad, tales como sudoración en las manos o dolores de estómago, creencias irracionales al someterse al juicio o la evaluación de los otros, o de que algo negativo podría ocurrirles si salían a la calle o si se quedaban solos, etc. De acuerdo con lo señalado por Ellis y Grieger (1981) y Beck (2000), al debatir las creencias erróneas o distorsionadas y al sustituirlas por otras más objetivas y realistas, las emociones perturbadoras se reducen y se convierten en adaptativas, lo que constituye el eje medular del procedimiento llevado a cabo en este estudio. De hecho, se ha reportado que al entrenar a los niños en técnicas de respiración diafragmática, solución de problemas y psicoeducación respecto de lo que les sucede, así como la participación de los cuidadores primarios en el reconocimiento de los síntomas de ansiedad fisiológica, social y generalizada, favorece que la sintomatología se reduzca a niveles adaptativos (Aydin, 2014; Creswell et al., 2014; James, James, Cowdrey, Soler y Choke, 2013; Olivares et al., 2003; Seligman y Ollendick, 2011).

Estos resultados son consistentes con el cálculo obtenido de la comparación entre el seguimiento 2 y el pretest y los datos arrojados por la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para evaluar su significancia estadística, pues se observó que hubo una reducción de alrededor de 50% en la media de las puntuaciones naturales de ambos instrumentos; las puntuaciones mínimas y máximas

obtenidas fueron menores en el seguimiento 2, y nueve participantes lograron una reducción de sus síntomas antes y después del tratamiento, lo que implica una reducción significativa de acuerdo con los estadísticos de prueba arrojados y al mantenimiento, e incluso mejora, de los resultados.

Una variable de difícil control a lo largo del procedimiento fue que todos los pacientes se encontraban bajo tratamiento farmacológico desde su primer contacto con el hospital según su historia clínica, por lo que el TCC llevado a cabo siempre estuvo acompañado de dicha condición. Sin embargo, en siete de los participantes los cambios en la sintomatología fueron reportados de manera verbal por el niño y por sus cuidadores durante el tratamiento, y no así cuando el efecto del medicamento estaba vigente. Uno de los participantes reportó únicamente en mantenimiento de los síntomas y no el empeoramiento detectado en la Fase I de evaluación, en cuyas mediciones reflejó las más altas puntuaciones. En tres de los participantes el reporte verbal de mejoría ocurrió de forma simultánea a los efectos de la farmacoterapia y la TCC, por lo que no fue posible saber si uno u otro factor, o su combinación, generaron el cambio observado.

Los niños reportaron cambios en relación a sus creencias, la forma en cómo percibían los sucesos que antes provocaban ansiedad y la manera en cómo podían manejarlos, lo que es consistente con lo que diversos autores han hallado respecto a la TCC como elemento importante para modificar este tipo de síntomas, pese a haber un tratamiento farmacológico asociado (Aydin, 2014; Creswell et al., 2014; Gil y Hernández, 2009; Gutiérrez y Gutiérrez, 2015; James et al., 2013; López, 2012; Olivares et al., 2003; Peña y Ramos, 2009; Seligman y Ollendick, 2011).

Si bien se ha demostrado que si se emplea la combinación de TCC con inhibidores selectivos de la recapturación de serotonina (ISRS) se reducen aún más los síntomas de ansiedad (Creswell et al., 2014; Ipser et al., 2009; Sawyer y Nunez, 2014), también se ha visto que únicamente la TCC ha resultado efectiva para este tipo de padecimientos en dicha población (Aydin, 2014; Creswell et al., 2014; Gil y Hernández, 2009; Gutiérrez y Gutiérrez 2015; James et al., 2013; López, 2012; Olivares et al., 2003; Peña y Ramos, 2009; Seligman y Ollendick, 2011), lo que siembra la duda de si los

mismos resultados se hubieran obtenido sin la farmacoterapia. De acuerdo con ello, es posible que tales resultados sugieran que los síntomas ocurrieron en niveles todavía mayores a los reportados cuando los niños se incluyeron en este estudio por el efecto supresor del fármaco, por lo que la farmacoterapia únicamente habría logrado una mejoría parcial. Sin embargo, no existen mediciones en estos casos que permitan confirmarlo.

La importancia de evaluar la efectividad de la TCC por separado radica en la preocupación por los efectos secundarios de la ingesta de medicamentos, el tiempo necesario de su consumo y el costo que implican a las familias e instituciones (Cárdenas et al., 2010; Creswell et al., 2014; Martínez et al., s.f.; Reid et al., 2015), por lo que se sugiere que en estudios posteriores se hagan ajustes al diseño metodológico mediante grupos experimentales con los tratamientos por separado, y grupos control que permitan evaluar si se obtendrían resultados similares en ausencia de la farmacoterapia, y así tener una mayor claridad del alcance de cada uno de estos tratamientos; sin embargo, ello tendría que acordarse con la institución en la cual se lleven a cabo el procedimiento y con las familias implicadas.

En cuanto a los instrumentos empleados en este estudio, se rescata la importancia de contar con dos escalas que midan el mismo constructo y con las cuales se puede verificar la confiabilidad en los datos obtenidos, lo que proporciona un mayor soporte metodológico a este estudio al obtenerse resultados similares en ambos instrumentos. Se destaca también la ventaja del SCAS al contar con una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, lo que facilita que el menor gradúe me-

yor sus respuestas con base en lo que le ocurre y no solo elija entre respuestas dicotómicas, como es el caso del CMASR-2, lo cual al investigador también le resulta más conveniente para valorar la evolución progresiva de los síntomas.

Finalmente, los resultados derivados de este diseño metodológico permitieron identificar que la reducción de la sintomatología se mantuvo a través del tiempo (hasta dos meses después del término del tratamiento). Será conveniente que en estudios posteriores se plantee el seguimiento durante un periodo mayor para así conocer el tiempo real en que se mantienen los efectos.

En conclusión, a pesar de que los participantes siempre estuvieron bajo el tratamiento farmacológico indicado por su médico paidopsiquiatra tratante, es posible identificar que la TCC fue efectiva dado que en la mayoría los cambios sucedieron a partir de su curso y no cuando el efecto del medicamento estaba vigente. Se pudo modificar las creencias irracionales respecto a los eventos disparadores de ansiedad y se indujo el aprendizaje de estrategias que hicieron posible su manejo óptimo. Tales resultados son consistentes con las reducciones estadísticamente significativas de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados.

El uso de ambos instrumentos puede ser una tarea especialmente compleja en niños que muestran comorbilidad con TDAH, pues implica tiempos prolongados de atención y concentración sostenida. Se sugiere que en futuras investigaciones con este tipo de población se reconsidere la pertinencia de usar ambos instrumentos, o bien se empleen en diferente número de las sesiones.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Aydin, A. (2014). Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*, 25(3), 181-189.
- Beck, J. (2000). Introducción. En J. Beck /Ed.): *Terapia cognitiva* (trad. A. Ruiz) (pp. 17-30). Barcelona: Gedisa.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D., (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implication for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Benjamin, C., Podell, J., Mychailyszyn, M., Puleo, C., Tiwari, S. y Kendall, P. (2010). Terapia cognitiva comportamental para la ansiedad en los niños: Componentes clave. En M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge (Comps.): *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes* (pp. 207-239). Buenos Aires: Polemos.

- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L. y de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y Secretaría de Salud.
- Creswell, C. y Waite, P. (2016). Recent developments in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Evidence Based Mental Health*, 19(3), 65-69.
- Creswell, C., Waite, P. y Cooper, P. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 99, 674-678. doi: 10.1136/archdischild-2013-303768.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva* (v.1). Bilbao (España): Descleé de Brouwer.
- Gil B., F. y Hernández G., L. (2009). TCC para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 89-104.
- Gutiérrez G., A.V. y Gutiérrez L., M. (2015). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños escolares: Estudio de caso. *Memorias del Congreso Mexicano de Psicología* (pp. 1022-1025), Cancún, Q.R. (México), 7-9 de octubre.
- Hernández G., L., Bermúdez O., G., Spence, S., González, M., Martínez G., J., Aguilar, J. y Gallegos, J. (2010). Versión en español de la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". *Morbilidad de Consulta Externa, Enero-Diciembre 2014*. México: Autor.
- Ipsier, J., Stein, D., Hawkrigde, S. y Hoppe, L. (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD005170), 555-628. doi: 10.1002/14651858.CD005170.pub2.
- James, A., James, G., Cowdrey, F., Soler, A. y Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD004690), 1-104. doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub3.
- Keeton, C.P., Kolos, A.C. y Walkup, J.T. (2009). Pediatric generalized anxiety disorder: epidemiology, diagnosis and management. *Pædiatric Drugs*, 11(3), 171-183. doi: 10.2165/00148581-200911030-00003.
- López F., A. (2012). *TCC en el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*. (Tesina inédita de Licenciatura). México: UNAM.
- Martínez O., A., Fernández A., C., Navarro M., I. y Martínez M., M. (s.f.). *Guía clínica. Diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad. Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*. México: Secretaría de Salud.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, M.C., Benjet, C., Blanco, J.J., Fleiz B., C., Villatoro V., J., Rojas G., E., Zambrano R., J., Casanova R., L. y Aguilar G., S. (2003). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Olivares, J., Rosa, A., Caballo, V., García L., L., Orgilés, M. y López G., C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: Una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11(3), 599-622.
- Peña, A. y Ramos, L. (2009). *Ansiedad infantil: Presentación de un caso y su tratamiento*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A. y Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Reid, A., McNamara, J., Murphy, T., Guzik, A., Storch, E., Geffken, G. y Bussing, R. (2015). Side-effects of SSIRs disrupt multimodal treatment for pediatric OCD in a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 71, 140-147. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.10.006.
- Reynolds, R.C. y Richmond, O.B. (2012). *CMASR-2: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada* (Trad. G. Vélez). México: El Manual Moderno.
- Rivera, J. (Productor) y Docter, P. y Del Carmen, R. (Dirs.) (2015). *Intensa-Mente* [Película]. Los Ángeles, CA: Pixar Animation Studios y Walt Disney Pictures.
- Sawyer, M. y Nunez, D. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: from evidence to practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 11(1), 65-71.
- Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. México: Autores. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf.
- Seligman, L. y Ollendick, T. (2011). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 217-238. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.003.
- Spence, S.H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Geneva: WHO. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.

Efecto de la valencia afectiva del pensamiento sobre la temperatura nasal: imaginiería guiada y estrés psicosocial¹

Effect of affective valence of thinking on nasal temperature: Guided imagery and psychosocial stress

David Alberto Rodríguez-Medina², Benjamín Domínguez Trejo², Mariana Ortiz Omaña³, Gerardo Leija Alva^{2,4} y Omar Arturo Chavarría Santiago²

RESUMEN

Durante situaciones desagradables, un reflejo simpático de vasoconstricción en la piel ocasiona una reducción en la temperatura periférica, mientras que estados afectivos agradables promueven su aumento. Una de las estrategias clínicas que promueven un estado afectivo agradable es la imaginiería guiada. Sin embargo, sus efectos sobre la temperatura nasal (un área sensible a los cambios emocionales) no han sido estudiados. La presente investigación tuvo como propósito evaluar el efecto de la valencia de un pensamiento agradable (imaginiería guiada) y la de un pensamiento desagradable (estrés psicosocial) sobre la temperatura nasal, mediante el Trier Social Stress Test, en una versión cognitiva adaptada para este trabajo (TSST-C). Participaron 33 estudiantes universitarios libres de enfermedad inflamatoria, los cuales se dividieron en dos grupos: uno de imaginiería guiada y otro de estrés psicosocial. Se utilizó un termómetro de luz infrarroja para evaluar la temperatura nasal sin contacto con el sujeto. Se compararon las mediciones pre y post durante una sesión de cuatro minutos en cada uno de los grupos. Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas antes y después de la inducción del pensamiento (positivo y negativo). Sin embargo, la imaginiería guiada logró incrementar significativamente la temperatura nasal de los participantes en ese grupo; mientras que el TSST-C decrementó la temperatura en la gran mayoría de los participantes del otro grupo. Se discuten las implicaciones clínicas de regular la actividad simpática durante situaciones desagradables agudas y crónicas, así como la necesidad de evaluación y de la posible intervención biopsicosocial en aquellos participantes que no lograron incrementar su temperatura nasal; asimismo, se sugiere el uso de dispositivos tecnológicos portátiles sensibles a los procesos psicofisiológicos.

Palabras clave: Temperatura nasal; Trier Social Stress Test-Cognitive; Imaginiería guiada; Estrés.

¹ Proyecto financiado por el PAPIIT, Clave IN304515: "Biomarcadores (autonómicos e inmunológicos) como indicadores del componente emocional en el dolor crónico". Los autores agradecen a la clase de Psicopatología del Dr. Carlos Figueroa López, de la Licenciatura en Psicología Clínica del ITESM, Campus Ciudad de México; al Departamento de Divulgación de Ciencia de la UNAM; a Gabriela Jael Pérez García por su invaluable apoyo; al Grupo de Investigación Mente-Cuerpo de la Facultad de Psicología de la UNAM y asociados, y a los Drs. Esaël Pineda Sánchez y Erik Mateos Salgado, de la UAEH.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: psic.d.rodriguez@comunidad.unam.mx. Artículo recibido el 22 de noviembre de 2017 y aceptado el 23 de enero de 2018.

³ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Guelatao 66, Esq. Czda. Ignacio Zaragoza, Col. Ejército de Oriente, Del. Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, México.

⁴ Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Instituto Politécnico Nacional Av. de los Maestros, Santo Tomas, Del. Miguel Hidalgo, 11340 Ciudad de México, México.

Citación: Rodríguez-Medina, D.A., Domínguez T., B., Ortiz O., M., Leija A., G. y Chavarría S., O.A. (2018). Efecto de la valencia afectiva del pensamiento sobre la temperatura nasal: imaginiería guiada y estrés psicosocial. *Psicología y Salud*, 28(2), 187-194.

ABSTRACT

Unpleasant situations lead to a sympathetic reflex of skin vasoconstriction, thus reducing peripheral temperature, while pleasant ones lead to an increase. One clinical strategy that promotes pleasant affective states is guided imagery but its effects on nasal temperature have not been studied. The present study aimed at evaluating the effect of pleasant and unpleasant thoughts (psychosocial stress, through the Trier social stress test, using a Cognitive version adapted for this study: TSST-C) specifically on nasal temperature. Thirty-three university students free of inflammatory disease were recruited and assigned to one of two groups: one was exposed to an induced guided imagery exercise and the other received a psychosocial stress exercise (both were group exercises). An infrared thermometer was used to measure temperature of the nose without actual contact with the subject. Measurements were conducted before and after four-minute sessions, for each group. Results revealed statistically significant differences ($p < .05$) before and after thought induction (positive and negative). However, the guided imagery condition increased temperature in 61% of the participants in that group; while the TSST-C decreased the temperature in 93% of the participants of the contrasting group. Further research should examine the consequences of the regular clinical implications of sympathetic activity during unpleasant acute and chronic situations, as well as the need for evaluation for viable biopsychosocial intervention in those participants who failed to increase their nasal temperature. Likewise, the use of portable technological devices sensitive to psychophysiological processes is suggested.

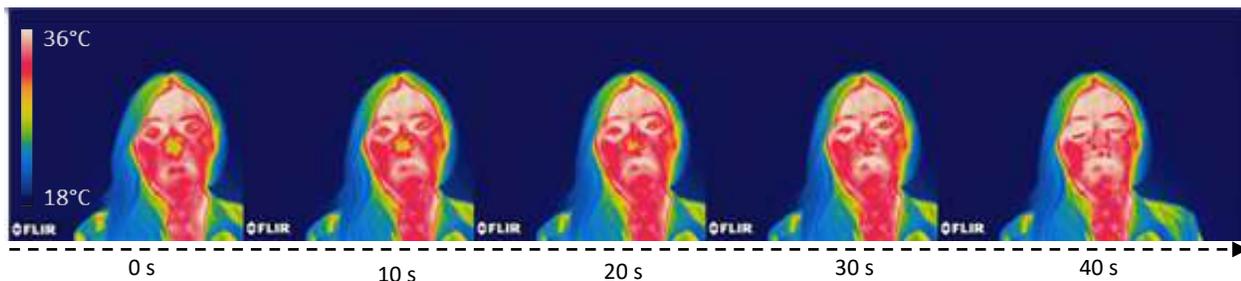
Key words: Nasal temperature; Trier Social Stress Test-Cognitive; Guided imagery; Stress.

INTRODUCCIÓN

Estudios recientes han evaluado la actividad autonómica térmica durante la exposición a estímulos de valencia agradable, neutra y desagradable. En estudios hechos en monos, por ejemplo, cuando un simio observa un video o escucha un audio de otro pelear, su temperatura nasal tiende a disminuir. Al término de la exposición del video o audio (estímulo negativo), la temperatura nasal se recupera hasta su estado basal (Kano, Hirata, Deschner, Behringer y Call, 2016). Los estudios revisados por Ioannou, Gallese y Merla (2014) han documentado los cambios de dirección térmica faciales, según los cuales la temperatura nasal disminuye en situaciones de temor o de estrés.

Los estudios hechos en humanos sugieren que la disminución de la temperatura nasal se asocia con la actividad simpática, y que el incremento incita la actividad parasimpática (Panasiti et al., 2016). Salazar et al. (2015) encontraron un resultado similar sobre los cambios autonómicos térmicos faciales, de acuerdo con la valencia del estímulo: la exposición a incentivos positivos aumenta la temperatura nasal, mientras que los negativos la disminuyen. La imagen térmica infrarroja de la Figura 1 muestra el efecto de la exposición de imágenes agradables sobre la temperatura periférica facial (obsérvese el incremento de temperatura en la región nasal y perioral).

Figura 1. Evaluación psicofisiológica térmica facial durante la exposición de imágenes agradables (Fuente: Rodríguez-Medina, Domínguez, Cruz, Morales y Leija, en preparación).



En un estudio piloto, Rodríguez-Medina y colaboradores (2017) reportaron un caso clínico de la actividad vasomotora térmica en los músculos

frontales, el cigomático y la punta de la nariz de un paciente con dolor crónico y con entrenamiento en respiración diafragmática durante una tarea

de *priming* afectivo. Durante la tarea afectiva, la temperatura nasal decrementó respecto a la línea base, y se incrementó cuando el paciente respiraba diafragmáticamente. Los cambios psicofisiológicos (decremento de temperatura periférica durante situaciones negativas e incremento de temperatura en situaciones agradables) acompañan los cambios clínicos biopsicosociales del paciente sobre los efectos de la intervención psicológica especializada en un problema de dolor crónico. Sin embargo, algunos pacientes no logran beneficiarse de los procedimientos de relajación, como la respiración diafragmática. Estos pacientes –por ejemplo, aquellos con dolor articular– requieren otros procedimientos psicológicos para alcanzar los beneficios terapéuticos de la disminución del tono simpático que está presente durante el dolor y el estrés. Una opción es la imaginación guiada (Baird y Sands, 2006; Bigham, McDannel, Luciano y Salgado-Lopez, 2014; Billquist et al., 2017; Charalambous, Giannakopoulou, Bozas y Paikousis, 2015; Louie, 2004) o el entrenamiento autógeno, cuya validez y efectividad para reducir la actividad simpática se ha documentado en población clínica (Kiba et al., 2015; Kiba et al., 2017) y no clínica (Lim y Kim, 2014). Tales procedimientos modifican la actividad autonómica y endocrinológica asociada al estrés; sin embargo, ninguno de ellos ha evaluado la temperatura de la nariz como indicador de cambio clínico; es decir, el aumento de la actividad parasimpática (Panasiti et al., 2016).

La evidencia disponible sobre el procesamiento cognitivo y la valencia afectiva de los incentivos sugiere que los estímulos positivos o agradables activan circuitos neurales y autonómicos diferentes de los que producen los negativos o desagradables (Allen et al., 2012; Altmann, Bohr, Lubrich, Menninghaus y Jacobs, 2012; Citron, Gray, Critchley, Weekes y Ferstl, 2014; Nealis, van Allen y Zelenski, 2016). Aun así, se desconoce si la inducción del pensamiento con valencia positiva (imaginación guiada) aumenta la temperatura nasal, y si la inducción del pensamiento con valencia negativa (estresor social cognitivo) la disminuye. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la valencia del pensamiento, inducido por el experimentador, sobre la temperatura nasal en participantes voluntarios clínicamente sanos y libres de enfermedades inflamatorias.

MÉTODOS

Participantes

Participaron 33 voluntarios, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional, divididos en dos grupos: el primero, con 18 participantes (nueve hombres y nueve mujeres), para la inducción del pensamiento con valencia positiva; el segundo, con 15 (dos hombres y trece mujeres) para la inducción del pensamiento con valencia negativa. Todos los participantes eran mayores de edad ($M = 22.53$ años, D.E. ± 2.72 años), con una escolaridad media de 15.63 años (± 0.68 años), sin entrenamiento en respiración diafragmática, quienes aceptaron ser incluidos en el estudio psicofisiológico térmico como parte de las demostraciones prácticas en su formación profesional.

Materiales

Non Contact Infrared Body Thermometer DM300

En estos estudios de investigación clínica y preclínica normalmente se registran los cambios autonómicos mediante sensores adheridos a la piel. Una herramienta tecnológica alternativa es el registro de la temperatura mediante un termómetro de luz infrarroja, el cual tiene la ventaja de ser un equipo barato, portátil y sensible a los cambios autonómicos que no requiere estar en contacto con la piel del sujeto, lo que brinda a este una mayor libertad de movimiento y comodidad.

Este termómetro de luz infrarroja, cuyo diámetro es de 0.5cm², permite cuantificar la temperatura de la superficie de la piel en un rango de 0-100°C. En el presente estudio se registró la temperatura a una distancia de 3 a 5 cm de la punta de la nariz.

Trier Social Stress Test (versión modificada cognitiva) (TSST-C)

Es este un paradigma de estrés social propuesto por Kirschbaum, Pirke y Hellhammer (1993). Consiste en cuatro etapas: 1) se aclimata al sujeto en la sala de registro (debe permanecer sentado en reposo durante 15 minutos); 2) uno de los experimentadores le da indicaciones para preparar un discurso con una duración de cinco minutos, en el que el

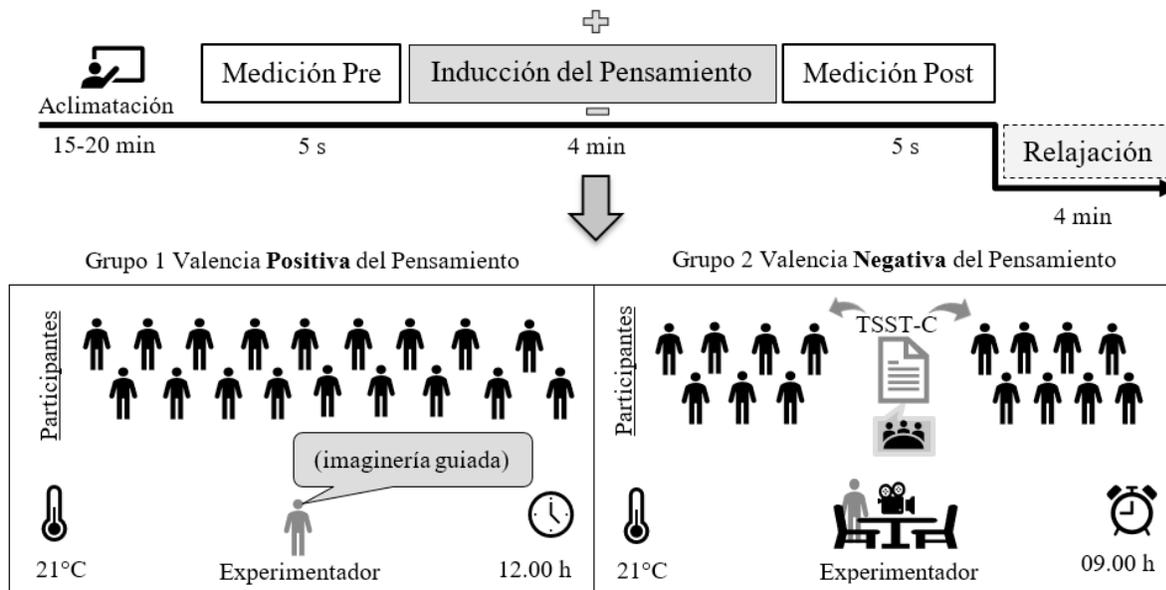
participante indica por qué considera que sería un buen candidato para su trabajo ideal; este discurso es videograbado y evaluado por jueces expertos en hablar en público (para preparar el discurso el participante cuenta con tres minutos); 3) el participante presenta su discurso ante un par de evaluadores y videocámaras, y 4) lleva a cabo una numeración regresiva de 17 en 17 a partir de 1021 (para una visualización del protocolo y las indicaciones, véase Birkett [2011]). Este paradigma ha sido ampliamente utilizado en diversas investigaciones que evalúan los efectos del estrés psicológico en funciones endócrinas, autonómicas, inmunológicas, cognitivas (Allen, Kennedy, Cryan, Dinan y Clarke, 2014), subjetivas (Hellhammer y Schubert, 2012) e incluso genéticas (Allen et al., 2017). Hay algunas versiones modificadas del paradigma (Allen et al., 2017; Johnson et al., 2017; Yim, Quas, Rush, Granger y Skoluda, 2015, entre otras). En este estudio se desarrolló una versión propia, el Trier Social Stress Test-Cognitivo (TSST-C en lo sucesivo), basada en el diseño de von Dawans, Kirschbaum y Heinrichs (2011). Dicha versión constó de las siguientes fases: 1) aclimatación; 2) preparación de escenario, el cual consiste en colocar una videocámara encendida en un escritorio con silla frente al grupo (similar al protocolo original del TSST, aunque en realidad no se graban ni analizan los discursos); 3) distribución de la hoja de indicaciones del TSST, doblada a la mitad para ser abierta al mismo tiempo

por todos los participantes, la cual contiene las instrucciones en dos incisos: la preparación del discurso y, en cuanto el instructor lo indique, la tarea aritmética. Por último, en la leyenda final de la hoja se lee lo siguiente:” Tiene cuatro minutos para preparar el discurso y la tarea aritmética para después pasar a exponerlos frente al grupo. Por favor, cierre los ojos y prepárese”. Cumplido lo anterior, el instructor (experimentador) da la señal al grupo para comenzar el ejercicio.

Procedimiento

Los registros térmicos del grupo que recibió el TSST-C se programaron a las 9 horas, y los del grupo de inducción del pensamiento con valencia positiva a las 12. Debido a la naturaleza de los registros térmicos, los participantes permanecieron en reposo, sentados, a una temperatura constante de 21°C. Luego, se les hizo una exposición sobre las medidas psicofisiológicas. Una vez aclimatados a la temperatura de las salas (una por grupo), se procedió al registro térmico; después, se indujo el pensamiento con valencia positiva (indicaciones de imaginación guiada sobre estar en el lugar más cómodo, agradable, cálido, seguro y placentero donde les gustaría estar) o el pensamiento con valencia negativa (aplicación del TSST-C) (Figura 2). Por razones éticas, al grupo que se le indujo el TSST-C se le aplicó la estrategia de relajación.

Figura 2. Diseño de investigación.



Al grupo 1 se le indujo un pensamiento con valencia positiva (imaginación guiada), con medición pre-post. Al grupo 2 se le indujo el pensamiento con valencia negativa por escrito (TSST-C), y posteriormente a la segunda medición se le aplicó una estrategia de relajación.

Análisis estadísticos

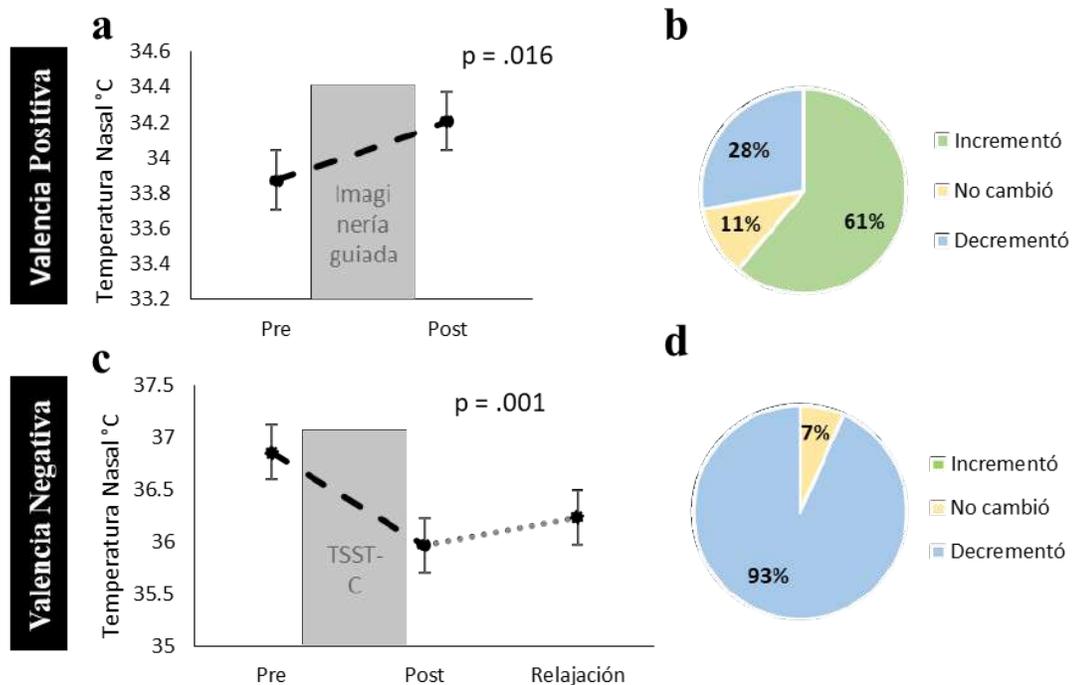
Se analizó la distribución normal de cada grupo de temperaturas mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Debido a que no se encontró normalidad, se procedió a analizar los resultados con estadística no paramétrica. Se comparó el efecto principal pre-postinducción del pensamiento mediante una prueba de Wilcoxon para cada tipo de inducción de pensamiento: con valencia positiva y con valencia negativa. Únicamente para el grupo al que

se le administró el TSST-C y luego la relajación se le aplicó la prueba de Friedman. Se extrajeron los porcentajes de sujetos que cambiaron su temperatura nasal en cada tipo de inducción de pensamiento. Finalmente, se compararon las diferencias de temperatura nasal de incrementos y decrementos por cada tipo de inducción mediante la U de Mann-Whitney. Para las pruebas estadísticas se estableció un nivel de significancia de $p \leq .05$.

RESULTADOS

Debido a las diferencias de programación de horario entre los grupos, las temperaturas iniciales entre ambos no fueron equivalentes ($p < .001$). Los resultados de la valencia (positiva y negativa) del pensamiento pre-post se muestran en la Figura 3.

Figura 3. Cambios de temperatura nasal en función de la valencia del pensamiento.



a) El pensamiento con valencia positiva incrementó la temperatura nasal significativamente ($p < .05$), **b)** en porcentaje, la mayoría de los participantes; mientras que **c)** el grupo al que se le indujo el pensamiento negativo decrementó la temperatura de la nariz ($p < .05$) **d)** en porcentaje, la mayoría de los participantes.

La inducción del pensamiento con valencia positiva aumentó la temperatura nasal significativamente ($Z = -2.42$, $p < .05$). Dicho incremento ocurrió en 61% de los participantes, mientras que aproxi-

madamente 28% disminuyó su temperatura. Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($Z = -3.148$, $p < .001$) entre quienes aumentaron su temperatura nasal ($M = 0.7^{\circ}\text{C}$) y

quienes la disminuyeron con la imaginación guiada ($M = -1^{\circ}\text{C}$).

Por otra parte, la inducción del pensamiento con valencia negativa disminuyó significativamente la temperatura nasal ($Z = -3.3$, $p \leq .001$). Este decremento de la temperatura se encontró en 93% de los participantes ($M = -0.9^{\circ}\text{C}$), mientras que el 7% restante no la modificó. Durante el TSST-C ningún participante aumentó su temperatura.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue explorar los incrementos o decrementos de temperatura en función de la valencia afectiva del pensamiento inducido. Similar a otros estímulos afectivos (Salazar et al., 2015), el pensamiento con valencia positiva produjo un incremento de la temperatura nasal –efecto autonómico parasimpático (Panasiti et al., 2016)–, mientras que el pensamiento con valencia negativa generó una disminución de la temperatura nasal –efecto simpático.

Los estudios clínicos del uso de la imaginación guiada han mostrado que es efectiva en la disminución de respuestas cardiovasculares, así como de la tensión muscular (Bigham et al., 2014; Louie, 2004). No obstante, no se había evaluado su efecto sobre la temperatura facial (concretamente de la nariz), la cual es sensible a los cambios afectivos fásicos (Ioannou et al., 2014). Es posible que este aumento de temperatura se deba a los cambios del ciclo respiratorio de mayor espiración respecto a su estado basal de manera pasiva (Lindemann, Leiacker, Rettinger y Keck, 2002), y no activa, como en el entrenamiento en respiración diafragmática, en el que el sujeto debe prestar atención a su respiración cuando se le induce a imaginarse en el lugar más cómodo posible y a percibir las sensaciones agradables de ese lugar. La utilidad clínica de este resultado aporta una evidencia más del uso de esta estrategia terapéutica para disminuir el estrés, que está asociado a una baja temperatura nasal (Ioannou et al., 2014).

A pesar de que los efectos de la imaginación guiada sobre la temperatura nasal fueron estadísticamente significativos de manera grupal, se halló que algunos participantes no lograron aumen-

tar su temperatura, mientras que otros incluso la disminuyeron. En tales participantes es necesario evaluar su contexto biopsicosocial (antecedentes familiares de vulnerabilidad al estrés, estresores actuales o recientes que dificulten seguir atentamente las indicaciones de la imaginación guiada, o incluso procesos inflamatorios de enfermedad).

Lo anterior es de especial interés en la práctica psicológica clínica y de la salud debido a la necesidad de evaluar integralmente (evaluación biopsicosocial) los resultados esperados en una población (Rodríguez-Medina et al., 2017). Por ejemplo, un paciente que ha sido víctima de algún estresor traumático potencial, de un trastorno depresivo mayor o de una enfermedad inflamatoria central o periférica (que induce la llamada “conducta de enfermedad”) es posible que requiera de otro tipo de atención clínica, siendo una alternativa el manejo de la expresión emocional, por ejemplo. En futuras investigaciones se deben considerar ciertos aspectos biopsicosociales que influyen en el incremento/decremento de la temperatura periférica (hora del día, estado afectivo o, ciclo menstrual, entre otros).

La aplicación del TSST-C como inductor de valencia negativa (estresante) pudo reducir la temperatura nasal en aproximadamente 1°C . Cuando la temperatura nasal se decrementa en una situación estresante, otras áreas faciales se activan (por ejemplo, el músculo corrugador se contrae) y se inicia una cascada de activación muscular y un aumento de la actividad cardiovascular que son propios del estrés, los que, si se repiten continuamente, facilitan procesos crónicos, como la cefalea tensional o el bruxismo, por ejemplo, o incluso acentúan la sintomatología de cuadros clínicos de dolor crónico. Ello subraya la importancia de controlar el tono simpático mediante cualquier estrategia de relajación que promueva cambios en el ciclo respiratorio, como los ejercicios de respiración diafragmática en aquellos que logran mantener un ritmo continuo de inhalaciones-exhalaciones y pausas prolongadas; la inhalación profunda promueve un incremento de la temperatura nasal y disminuye el estrés subjetivo (Bailey, Casey, Pawar y Garcia, 2017). Para los participantes que fueron expuestos al TSST-C y que no lograron recuperar el nivel de temperatura después de la imaginación guiada se sugiere una reestructuración

cognitiva, o bien se puede explorar el uso de otra estrategia de relajación, e incluso, si no aumenta, condicionarla con un estímulo térmico externo (temperatura de 30 a 34°C) (Raison, Hale, Williams, Wager y Lowry, 2015) para producir y mantener la vasodilatación.

Un aspecto relevante que debe resaltarse es la utilidad clínica y experimental del TSST. La versión cognitiva que se desarrolló para este estudio, el TSST-C, reduce los tiempos (cuatro minutos en total) y el costo de aplicación (cintas de video), y puede aplicarse de manera grupal; no obstante, requiere que el experimentador disponga de al menos una videocámara y de un grupo de participantes para simular todas las condiciones similares a la TSST grupal (von Dawans et al., 2011).

Finalmente, los estudios de investigación clínica y experimental recurren a equipos de registro con una alta precisión tecnológica, sensibles a los cambios autonómicos; sin embargo, es necesario contar con equipos portátiles de bajo costo que hagan posible cuantificar estos cambios de manera no invasiva ni obstructiva (sin contacto con el paciente), por lo que un termómetro de infrarrojo portátil es útil. Pese a ello, en futuras investigaciones puede emplearse otra herramienta tecnológica de registro térmico más precisa, como la cámara térmica de infrarrojo (Rodríguez-Medina, Albarrán, Trejo, Hernández y Alba, 2018), cuya validez se ha demostrado en la investigación psicofisiológica afectiva (Clay-Warner y Robinson, 2014; Ioannou et al., 2014) y de la tasa respiratoria (Barbosa et al., 2016).

REFERENCIAS

- Allen, M., Dietz, M., Blair, K., van Beek, M., Rees, G., Vestergaard-Poulsen, P., et al. (2012). Cognitive-affective neural plasticity following active-controlled mindfulness intervention. *Journal of Neuroscience*, 32(44), 15601-15610. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1523/jneurosci.2957-12.2012>.
- Allen, A., Kennedy, P., Cryan, J., Dinan, T. y Clarke, G. (2014). Biological and psychological markers of stress in humans: Focus on the Trier Social Stress Test. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 38, 94-124. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.11.005>.
- Allen, A., Kennedy, P., Dockray, S., Cryan, J., Dinan, T. y Clarke, G. (2017). The Trier Social Stress Test: Principles and practice. *Neurobiology Of Stress*, 6, 113-126. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.ynstr.2016.11.001>.
- Altmann, U., Bohrn, I., Lubrich, O., Menninghaus, W. y Jacobs, A. (2012). The power of emotional valence –from cognitive to affective processes in reading. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6. Disponible en <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2012.00192>.
- Bailey, R., Casey, K., Pawar, S. y Garcia, G. (2017). Correlation of nasal mucosal temperature with subjective nasal patency in healthy individuals. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(1), 46. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1445>.
- Baird, C. y Sands, L. (2006). Effect of guided imagery with relaxation on health-related quality of life in older women with osteoarthritis. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 442-451. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20159>.
- Barbosa P., C., Yu, X., Czaplík, M., Blazek, V., Venema, B. y Leonhardt, S. (2016). Estimation of breathing rate in thermal imaging videos: a pilot study on healthy human subjects. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1007/s10877-016-9949-y>.
- Bigham, E., McDannel, L., Luciano, I. y Salgado-Lopez, G. (2014). Effect of a brief guided imagery on stress. *Biofeedback*, 42(1), 28-35. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5298/1081-5937-42.1.07>.
- Billquist, E., Michelfelder, A., Brincat, C., Brubaker, L., Fitzgerald, C. y Mueller, E. (2017). Pre-operative guided imagery in female pelvic medicine and reconstructive surgery: a randomized trial. *International Urogynecology Journal*. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3443-z>.
- Birkett, M. (2011). The Trier Social Stress Test Protocol for inducing psychological stress. *Journal of Visualized Experiments*, 56. Disponible en <http://dx.doi.org/10.3791/3238>.
- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E. y Paikousis, L. (2015). A randomized controlled trial for the effectiveness of progressive muscle relaxation and guided imagery as anxiety reducing interventions in breast and prostate cancer patients undergoing chemotherapy. *Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine*, 2015, 1-10. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1155/2015/270876>.
- Citron, F., Gray, M., Critchley, H., Weekes, B. y Ferstl, E. (2014). Emotional valence and arousal affect reading in an interactive way: Neuroimaging evidence for an approach-withdrawal framework. *Neuropsychologia*, 56, 79-89. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2014.01.002>.

- Clay-Warner, J. y Robinson, D. (2014). Infrared thermography as a measure of emotion response. *Emotion Review*, 7(2), 157-162. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1177/1754073914554783>.
- Hellhammer, J. y Schubert, M. (2012). The physiological response to Trier Social Stress Test relates to subjective measures of stress during but not before or after the test. *Psychoneuroendocrinology*, 37(1), 119-124. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.05.012>.
- Ioannou, S., Gallese, V. y Merla, A. (2014). Thermal infrared imaging in psychophysiology: Potentialities and limits. *Psychophysiology*, 51(10), 951-963. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/psyp.12243>.
- Johnson, M., Deardorff, J., Parra, K., Alkon, A., Eskenazi, B. y Shirtcliff, E. (2017). A modified Trier Social Stress Test for vulnerable Mexican American adolescents. *Journal of Visualized Experiments*, 125. Disponible en <http://dx.doi.org/10.3791/55393>.
- Kano, F., Hirata, S., Deschner, T., Behringer, V. y Call, J. (2016). Nasal temperature drop in response to a playback of conspecific fights in chimpanzees: A thermo-imaging study. *Physiology & Behavior*, 155, 83-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.11.029>.
- Kiba, T., Abe, T., Kanbara, K., Kato, F., Kawashima, S., Saka, Y., et al. (2017). The relationship between salivary amylase and the physical and psychological changes elicited by continuation of autogenic training in patients with functional somatic syndrome. *Biopsychosocial Medicine*, 11(1). Disponible en <http://dx.doi.org/10.1186/s13030-017-0103-y>.
- Kiba, T., Kanbara, K., Ban, I., Kato, F., Kawashima, S., Saka, Y., Yamamoto, K., Nshiyama, J., Mizuno, Y., Abe, T. y Fukunaga, M. (2015). Saliva amylase as a measure of sympathetic change elicited by autogenic training in patients with functional somatic syndromes. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 40(4), 339-347. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1007/s10484-015-9303-z>.
- Kirschbaum, C., Pirke, K.M. y Hellhammer, D.H. (1993). The Trier Social Stress Test: a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28, 76-81.
- Lim, S. y Kim, C. (2014). Effects of autogenic training on stress response and heart rate variability in nursing students. *Asian Nursing Research*, 8(4), 286-292. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.06.003>.
- Lindemann, J., Leiaccker, R., Rettinger, G. y Keck, T. (2002). Nasal mucosal temperature during respiration. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, 27(3), 135-139. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2273.2002.00544.x>.
- Louie, S. (2004). The effects of guided imagery relaxation in people with COPD. *Occupational Therapy International*, 11(3), 145-159. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1002/oti.203>.
- Nealis, L., van Allen, Z. y Zelenski, J. (2016). Positive affect and cognitive restoration: investigating the role of valence and arousal. *PlosOne*, 11(1), e0147275. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0147275>.
- Panasiti, M., Cardone, D., Pavone, E., Mancini, A., Merla, A. y Aglioti, S. (2016). Thermal signatures of voluntary deception in ecological conditions. *Scientific Reports*, 6(1). <http://dx.doi.org/10.1038/srep35174>.
- Raison, C., Hale, M., Williams, L., Wager, T. y Lowry, C. (2015). Somatic influences on subjective well-being and affective disorders: the convergence of thermosensory and central serotonergic systems. *Frontiers in Psychology*, 5. Disponible en <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01580>.
- Rodríguez-Medina, D., Albarrán, I., Trejo, B., Hernández, L. y Alva, G. (en preparación). *Efecto del entrenamiento en reconocimiento y reproducción facial emocional sobre la temperatura facial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Universidad Autónoma de Querétaro.
- Rodríguez-Medina, D., Albarrán, I., Trejo, B., Hernández, L., Alva, G. y Esteban, P. (2017). Psychophysiological facial thermal assessment of the relaxation in a patient with osteoarthritis. *Pan American Journal of Medical Thermology*, 3, 33-36. Disponible en <http://dx.doi.org/10.18073/2358-4696/pajmt.v3n1p33-36>.
- Salazar-López, E., Domínguez, E., Juárez-Ramos, V., De la Fuente, J., Meins, A., Iborra, O., et al. (2015). The mental and subjective skin: Emotion, empathy, feelings and thermography. *Consciousness and Cognition*, 34, 149-162. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2015.04.003>.
- von Dawans, B., Kirschbaum, C. y Heinrichs, M. (2011). The Trier Social Stress Test for Groups (TSST-G): A new research tool for controlled simultaneous social stress exposure in a group format. *Psychoneuroendocrinology*, 36(4), 514-522. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.08.004>.
- Yim, I., Quas, J., Rush, E., Granger, D. y Skoluda, N. (2015). Experimental manipulation of the Trier Social Stress Test-Modified (TSST-M) to vary arousal across development. *Psychoneuroendocrinology*, 57, 61-71. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.03.021>.

Desarrollo de un cuestionario de actitudes hacia la donación de órganos *postmortem*¹

Development of a attitude questionnaire toward post-mortem organ donation

Kristian Jasso², Roberto Lagunes-Córdoba², José Manuel Martínez³ y María Luisa Marván²

RESUMEN

La disposición para donar órganos está influida por diversos factores psicosociales, entre los que se encuentran las actitudes hacia la donación. El objetivo del presente artículo fue diseñar y validar un cuestionario de actitudes respecto a la donación de órganos postmortem (ADOP). El instrumento se validó en una muestra de 1,029 adultos mexicanos de diferentes edades y niveles educativos. Se evaluó la validez de contenido mediante dos consultas a expertos (jueceo cualitativo y cuantitativo), la validez de constructo por medio del análisis factorial (exploratorio y confirmatorio) y la confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach. El ADOP quedó conformado por tres factores: Actitudes favorables, Actitudes desfavorables y Actitudes de desconfianza. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.87, lo que indica una buena confiabilidad. Se concluye que el ADOP posee propiedades psicométricas aceptables, así como una estructura clara e interpretable.

Palabras clave: Donación de órganos; Actitudes; Validación de cuestionarios.

ABSTRACT

Willingness to donate organs is influenced by diverse psychosocial factors, including beliefs and attitudes towards organ donation itself. The objective of the present study was to develop and validate a questionnaire measuring attitudes toward posthumous organ donation (APOD). The instrument was validated with 1,029 Mexican adults of different ages and educational levels. Content validity was assessed through two expert consultations (qualitative and quantitative). Construct validity was established through exploratory and confirmatory factor analysis, and internal consistency through Cronbach's alpha coefficient. The APOD contains three factors: Favorable attitudes, Unfavorable attitudes, and Attitudes of mistrust. The instrument showed a Cronbach's alpha of 0.87, indicating good internal consistency. The APOD has acceptable psychometric properties, as well as an easy to interpret and relevant factor structure.

Key words: Organ donation; Attitudes; Questionnaires validation.

Los trasplantes de órganos posibilitan salvar, o mejorar, la vida de muchos pacientes. Una persona puede ser donante en vida; cabe mencionar que en la donación *postmortem* (o cadavérica) es posible obtener más órganos que en la donación en vida, la que además conlleva ciertos riesgos para el donante (World Health Organization [WHO], 2017). Por ello, el presente estudio se centró en las actitu-

¹ Los autores agradecen a Fabiola Orihuela y a María Fernanda Marván por su ayuda en la recolección de datos.

² Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-00, ext. 13210, correo electrónico: mlmarvan@gmail.com.

³ Departamento de Psicología Social y Metodología, c/Ivan Pavlov n° 6, Ciudad Universitaria de Cantoblanco, Universidad Autónoma de Madrid, 28049 Madrid, España, tel. (34)914-97-51-00.

Citación: Jasso, K., Lagunes-Córdoba, R., Martínez, J.M. y Marván, M.L. (2018). Desarrollo de un cuestionario de actitudes hacia la donación de órganos *postmortem*. *Psicología y Salud*, 28(2), 195-205.

des que se observan hacia la donación postmortem. Hay que señalar que para que este tipo de donación pueda llevarse a cabo es necesario que los médicos tratantes certifiquen el diagnóstico de muerte a partir de uno de dos criterios posibles: muerte cardiorrespiratoria o muerte cerebral, siendo esta última la que permite la donación de más órganos (WHO, 2009). Luego del fallecimiento, es necesario que la familia autorice la donación, y entonces se puede proceder a la extracción de los órganos y tejidos para su trasplante.

Desafortunadamente, la demanda de órganos para trasplante supera la oferta, y por ello muchas personas fallecen en la espera del órgano que requieren (Findlater y Thomson, 2015). España es el líder mundial en donación de órganos, y en 2015 tuvo una tasa de 40.2 donadores por cada millón de habitantes (pmh). En contraste, en ese mismo año México tuvo una tasa de 3.4 donadores pmh, cifra inferior al promedio de los países latinoamericanos, misma que fue de 6.51 pmh (Council of Europe, 2016). El Global Observatory on Donation and Trasplantation clasificó a los países de los que se tienen datos oficiales en seis grupos según su tasa de donadores; en tal clasificación México se encuentra en el grupo que tiene las tasas más bajas.

Breitkopf (2009) hizo un análisis de los estudios publicados que se llevaron a cabo en comunidades de hispanos que residen en Estados Unidos, concluyendo que estos, al ser comparados, con la población caucásica, son menos propensos a donar sus órganos debido a una variedad de factores relacionados con el miedo, la ignorancia o los prejuicios religiosos. Por ejemplo, algunos de esos estudios señalan que muchos hispanos creen que la donación se lleva a cabo antes de la muerte, lo que puede explicarse porqué existe confusión sobre el concepto de muerte cerebral. Otras barreras encontradas en estas comunidades fueron el deseo de ser sepultados con todas las partes de su cuerpo intactas, así como la idea de que la religión católica se opone a la donación y el trasplante de órganos, a pesar de que ninguna religión los prohíbe formalmente (Randhawa y Neuberger, 2016); incluso la Iglesia católica alienta a la donación. En diversos estudios llevados a cabo en diferentes países de América Latina se han señalado obstáculos semejantes a los descritos, y también otros, como

la creencia de que las personas de edad avanzada no pueden donar órganos; que el receptor de los órganos adopta los gustos, sentimientos y rasgos de personalidad de su donador, y que la donación implica la mutilación o la desfiguración del cuerpo (Bustamante y Villarreal, 2008; Gómez, Ballena y León, 2016; Lozano, Liberman, Ito y Andrade, 2005; Zepeda, García y Aguirre, 2003). Algunas de esas barreras también se han reportado en otras regiones del mundo, en unas con más frecuencia que en otras (Bruzzone, 2008; Güden, Çetinkaya y Naçar, 2013; Wong, 2011).

Otras razones por las que algunas personas no están dispuestas a donar sus órganos tienen que ver con la desconfianza. Se ha reportado esa falta de confianza en el procedimiento médico en sí, aunque es más frecuente la creencia de que hay ineficiencia o deshonestidad en el manejo del proceso de trasplante de órganos (Lozano et al., 2005; Marván, Álvarez, Jasso y Santillán, 2017; Weiss, 2003). De hecho, hay quienes han comentado que si declararan que están dispuestos a ser donadores, estarían en peligro de que en ciertas situaciones de emergencia se les deje morir para extraer sus órganos, en lugar de tratar de salvar sus vidas (Weiss, 2003). La desconfianza que impera en algunos países llega al punto de que algunas personas no desean donar por miedo al tráfico de órganos (Frates y Garcia, 2002; Marván et al., 2017).

Por el contrario, también se han revisado algunos factores que favorecen la disposición a donar órganos. Hill (2016), por ejemplo, estudió algunas variables de personalidad, hallando que la amabilidad es un predictor de actitudes positivas hacia la donación, y que el altruismo desempeña un papel mediador en esta relación. Cabe destacar que otros autores ya habían asociado el altruismo con las actitudes positivas hacia la donación (Wakefield, Watts, Homewood y Meiser, 2010). Por otra parte, la disposición a donar también se ha asociado con niveles altos de empatía (Wilczek-Rużyczka, Milaniak, Przybyłowski, Wierzbicki y Sadowski, 2014), que es una habilidad social que permite anticiparse a lo que otros piensan o sienten y que suele preceder a las conductas prosociales (Gaviria, Cuadrado y López, 2009).

Como se ha evidenciado, la disposición a donar órganos depende de diversos factores psico-

sociales, lo que hace necesario el estudio de las posturas hacia la donación, entendiendo por estas al conjunto de creencias y cogniciones dotadas de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social, mismas que predisponen a comportarse de una determinada manera frente a aquel (Forgas, Cooper y Crano, 2010). De esta manera, se podrá avanzar en las razones de la escasez de órganos; particularmente en países como México, en los que la tasa de donación es muy reducida, para así poner en práctica medidas que fomenten la cultura de la donación, tomando en cuenta las premisas particulares que imperan en la población. Parece apropiado, por consiguiente, analizar las actitudes hacia la donación de órganos utilizando una escala Likert, que se caracteriza por ofrecer una amplia gama de respuestas, bajo la premisa de considerar las actitudes como un continuo que va de lo favorable a lo desfavorable. A diferencia de las preguntas dicotómicas, la escala Likert permite conocer el grado de conformidad del encuestado con las afirmaciones que se le proponen (Sullivan y Artino, 2013). Al hacer una revisión crítica de los instrumentos dirigidos a la población general que se han empleado en distintos países latinoamericanos, se ha visto que dichos instrumentos (cf. Bustamante y Villarreal, 2008; López et al., 2016; Rodríguez, Pérez, Rojas, Reyes y Méndez, 2004) no poseen el rigor estadístico que se sugiere en la actualidad para elaborar instrumentos psicométricamente robustos. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio –aprobado previamente por un comité revisor del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, encargado de revisar los aspectos metodológicos y éticos del protocolo– fue desarrollar y validar una escala Likert para medir las actitudes hacia la donación de órganos *postmortem* en la población general.

MÉTODO

Participantes

La muestra inicial estuvo conformada por 845 mexicanos –número que excede el criterio recomendado para llevar a cabo análisis psicométricos (Bea-

vers et al., 2013; Ferrando y Anguiano, 2010)–, de los cuales 412 fueron hombres y 433 mujeres, de quienes se balanceó la edad y la escolaridad. La edad de los participantes osciló entre 20 y 85 años, en tanto que su escolaridad varió desde la educación básica hasta la educación superior. Los participantes vivían en diferentes ciudades, en 31 de los 32 estados del país. La mayoría se declaró católico o practicante de otras religiones cristianas (86%), lo que es consistente con la prevalencia de esta religión en la población mexicana. Para realizar el análisis factorial confirmatorio se agregaron 184 voluntarios con las mismas características que los de la muestra inicial, quedando así un total de 1,029 participantes.

Se reclutó a la mayoría de los participantes por solicitud directa en lugares públicos, como parques, plazas comerciales, centrales camioneras y mercados. A algunos de los adultos mayores se les reclutó en asilos y casas de día, así como en un sindicato de jubilados. El criterio de inclusión fue la mayoría de edad (18 años o más) y que los participantes tuvieran conocimiento de la donación de órganos para trasplantes, lo que se constató haciendo preguntas tales como si sabían qué era y para qué servía la donación de órganos. El criterio de exclusión fue que no completaran el cuestionario. De las 1,334 personas a las que se invitó a participar y que cumplían los criterios de inclusión, 1,116 de ellas aceptaron (83.7%), y se excluyó a 87 porque no completaron el cuestionario.

Instrumento

Para diseñar el cuestionario de Actitudes hacia la Donación de Órganos *Postmortem* (ADOP en lo sucesivo) se elaboraron 55 reactivos tipo Likert de cinco puntos (de 1 = totalmente desacuerdo, a 5 = totalmente de acuerdo). La mayoría de los reactivos se elaboraron con base en los resultados de un estudio previo realizado con 439 voluntarios con edades entre los 20 y 80 años, y de diferentes niveles educativos, utilizando en el diseño la técnica de redes semánticas naturales. Otros reactivos se construyeron a partir de una revisión de la literatura sobre el tópico.

Se pidió a cinco expertos (dos médicos, dos psicólogos y un experto en bioética) que evalua-

ran cada reactivo con base en los siguientes criterios: *a*) congruencia de los reactivos con la literatura acerca del tema (relevancia); *b*) posibilidad de sesgo de los reactivos, esto es, si la estructura o la redacción de los reactivos podían influir en la respuesta de las personas, y *c*) consistencia de la redacción con la forma de expresión de la cultura mexicana. Como resultado, se hicieron algunos cambios en varios reactivos. Después, se pidió a otros 18 jueces (seis psicólogos, siete médicos y cinco enfermeras) que calificaran cada reactivo como “esencial”, “útil pero no esencial” o “no necesario”, para lo cual se usó la fórmula de Lawshe para calcular la validez de contenido (Cohen y Swerdlik, 2000). Se descartaron los reactivos que no alcanzaron los valores mínimos requeridos, quedando así conformado el instrumento por 35 reactivos. El cuestionario se piloteó con 20 personas de diferentes edades y escolaridades, a quienes se reclutó por solicitud directa en lugares públicos, solicitándoles que respondieran todas las preguntas y que discutieran con el investigador sobre cualquier reactivo que consideraran difícil de entender. Con base en los comentarios, se revisaron algunos reactivos, tras de lo cual se aplicó el cuestionario resultante a los 845 adultos, muestra descrita anteriormente.

Antes de que los participantes respondieran el ADOP, se les pidió que contestaran algunas preguntas sociodemográficas en una hoja independiente, e indicaran si estaban dispuestos a donar sus órganos al morir.

Procedimiento

Una vez que una persona aceptaba participar en el estudio, y tras verificar que cumplía con los criterios de inclusión se acordaba el lugar, día y hora para aplicarle la encuesta, instruyéndola para que no pusiera ninguna marca de identificación en los cuestionarios y aclarándole que la información que proporcionara se mantendría en el anonimato. También se le subrayaba el hecho de que no había respuestas correctas o incorrectas, y que podía retirarse en cualquier momento si decidía no completar el cuestionario. Finalmente, también se le mencionó al participante que el estudio no tenía como objetivo reunir información individual y que los cuestionarios se combinarían

con los de otros participantes para poder analizarlos en conjunto. Al final, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Análisis de datos

Mediante el método de grupos extremos, se analizó la capacidad discriminadora de los reactivos comparando las puntuaciones de cada reactivo entre el 25% de los participantes con los puntajes más altos y el 25% con los puntajes más bajos en el cuestionario completo. Para ello, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes.

El análisis factorial exploratorio se llevó a cabo mediante el procedimiento de extracción de mínimos cuadrados no ponderados (Flora, LaBriish y Chalmers, 2012), y se hizo una rotación Varimax (Kaiser). Este procedimiento se repitió tantas veces como fue necesario para obtener una estructura factorial estable. Se eliminaron los reactivos que tuvieron una carga factorial menor a 0.35 o que no estaban relacionados conceptualmente con el factor.

El análisis factorial confirmatorio se realizó usando el procedimiento de estimación de máxima verosimilitud. Los estándares mínimos de los índices de ajuste que se consideraron fueron, a saber: $\chi^2 / gl < 3$; la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA), con su intervalo de confianza asociado de 90%; el índice de ajuste comparativo (CFI), y el índice de ajuste de Tucker-Lewis (Byrne, 2010; Hu y Bentler, 1999). Además, se empleó el estadístico de Hoelter para comprobar si el tamaño de la muestra proporcionaba una estimación adecuada del ajuste del modelo, para lo cual se determinó un punto mínimo de corte de 200 (Byrne, 2010).

Se consideró el efecto techo/piso cuando más del 15% de los encuestados obtuviera las puntuaciones más bajas o más altas posibles en el ADOP. La consistencia interna se probó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, y también se calcularon los coeficientes de correlación entre los factores obtenidos por medio del análisis factorial.

Finalmente, se compararon los puntajes del ADOP entre los participantes que estuvieron dispuestos a ser donadores de órganos después de la muerte y los que no, utilizando para este propósito la prueba *t* de Student para muestras independientes.

RESULTADOS

El análisis de grupos extremos mostró que todos los reactivos tenían una adecuada capacidad discriminativa, ya que sí fueron significativas las diferencias entre los participantes que obtuvieron los puntajes más altos y más bajos en el cuestionario (todos los valores de probabilidad menores de 0.05 se consideraron significativos).

Análisis factorial exploratorio

Se llevaron a cabo tres rondas de análisis factorial exploratorio; en la primera se eliminaron ocho reac-

tivos, y en la segunda uno. El análisis final sugirió un instrumento de 26 reactivos con tres factores claros e interpretables que representaron 40.12% de la varianza común (sin errores de medición). Dichos factores se denominaron “Actitudes favorables” cuyos reactivos se refieren a la importancia de la donación de órganos; “Actitudes desfavorables”, con reactivos que sugieren rechazo o actitudes negativas hacia la donación de órganos, y “Actitudes de desconfianza” con reactivos que reflejan falta de confianza, principalmente en el manejo ético de todo el proceso de donación y trasplante. La estructura factorial se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Cargas factoriales del cuestionario obtenidas en el análisis factorial exploratorio.

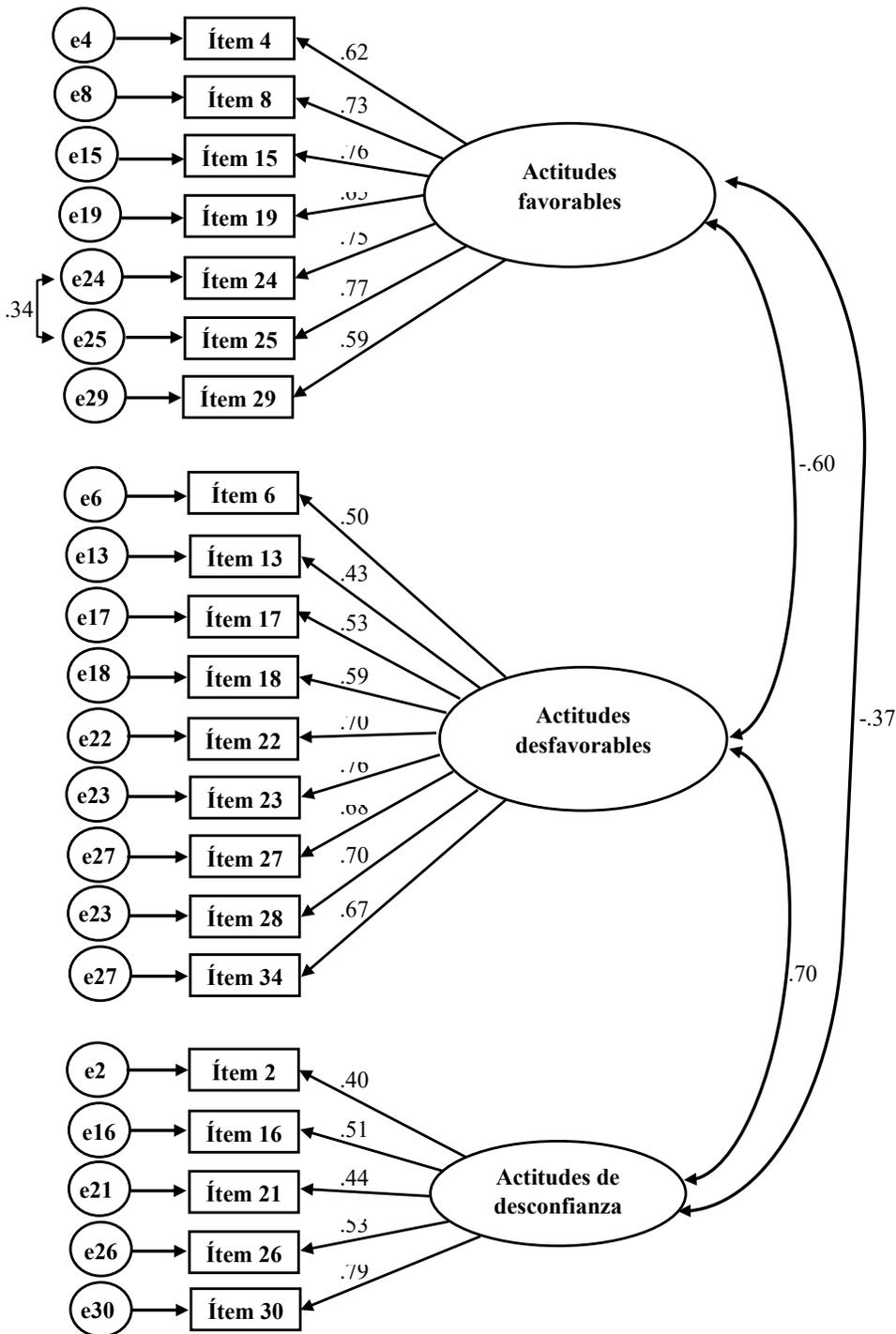
Reactivos	Solución de tres factores		
	Actitudes favorables	Actitudes desfavorables	Actitudes de desconfianza
Al donar órganos se da esperanza a otras personas.	.766		
Al morir, nuestros órganos pueden servir para que otras personas recuperen su salud.	.738		
El donar órganos ayuda a mejorar la calidad de vida de otros.	.699		
Es satisfactorio que los órganos puedan servir a otros, aunque estos sean desconocidos.	.671		
La donación de órganos al morir es positiva para la sociedad.	.631		
Es necesario fomentar la cultura de donación de órganos.	.629		
Con la donación de órganos se puede beneficiar a muchas personas.	.625		
El que alguien done sus órganos al morir es una acción solidaria.	.609		
La donación de órganos es un acto de amor al prójimo.	.601		
Si antes de morir un familiar decide donar sus órganos, yo haría lo necesario para que se lleve a cabo la donación.	.501		
La donación de órganos es una acción desinteresada.	.496		
El donar órganos es un regalo invaluable.	.477		
La donación de órganos es una falta de respeto para el cuerpo del que dona.		.697	
Donar órganos interrumpe el proceso natural de morir.		.683	
Siento que si mis órganos se donan cuando muera, no descansaría en paz.		.638	
Me da miedo que al morir se donen mis órganos.		.622	
Me opongo a donar mis órganos porque estos pertenecen a una sola persona.		.604	
Es desagradable pensar que al donar órganos el cuerpo queda incompleto.		.572	
La donación de órganos va en contra de mi religión.		.460	
Cuando se está triste por la muerte de un familiar, es una falta de respeto pedir que sus órganos se donen.		.452	
Prolongar la vida por medio de la donación de órganos es artificial.		.365	
Me opongo a donar mis órganos al morir porque hay mucha corrupción en el proceso.			.560
Desconfío de las instituciones en las que se realizan trasplantes de órganos.			.524
Me angustia pensar que si tengo un accidente y soy donador sea mal atendido.			.522
Me preocupa no estar realmente muerto cuando se haga la cirugía para la donación de órganos.			.443
Con la donación de órganos se hace negocio.			.395

Análisis factorial confirmatorio

Los índices de bondad de ajuste para el ADOP fueron subóptimos en este punto, en virtud de que los índices de modificación propusieron cuatro covarianzas entre los términos de error de ocho reactivos. La evaluación del contenido de tales reactivos mostró superposición, por lo que se elimi-

naron los cinco con cargas factoriales más bajas, realizándose otro análisis confirmatorio. El modelo final mostró índices de ajuste óptimos: $\chi^2 / gl = 2.64$, RMSEA = .040, CFI = .959, y NNFI = .935. Finalmente, el estadístico de Hoelter fue de 459 ($\alpha = 0.05$), lo que permite concluir que el tamaño de la muestra fue adecuado. La Figura 1 muestra la estructura factorial definitiva.

Figura 1. Análisis factorial confirmatorio. Diagrama de la solución de tres factores con las cargas factoriales estandarizadas de cada reactivo y los valores específicos de correlación.



Efecto suelo/techo

No se encontró efecto suelo/techo debido a que ningún participante obtuvo las puntuaciones más bajas o más altas posibles del ADOP.

Confiabilidad

El factor de Actitudes favorables (siete reactivos) obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, el de Actitudes desfavorables (nueve reactivos), de 0.84, y el de Actitudes de desconfianza (cinco reactivos), de 0.68. El instrumento total con 21 reactivos tuvo un coeficiente de 0.87, lo que indica una buena confiabilidad.

Correlaciones entre factores

El factor Actitudes desfavorables mostró una correlación con los otros dos factores en direcciones opuestas: una correlación negativa con el factor Actitudes favorables ($r = -.60$) y una positiva con el factor Actitudes de desconfianza ($r = .70$). Por último, el factor Actitudes favorables tuvo una correlación negativa con el de Actitudes de desconfianza ($r = -.37$). Cabe señalar que todas las correlaciones fueron significativas ($p < .001$).

Resultados adicionales

Hubo 773 participantes (75%) que estaban dispuestos a donar sus órganos al morir, 237 que no lo estaban (23%), y 19 (2%) que no estaban seguros de lo que querían. Comparando los puntajes del ADOP entre los participantes que estaban dispuestos a donar y los que no lo estaban, se encontraron diferencias significativas en los tres factores. Los participantes que estuvieron dispuestos a donar mostraron más actitudes favorables ($M = 4.79$, D.E. = .37 y $M = 4.18$, D.E. = .97 respectivamente; $t = 14.59$, $gl = 1008$, $p < .0001$); así como menos actitudes desfavorables ($M = 1.67$, D.E. = .71 y $M = 2.81$, D.E. = 1.13, respectivamente; $t = 148.44$, $gl = 1008$, $p < .0001$) y de desconfianza ($M = 2.94$, D.E. = .99 y $M = 3.76$, D.E. = 1.01, respectivamente; $t = 11.15$, $gl = 1008$, $p < .0001$).

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue desarrollar una nueva escala para medir actitudes hacia la donación de órganos *postmortem*. La escala resultante posee propiedades psicométricas confiables, así como una estructura factorial clara e interpretable. Los análisis factoriales, tanto el exploratorio como el confirmatorio, indicaron la existencia de tres factores: Actitudes favorables, Actitudes desfavorables y Actitudes de desconfianza.

Una virtud del ADOP es que los tres factores que lo componen distinguen entre los individuos que están dispuestos a donar sus órganos después de la muerte y los que no lo están. Como es de esperarse, los participantes que estaban dispuestos a donar fueron los más propensos a mostrar actitudes favorables, y los que menos lo estaban presentaban actitudes desfavorables y de desconfianza.

Llama la atención el hecho de que, además de las actitudes favorables y desfavorables, el análisis factorial haya arrojado una estructura con un tercer factor, cuyos reactivos implican desconfianza. Este resultado no sorprende porque, según el Índice de Percepción de la Corrupción publicado por Transparency International (2016), México obtuvo un puntaje de 30/100 (las puntuaciones más bajas indican la mayor percepción de corrupción), siendo 38.5 el promedio de los países latinoamericanos. Sería conveniente comparar los resultados del factor Actitudes de desconfianza del ADOP entre países con diferentes niveles de percepción de corrupción.

Un resultado notable fue que la mayoría de los participantes dijo estar dispuesta a donar sus órganos al morir, lo que es consistente con el hecho de que los puntajes del factor Actitudes positivas fueran más altos que los de Actitudes desfavorables y de Desconfianza, lo que parece contradecir la reducida tasa de donación en el país. Lo anterior puede tener algunas explicaciones: a) Que, de acuerdo con Van den Berg, Manstead, Van der Pligt y Wigboldus (2005), el componente afectivo de las actitudes es el que realmente predice la toma de decisiones importantes para donar órganos; y que el factor Actitudes desfavorables del ADOP es el que tiene la mayor proporción de reactivos que tienden a evaluar el aspecto afectivo

de las actitudes, mientras que el factor Actitudes favorables es el que tiene la mayor proporción de reactivos sobre el componente cognitivo; es decir, a pesar de que los participantes reconocen la importancia de la donación de órganos (aspecto cognitivo), hay elementos afectivos que la pueden impedir. *b)* Que la tendencia de los individuos es dar respuestas socialmente aceptables (Sander y Miller, 2005; Wong, 2011); *c)* Que el hecho de estar dispuesto a ser donador no implica necesariamente que la donación se efectúe, pues existen otras variables que pueden interferir en el proceso, como las circunstancias de la muerte del posible donador o la negativa de la familia.

La baja tasa de consentimiento de las familias de los donadores potenciales es un factor que influye de manera importante en la escasez de trasplante de órganos (Martínez et al., 2001; Siminoff, Gordon, Hewlett y Arnold, 2001). El ADOP contiene dos reactivos relacionados con los familiares: “Si antes de morir un familiar decide donar sus órganos, yo haría lo necesario para que se lleve a cabo esa donación” y “Cuando se está triste por la muerte de un familiar, es una falta de respeto pedir que sus órganos se donen”. La mayoría de los participantes (87%) estuvo de acuerdo con el primer reactivo, pero casi la mitad (43%) también estuvo de acuerdo con el segundo. En otras palabras, parece ser que, aunque en principio los familiares estarían de acuerdo en donar los órganos de su consanguíneo, sería difícil para ellos hablar sobre ese tópico en el momento preciso en que la donación es viable. Dado que es importante realizar más investigaciones al respecto, sería útil elaborar una nueva versión del ADOP dirigida a las familias de posibles donadores, misma que podría ser utilizada por los profesionales de la salud para diseñar estrategias de intervención apropiadas.

También es imprescindible conocer las actitudes de los profesionales de la salud, hacia la donación de órganos *postmortem*, lo que podría llevarse a cabo utilizando el ADOP. La importancia de ello radica en que dichos expertos son los primeros en establecer una relación con la familia del potencial donador (Essman y Thornton, 2006), y en que sus actitudes son esenciales para crear y promover un ambiente que influya positivamente en la donación (Marqués, Ortiz, Sánchez, Soto y Torres, 2013).

Por otro lado, se ha demostrado que las campañas para promover la donación de órganos favorecen considerablemente las actitudes y las discusiones familiares sobre el tema, además de que aumentan el número de personas que señalan expresamente ser donadoras de órganos (Breitkopf, 2009). El ADOP podría utilizarse para diseñar y evaluar campañas a fin de que las mismas disipen ideas erróneas, disminuyan las actitudes desfavorables y proporcionen un conocimiento preciso y actualizado sobre la donación de órganos, teniendo en cuenta las creencias y actitudes de las personas, al igual que su cultura.

Algunos investigadores pueden utilizar el ADOP con el fin de comprender mejor algunos factores psicosociales que pueden influir en la aceptación o el rechazo de donar órganos *postmortem*. También, puede ser útil para estudiar poblaciones diferentes dentro de una misma cultura y para hacer comparaciones interculturales. Asimismo, parece importante explorar la relación entre las puntuaciones del ADOP y diversos factores que contribuyen a la comprensión de esta cuestión. Entre estos factores se podrían incluir el duelo, ciertas variables de personalidad, el imaginario social, los conocimientos y la afiliación religiosa, entre otros.

Por último, estos resultados deben interpretarse en el contexto de las limitaciones del estudio. En primer lugar, a pesar de que los participantes vivían en diferentes estados del país, la muestra por conveniencia no es representativa de la población nacional; por lo tanto, los hallazgos solamente pueden generalizarse de forma limitada. Parece importante comparar en investigaciones futuras las características psicométricas del ADOP entre diferentes muestras según su nivel educativo, edad, etnia, religión o lugar de residencia. En segundo lugar, el factor Actitudes de desconfianza tuvo una confiabilidad marginal, la cual podría explicarse por el hecho de que está compuesto únicamente por cinco reactivos (Anastasi y Urbina, 1997); sin embargo, los presentes autores decidieron retenerlo debido a que la desconfianza en el manejo del proceso de donación y trasplante de órganos es un fenómeno generalizado y representa una barrera importante para la donación de órganos, particularmente en nuestro país.

En conclusión, el ADOP demostró ser un instrumento válido y confiable que puede ser empleado por profesionales de la salud e investigadores

para evaluar cómo es que los individuos conciben la donación de órganos.

REFERENCIAS

- Anastasi, A. y Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed). Hoboken, NJ: Pearson.
- Beavers, S.A., Lounsbury, W.J., Richards, K.J., Huck, W.S., Skolits, J.G. y Esquivel, L.S. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 18, 1-13.
- Breitkopf, C.R. (2009). Attitudes, beliefs and behaviors surrounding organ donation among Hispanic women. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 14, 191-195. doi: 10.1097/MOT.0b013e328329255c.
- Bruzzo, P. (2008). Religious aspects of organ transplantation. *Transplantation Proceedings*, 40, 1064-1067. doi: 10.1016/j.transproceed.2008.03.049.
- Bustamante U., M. y Villarreal N., P. (2008). Motivación a la donación de órganos en Chile. *Panorama Socioeconomico*, 26, 86-97.
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, application, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Cohen, R.J. y Swerdlik, M.E. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. (4a ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- Council of Europe (2016). International figures on donation and transplantation 2015. *Newsletter Trasplant*, 21, 3-61. Recuperado de <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/NEWSLETTER%202016%202.pdf>.
- Essman, C. y Thornton, J. (2006). Assessing medical student knowledge, attitudes, and behaviors regarding organ donation. *Transplantation Proceedings*, 38, 2745-2750. doi: 10.1016/j.transproceed.2006.08.127.
- Ferrando, P. y Anguiano C., C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31, 18-33. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?ID = 1793>.
- Findlater, C. y Thomson, E.M. (2015). Organ donation and management of the potential organ donor. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 16, 315-320. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpaic.2015.04.013>.
- Flora, D.B., LaBrish, C. y Chalmers, R.P. (2012). Old and new ideas data screening and assumption testing for exploratory and confirmatory factor analysis. *Frontiers in Psychology*, 3, 1-21. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00055.
- Forgas, J., Cooper, J. y Crano, W. (2010). *The psychology of attitudes and attitude change*. Sidney (Australia): Psychology Press.
- Frates, J. y Garcia, B.G. (2002). Hispanic perceptions of organ donation. *Progress in Transplantation*, 12, 169-175.
- Gaviria S., E., Cuadrado G., I. y López S., M. (2009). *Introducción a la psicología social*. Alcorcón (España): Sanz y Torres.
- Gómez R., K., Ballena L., J. y León J., F. (2016). Mitos sobre la donación de órganos en personal de salud, potenciales receptores y familiares de potenciales donantes de un hospital peruano: Estudio cualitativo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 83-91. doi: 10.17843/rpmpesp.2016.331.2011.
- Güden, E., Çetinkaya, F. y Naçar, M. (2013). Attitudes and behaviors regarding organ donation: A study on officials of religion in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 52, 439-449. doi: 10.1007/s10943-011-9490-8.
- Hill, E.M. (2016). Posthumous organ donation attitudes, intentions to donate, and organ donor status: Examining the role of the big five personality dimensions and altruism. *Personality and Individual Differences*, 88, 182-186. doi: 10.1016/j.paid.2015.09.021.
- Hu, L.T. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118.
- López F., R., Ramírez O., R., Ortiz A., F.I., Rodríguez J., J., Ramírez O., A., Camarena R., H. y Colio M., M. (2016). Attitudes toward organ donation and transplantation in Guanajuato, Mexico. *Transplantation Proceedings*, 48(2), 556-558. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.02.028>.
- Lozano R., G., Liberman S., S., Ito R., M. y Andrade P., P. (2005). Conocimientos y creencias acerca de la donación de órganos y tejidos en la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 15(1), 77-83.
- Marqués L., J., Ortiz V., N., Sánchez, M., Soto A., O. y Torres, E. (2013). Knowledge of and attitudes toward organ donation: A survey of medical students in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 32, 187-193.
- Martínez J., M., López J., S., Martín, A., Martín, M.J., Scandroglio, B. y Martín J., M. (2001). Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system. *Social Science & Medicine*, 53, 405-421. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00345-2.

- Marván, M.L., Álvarez del Río, A., Jasso, K. y Santillán D., P. (2027). Psychosocial barriers associated with organ donation in Mexico, *Clinical Transplantation*, 31. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ctr.13112/full> en línea. doi: 10.1111/ctr.13112.
- Randhawa, G. y Neuberger, J. (2016). Role of religion in organ donation. Development of the United Kingdom Faith and Organ Donation Action Plan. *Transplantation Proceedings*, 48(3), 689-694.
- Rodríguez O., G., Pérez F., C., Rojas R., M., Reyes L., I. y Méndez R., I. (2004). Trasplante de órganos y tejidos: creencias, actitudes e intenciones conductuales en la población mexicana. En G. Rodríguez (Coord.): *Medicina conductual en México*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Sander, S.L. y Miller, B.K. (2005). Public knowledge and attitudes regarding organ and tissue donation: an analysis of the north-west Ohio community. *Patient Education and Counseling*, 58(2), 154-163.
- Siminoff, L.A., Gordon, N., Hewlett, J. y Arnold, R.M. (2001). Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *Journal of American Medical Association*, 286, 71-77. doi: 10.1001/jama.286.1.71.
- Sullivan, G.M. y Artino, A.R. (2013). Analyzing and interpreting data from Likert-type scales (2013). *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541-542.
- Transparency International (2016). *Corruptions perceptions index 2015*. Recuperado de <https://www.transparency.org/cpi2015/#results-table>.
- Van den Berg, H., Manstead, A., Van der Pligt, J. y Wigboldus, D. (2005). The role of affect in attitudes toward organ donation and donor-relevant decisions. *Psychology Health*, 20, 789-802.
- Wakefield, C.E., Watts, K.J., Homewood, J. y Meiser, B. (2010). Attitudes toward organ donation and donor behavior: A review of the international literature. *Progress in Transplantation*, 20, 380-391. doi: 10.7182/prtr.20.4.p54651601pg80183.
- Weiss, R. (2003). Boosting organ donation among Hispanics. *Health Progress*, January-February, 13-14.
- Wilczek-Rużyczka, E., Milaniak, I., Przybyłowski, P., Wierzbicki, K. y Sadowski, J. (2014). Influence of empathy, beliefs, attitudes, and demographic variables on willingness to donate organs. *Transplantation Proceedings*, 46, 2505-2508. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.09.024.
- World Health Organization (2009). *Global glossary of terms and definitions on donation and transplantation*. Geneva: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf?ua=1>.
- World Health Organization (2017). *Donation and transplantation*. Geneva: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/transplantation/donation/en/#>.
- Wong, L.P. (2011). Knowledge, attitudes, practices and behaviors regarding deceased organ donation and transplantation in Malaysia's multi-ethnic society: A baseline study. *Clinical Transplantation*, 25, E22- E31. doi: 10.1111/j.1399-0012.2010.01312.x.
- Zepeda R., L., García G., G. y Aguirre J., O. (2003). Resultados de una encuesta sobre donación y trasplante de órganos en la zona metropolitana de Guadalajara, México. *Salud Pública de México*, 45, 54-57.

APÉNDICE

Versión final del Cuestionario de Actitudes hacia la Donación de Órganos Postmortem (ADOP)

A continuación se presentan varias afirmaciones sobre la donación de órganos al morir. Le pedimos que conteste qué tan de acuerdo o desacuerdo está con ellas, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. Marque con una X el recuadro correspondiente.

REACTIVOS	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
1. Es necesario fomentar la cultura de donación de órganos al morir.					
2. La donación de órganos va en contra de mi religión.					
3. Me angustia pensar que si tengo un accidente y soy donador sea mal atendido.					
4. El donar órganos ayuda a mejorar la calidad de vida de otros.					
5. Prolongar la vida por medio de la donación de órganos es artificial.					
6. Me da miedo que al morir se donen mis órganos.					
7. Desconfío de las instituciones en las que se realizan trasplantes de órganos.					
8. Es satisfactorio que los órganos puedan servir a otros, aunque sean desconocidos.					
9. Es desagradable pensar que al donar órganos el cuerpo queda incompleto.					
10. Con la donación de órganos se hace negocio.					
11. Si un familiar antes de morir decide donar sus órganos, yo haría lo necesario para que se lleve a cabo la donación.					
12. Cuando se está triste por la muerte de un familiar, es una falta de respeto pedir que sus órganos se donen.					
13. Donar órganos interrumpe el proceso natural de morir.					
14. Me preocupa no estar realmente muerto cuando se haga la cirugía para la donación de órganos.					
15. Al donar órganos se da esperanza a otras personas.					
16. Me opongo a donar mis órganos porque estos pertenecen a una sola persona.					
17. Me opongo a donar mis órganos al morir porque hay mucha corrupción en el proceso.					
18. Al morir, nuestros órganos pueden servir para que otras personas recuperen su salud.					
19. La donación de órganos es una falta de respeto para el cuerpo del que dona.					
20. Siento que si mis órganos se donan cuando muera no descansaría en paz.					
21. La donación de órganos es un acto de amor al prójimo.					

Eficacia de un programa de intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia

Efficacy of a psychosocial intervention program in women suffering from fibromyalgia

Silvia León Vega¹

RESUMEN

La fibromialgia, que ocurre generalmente en mujeres, se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado, asociado a trastornos del sueño, altos niveles de ansiedad o depresión, con repercusiones en la capacidad de trabajo, y en la vida familiar y social, todo lo cual afecta su capacidad funcional y calidad de vida. Sus repercusiones psicosociales requieren un manejo integral, aunque no es frecuente encontrar reportes de intervenciones hechas en talleres grupales con técnicas derivadas de la psicología positiva, centradas no tanto en disminuir los efectos negativos como en propiciar emociones positivas que fomenten satisfacción y felicidad. El presente artículo da cuenta de la eficacia de una intervención conformada por trece sesiones cuyo objetivo fue aumentar la felicidad y la satisfacción vital y disminuir el dolor y los estados emocionales negativos. Para ello, se utilizó un diseño experimental, con grupos control y experimental, cada uno con 79 pacientes, en quienes se midieron distintas variables antes y después de la intervención mediante instrumentos válidos y confiables usados en estudios previos. La intervención generó cambios favorables en la calidad de vida y disminuyó la intensidad del dolor y los niveles de profundidad de la depresión, no así los niveles de ansiedad. Las pacientes expresaron una considerable satisfacción con la intervención.

Palabras clave: Fibromialgia; Dolor crónico; Psicología positiva.

ABSTRACT

Fibromyalgia is characterized by a generalized muscle-skeletal pain, associated to sleeping disorders, high levels of anxiety or depression symptoms, and occurs predominantly in women. These conditions, in turn, lead to severe repercussions on individuals' capacity to work and on their social and family interactions, which ends up affecting their functional capacity and quality of life (vital satisfaction and happiness). These psychosocial repercussions require integral professional management, and there are few research reports on group interventions with techniques derived from positive psychology. These strategies focus on positive emotions generating satisfaction and happiness rather than decreasing negative effects. The present paper reports the effectiveness of a 13-session intervention, aimed at increasing happiness and vital satisfaction as well as decreasing pain and negative emotional states. An experimental design was used, with control and experimental groups, each of them with 79 patients. Measurement included diverse variables pre and post-intervention by means of valid and reliable instruments already used in previous studies. The intervention produced positive changes on patients' quality of life, and diminished the pain intensity and depression symptoms. Anxiety levels, however, did not improve. Finally, patients expressed high satisfaction levels regarding the intervention.

Key words: Fibromyalgia; Chronic pain; Positive psychology.

¹Hospital "Cayetano Heredia", Santa Raquel 196, Lima 12, Perú, correo electrónico: silvialeon90@yahoo.es. Artículo recibido el 10 de julio y aceptado el 23 de octubre de 2017.

Citación: León V., S. (2018). Eficacia de un programa de intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia. *Psicología y Salud*, 28(2), 207-222.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM en lo sucesivo), que constituye un punto de reflexión actual sobre la atención sanitaria, se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado y sin justificación lesional, con presencia de puntos dolorosos (“puntos gatillos”), aumento de la sensibilidad dolorosa, trastornos del sueño, ansiedad o depresión, fatiga crónica y alteraciones en el estado de ánimo, y otros síntomas que acompañan al trastorno, como sentimientos de aislamiento social, entre otros. La fibromialgia afecta a todas las razas y a ambos sexos –aunque la prevalencia es mayor en mujeres que en varones– y tiende a aumentar con la edad (Goldenberg, 1999; Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Hebert, 1995). En el Perú, un estudio poblacional hecho por Aguilar, Sánchez, Salcedo, Burneo y Proaño (1994) en un barrio urbano marginal de Lima, indicó una prevalencia de FM de 10%; 1999, en Piura, Vidal, Hernández y Cabello reportaron una prevalencia de 6% en pacientes ambulatorios.

La edad media de inicio de la FM va de 25 a 45 años, aunque se ha reportado en ancianos y niños. Es un problema frecuente no solo en la consulta especializada sino también en la de medicina general; sin embargo, su prevalencia global aún se desconoce (Vidal y Reyes, 2006).

Debido a que no se acompaña de evidencias orgánicas claras, los criterios de diagnóstico se basan en dos aspectos básicos: dolor difuso en 97% de los pacientes y presencia en 11 de los 18 puntos sensibles localizados en el cuerpo (Vidal et al., 1999; Vidal y Reyes, 2006). Los pacientes, que no siempre son bien diagnosticados, suelen recibir un tratamiento ineficaz, lo que los lleva a emprender una búsqueda incesante de alivio y a soportar la incompreensión familiar al no haber evidencias orgánicas.

Desde el punto de vista psicológico, el malestar y las afectaciones de la calidad de vida en las áreas física, intelectual y emocional, destacan como manifestaciones, lo que reduce la capacidad de trabajo y la vida familiar y social de los enfermos (Fitzcharles y Esdaile, 1992; Wolfe, 1986). Si bien la FM no acorta la expectativa de vida de los pacientes sí puede afectar la capacidad funcional de los mismos al limitar sus actividades cotidianas,

lo que a menudo los conduce a abandonar sus empleos por su incapacidad para soportar el estrés y las demandas del trabajo debido al dolor; o bien acrece su incapacidad para concentrarse, así como las quejas de sus superiores por permanecer mucho tiempo fuera del trabajo (Burckhardt, Gunilla y Henriksson, 2005).

Se han reportado altos niveles de ansiedad-rasgo, considerada como una característica relativamente estable de la personalidad del individuo, formada a lo largo de su historia vital y que se corresponde con un modo típico de afrontar las situaciones desfavorables, así como también de ansiedad reactiva al dolor (Grau, Hernández y Vera, 2005; Grau, Martín y Portero, 1993). La ansiedad y la depresión pueden contribuir a exacerbar el dolor, pues la primera incrementa la percepción dolorosa, al tiempo que la segunda contribuye al aumento de la ansiedad (Banks y Kerns, 1996).

La sintomatología relacionada con el sueño se considera de gran importancia en la FM. Las alteraciones del sueño y la depresión acompañan al dolor y empeoran aún más la calidad de vida; 90% de los pacientes refieren sueños de mala calidad, sueño ligero y sensación de falta de descanso nocturno (Mañez, Martínez y Salazar, 2005).

En estos pacientes están reducidos los índices de calidad de vida, siendo las áreas más afectadas la vitalidad (sentimiento de falta de energía, cansancio y desánimo), el dolor corporal (intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo cotidiano y las actividades del hogar) y la salud general (valoración personal del estado de salud actual y perspectivas futuras) (León y Arias, 2012; White, Nielson, Harth, Ostbye y Speechley, 2002). Algunos factores psicosociales pueden aumentar la susceptibilidad a las enfermedades y los síntomas asociados al estrés que suelen estar presentes en la FM (cefaleas tensionales, colon irritable y otras alteraciones), las que pueden disminuir la inmunocompetencia y hacer al cuerpo más vulnerable (Bennett, 2004; Dailey, Bishop y Russell, 1990; Damasio, 1994; Rodríguez y Vega, 1998). Pueden asimismo manifestarse trastornos de la afectividad, la sexualidad, la dinámica familiar y la memoria, entre otros. Por esta razón, es fundamental trabajar en el proceso de la regulación emocional adoptando una actitud distinta

hacia las emociones, lo que puede repercutir en la disminución y el afrontamiento del dolor.

Si la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y las emociones positivas son algo más que la ausencia de emociones negativas, es posible plantear la utilidad de fomentar emociones positivas para prevenir enfermedades, reducir la intensidad y duración de las negativas y también alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky y Diener, 2005).

Uno de los elementos efectivos para prevenir y superar la depresión es una actitud positiva ante la vida, que se refleja en el nivel de satisfacción vital de las personas. Gracias a las emociones positivas, se produce una activación que proporciona la energía necesaria para responder a estímulos que afectan el bienestar físico y psicológico, pues proveen mejores recursos para prevenir enfermedades o afrontar con mayor efectividad los problemas de salud en general.

Hay antecedentes de tratamientos con un enfoque interdisciplinario en pacientes con FM (Bennett et al., 1996; Collado et al., 2001; Nielson y Jensen, 2004; Worrel, Krahn, Sletten y Pond, 2001) con resultados favorables en el control del dolor, la capacidad de afrontamiento, el cambio de creencias subyacentes y la reincorporación al trabajo, entre otros. La terapia cognitivo-conductual ha sido útil para tratar la depresión, específicamente la terapia cognitiva de Beck (Contreras et al., 2006; Coon y Thompson, 2003; Pérez y García, 2001); sin embargo, dichos tratamientos se centran en la disminución de los síntomas como criterio de mejoría. La atención integral de la FM requiere de un enfoque terapéutico integral, focalizado en el desarrollo de los aspectos positivos, que influya en los diferentes sistemas implicados, haciendo al paciente capaz de experimentar elevados niveles de felicidad y de interés por las cosas (Aspinwall, 2001; Carver, 1998; Fredrickson, 2001). Esta línea de investigación puede contribuir al desarrollo y difusión de programas de intervención que obtengan más beneficios en el tratamiento de los pacientes con FM, a la vez que reduzcan el consumo de recursos sanitarios, que se considera muy elevado (Clawn, 2001; Collado et al., 2002; Consensus Document of Fibromyalgia, 1993; Wolfe et al., 1997). Para atender a las personas con FM es necesario prestar atención a

sus aspectos psicosociales partiendo de un enfoque biopsicosocial y no estrictamente biomédico (Gordon, 2003; Okifuji y Turk, 2002; Winfield, 2000). En este enfoque, resulta imprescindible motivar, poner énfasis en el desempeño a pesar de posibles frustraciones, aumentar la capacidad de regular los estados de ánimo, evitar que la angustia interfiera, controlar los impulsos, confiar en los demás, aprender a tomar conciencia de las emociones propias y de los sentimientos de los demás, y tolerar presiones y frustraciones adoptando una actitud empática que favorezca un mayor desarrollo personal y social (Seligman, 2003).

La llamada "psicología positiva" es un nuevo enfoque que focaliza la búsqueda de la verdadera felicidad como la "identificación y cultivo de las fortalezas más importantes de la persona y su uso cotidiano en el trabajo, el amor, el ocio y la educación de los hijos" (Vera, 2006); va más allá de la identificación de la psicología con la psicopatología y la psicoterapia, y tiene una visión optimista de la naturaleza humana (Cuadra y Florenzano, 2003; Gilham y Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2002). En la última década, connotados investigadores (Csikszentmihalyi y Hunter, 2003; Diener, Oishi y Lucas, 2003; Diener y Seligman, 2002; Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006; Martínez, 2006; Park, Peterson y Seligman, 2004; Seligman, Rashid y Parks, 2006) han centrado sus trabajos con fuerte sustento empírico en las emociones positivas de alegría, optimismo, creatividad, humor, ilusión, todas ellas tratadas superficialmente por muchos autores precedentes (cf. Cuadra, Veloso, Moya, Reyes y Vilca, 2010a). Su principal propósito ha sido mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos, generando así instancias que ayuden a la construcción de competencias que mejoren el pronóstico y, sobre todo, propicien el desarrollo del bienestar y felicidad de las personas al favorecer la creatividad, la gratitud, el optimismo, la tolerancia, la apertura a nuevas ideas y experiencias y las habilidades sociales (Csikszentmihalyi y Hunter, 2003; Danner, Snowdon y Friesen, 2001; Linley et al., 2006). Así, la felicidad o satisfacción de la persona (satisfacción con el pasado y con el presente y optimismo en el futuro) es esencial en la psicología positiva (Bryant y Cvigros, 2004; Cuadra et al., 2010b; Enright y Fitzgibbons,

2000; Muñoz, Vinsonneau, Neto, Girard y Mullet, 2003; Pades, 2003; Puskar, Sereika, Lamb, Tu-saire-Mumford y McGuinness, 1999; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht y Liffé, 2006; Watkins, Woodward, Stone y Kolts, 2003; Wong y Fielding, 2007).

Como resultado de este enfoque, es deseable trabajar en sesiones grupales abordando tópicos tales como fortalezas, emociones positivas, perdón y olvido, gratitud, caridad, valores incondicionales, amor, optimismo en el futuro, disfrute de la vida, desarrollo de habilidades sociales y asertividad, entre muchos otros que pueden ser útiles a los pacientes con FM.

En realidad, son escasos los estudios hechos con este enfoque. Se reportan, por ejemplo, los resultados de una intervención de psicoterapia positiva en pacientes con depresión en talleres grupales, encontrándose que con la terapia habitual mejoraban más su depresión (Caballo, 2000); luego, Cuadra, Veloso, Moya, Reyes y Vilca (2012) evaluaron su impacto en adultos mayores con depresión, en los cuales los síntomas disminuían, al tiempo que aumentaban sus niveles de satisfacción vital. Soucase, Monsalve, Soriano y De Andrés (2004) describieron las estrategias de afrontamiento ante el dolor y la calidad de vida en pacientes con FM con un índice de calidad de vida inferior al de la población general. No encontraron correlación significativa entre ese índice y los tipos de afrontamiento al dolor, aunque el uso de estrategias más bien pasivas, como la religión, se asociaron significativa y positivamente con algunas dimensiones de la calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación del paciente a la enfermedad; a su vez, el empleo de estrategias más activas, como la distracción y el autocontrol mental, se relacionaron significativa y negativamente con esas dimensiones. Gelman, Lerab, Caballero y López (2005) llevaron a cabo un estudio piloto sobre el tratamiento multidisciplinario de la FM a fin de determinar su eficacia frente a un tratamiento clásico en una consulta externa de reumatología, hallando que era mayor la utilidad del primero en la mejoría de la calidad de vida y la adaptación psicológica de las pacientes afectadas. En el Perú no se han encontrado investigaciones sobre la efectividad de estas terapias.

En consecuencia, el objetivo principal del presente estudio fue determinar la eficacia de una intervención grupal con técnicas de la psicología positiva en mujeres con FM para incrementar su felicidad y satisfacción vital, y al mismo tiempo disminuir el dolor y los estados emocionales negativos asociados. Derivados de este propósito general, los objetivos específicos se centraron en determinar los cambios en calidad de vida (satisfacción vital y felicidad) a partir de la intervención; valorar los cambios en la intensidad del dolor y en las emociones negativas de la ansiedad y depresión, e identificar el grado de satisfacción de las pacientes con FM respecto de la intervención en talleres grupales con este enfoque.

MÉTODO

Unidad de análisis y muestra

La unidad de análisis estuvo conformada por mujeres con diagnóstico de FM primaria que acudían al Servicio de Reumatología del Hospital “Cayetano Heredia”, ubicado en el distrito de San Martín de Porres de la ciudad de Lima (Perú), derivadas al tratamiento psicológico. La muestra fue intencional, no probabilística y estuvo conformada por 158 pacientes en total, divididos en dos grupos: control y experimental, con 79 pacientes cada uno. Los pacientes se distribuyeron en los grupos de forma aleatoria, alternando su asignación dependiendo de su arribo a consulta por referencia de los médicos. Teniendo en cuenta ciertos aspectos éticos, como no dejar a un grupo sin intervención cuando se espera que esta sea satisfactoria, se decidió utilizar el criterio del grupo control como “lista de espera”; es decir, considerando que la FM es una enfermedad crónica pero no letal, los sujetos del grupo control recibirían la intervención una vez finalizase el corte evaluativo posterior a la intervención en ambos grupos, como efectivamente se hizo en la práctica asistencial más tarde.

Los criterios de inclusión en la muestra fueron los siguientes: ser mayor de 18 años; haber recibido un diagnóstico de FM primaria, con más de tres meses de evolución, sin respuesta efectiva al tratamiento médico y sin otras enfermedades

concomitantes; tener la capacidad intelectual suficiente para completar los instrumentos, y firmar un formato de consentimiento informado.

El diseño del estudio fue cuasiexperimental, con un grupo experimental (intervención con técnicas de psicología positiva en talleres grupales) y uno control (solamente con tratamiento médico y seguimiento evaluativo por el departamento de Psicología, pero sin intervención). En ambos grupos se midieron las variables más importantes durante la preintervención y postintervención llevada a cabo con el grupo experimental, lo que permitió efectuar comparaciones entre los grupos, antes y después de la intervención, así como análisis intergrupos antes y después de la misma.

Variables

La variable independiente consistió en la participación en un taller grupal con técnicas de psicología positiva, de corte psicoeducativo y propiciando la reflexión vivencial, estructurada en catorce sesiones de una hora (ver Anexo que muestra el esquema de intervención). Se consideraron como variables dependientes la ansiedad (rasgo y estado), el nivel de profundidad de la depresión, la intensidad de dolor, la satisfacción con la vida y la felicidad (como constructo global y por determinados factores). Adicionalmente, se evaluó la satisfacción de las pacientes del grupo experimental con el tipo de intervención.

Las variables sociodemográficas y psicosociales registradas fueron la edad, el nivel educativo o grado de escolaridad terminado, el estado civil y la ocupación actual.

Instrumentos

Además de registrarse las variables sociodemográficas y psicosociales en una sencilla ficha de datos, se utilizaron los siguientes instrumentos.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)

Para evaluar la ansiedad se empleó este instrumento elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), en la versión hispana de Seisdedos (1990). Es un instrumento autoadministrable con dos subescalas: ansiedad-rasgo (como predisposi-

ción personal relativamente estable a reaccionar con ansiedad ante eventos estresantes), y ansiedad-estado (o reactiva, susceptible de cambio), de veinte proposiciones cada una y con cuatro opciones de respuesta. En su empleo en Perú, la confiabilidad medida con el coeficiente alfa de Cronbach ha sido de 0.80 para la subescala de rasgo y de 0.74 para la de estado.

Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Creado originalmente en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh para evaluar el nivel de profundidad de la depresión, se utilizó el citado instrumento de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta en cada uno sobre la presencia de componentes cognitivos, conductuales y somáticos de la depresión. El puntaje permite determinar la ausencia de depresión (0-10), depresión leve (10-18), depresión moderada (19-22) o depresión severa (> 29). El inventario fue validado en Perú por Novara, Sotillo y Warthon (1985), obteniendo una confiabilidad de 0.84.

Escala Analógica Visual (EAV)

La intensidad del dolor fue evaluada con la Escala Analógica Visual (Shields, Palermo, Powers, Grewe y Smith, 2003) mediante una línea de diez intervalos con polos señalizados como “Nada de dolor” y “El peor dolor”, pudiendo calificarse el mismo como leve (1-3), moderado (4-6) y severo (mayor de 6).

Escala de Satisfacción con la Vida (ISV)

La satisfacción vital, como proceso cognitivo de juicio cercano a la calidad de vida, se evaluó mediante este instrumento elaborado por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), el cual contiene cinco reactivos en una escala Likert de siete puntos, desde “Completamente en desacuerdo” hasta “Completamente de acuerdo”, con puntuaciones globales de entre 5 y 35; la puntuación media normal para una muestra de mujeres es de 19.54; tiene una confiabilidad de 0.87 (Martínez, Cabañero y Reig, 2004).

Escala de Felicidad de Lima (EFL)

La felicidad y sus componentes fueron evaluados con la EFL, de Alarcón (2006), que consta de

27 ítems favorables y desfavorables distribuidos aleatoriamente en escalas tipo Likert de cinco opciones que van de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”. El valor promedio para estudiantes universitarios de ambos sexos fue de 110.08, con alta validez convergente y divergente y coeficiente alfa de Cronbach de 14.80 (Alarcón, 2003, 2006). Consta de cuatro subescalas: sentido positivo de la vida (diez ítems), satisfacción por la vida (seis), realización personal (seis) y alegría de vivir (cuatro), con buenas propiedades psicométricas.

Finalmente, se aplicó al grupo experimental una escala de satisfacción con la intervención en los talleres grupales de tres grados: bajo, medio y alto, cuyo propósito fue conocer el grado de aceptación de este tipo de procedimientos terapéuticos en mujeres con FM.

Todos los instrumentos fueron aplicados en dos sesiones por psicólogas capacitadas, luego de explicar a las pacientes en qué consistía la investigación y de aseverarles que no implicaba riesgo alguno de daño físico o psicológico, y previa obtención del consentimiento informado por escrito.

Procesamiento de datos

Se recodificaron las variables cualitativas con base de datos de SPSS, versión 21. Se realizó un estudio previo de los elementos para identificar valores atípicos, datos perdidos, y para apreciar si las variables cuantitativas seguían una distribución normal a través de una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Para las comparaciones intergrupos con fines de indagar cuan homogéneos eran al principio del estudio, se usaron los estadígrafos χ^2 , U de Mann-Whitney y prueba *t* de Student para muestras independientes para las variables cualitativas nominales, ordinales y cuantitativas, respectivamente; los dos últimos se emplearon también en comparaciones intergrupos en el lapso de tiempo coincidente con el final de la intervención. Para realizar el contraste antes-después en cada grupo, se usaron la *t* de Student para muestras relacionadas y la *z* de Wilcoxon. El nivel de confianza prefijado fue de 95%.

RESULTADOS

El análisis emprendido para dar respuesta a los objetivos consideró los siguientes puntos: 1) comparaciones intergrupales al inicio del estudio con el objetivo de evaluar la homogeneidad de los grupos en virtud de las variables sociodemográficas consideradas; 2) las comparaciones intragrupalas antes y después para valorar los cambios significativos en relación con un momento anterior; en el caso del grupo experimental, se buscaron los cambios favorables, y en el control se esperaba su mantenimiento o agravamiento; 3) las comparaciones intergrupales al finalizar el estudio con vistas a evaluar la eficacia del programa. De acuerdo a este esquema metodológico de trabajo, si los grupos eran homogéneos al inicio y se modificaban las variables dependientes en un análisis intragrupo en el grupo experimental, pero no en el control, la intervención sería efectiva, lo cual se corroboraría con un análisis intergrupo en el momento final (postintervención), donde debían hallarse diferencias significativas. Se realizó también un análisis descriptivo de la satisfacción de las pacientes del grupo experimental respecto a la utilidad de la intervención.

Comparaciones intergrupales al inicio del estudio

Una vez confirmada la distribución normal de los grupos con el test de Kolmogorov-Smirnov, se ejecutaron las comparaciones entre los grupos en relación con las variables sociodemográficas de edad, escolaridad, ocupación y estado civil, a fin de indagar su homogeneidad al comienzo de la investigación.

Las edades promedio de los grupos control y experimental fueron de 49.85 (± 10.7) y de 49.94 (± 10.8) años, respectivamente. Estos valores no difirieron significativamente ($p = 0.959$), lo que indica homogeneidad de los grupos en relación con esta variable. Algo similar ocurrió con la escolaridad, la ocupación y el estado civil. De la muestra total, 44.3% tenía nivel secundario, siguiéndoles los que habían terminado un nivel posterior al secundario, como técnico o universitario (34.2%), pero las cantidades se distribuían de forma similar

entre los grupos control y experimental. De todas las mujeres, 58.9% tenían pareja estable, distribuyéndose los sujetos de forma similar entre los grupos control y experimental. De igual manera, la mayoría de las mujeres de la muestra total (58.2 %) eran amas de casa y 26.6% tenían un negocio propio, pero se ubicaron en cantidades similares en ambos grupos. Las diferencias en las variables sociodemográficas entre los grupos, medidas con χ^2 , no fueron, por tanto, significativas. En resumen, los grupos control y experimental fueron homogéneos, esto es, tenían características sociodemográficas similares. El análisis estadístico reveló que no diferían significativamente en estas variables en un nivel de $p > 0.05$.

Comparaciones intragrupales (antes-después)

En la comparación de antes-después en el grupo control, el test de Student para muestras pareadas mostró que no había diferencias significativas en las variables de ansiedad-estado y dolor, con excepción de la ansiedad-rasgo, que disminuyó significativamente después de la intervención (de un promedio de 26 a 24, significativo al nivel de .05). Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a la felicidad total y sus cuatro factores (satisfacción vital, sentido positivo de la vida, realización personal y alegría de vivir) (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación antes-después en el grupo control con el test de Student.

VARIABLES	MEDIA (\pm D.E.) ANTES - DESPUÉS	SIG.
Ansiedad-rasgo	26.0 (\pm 3.6) – 24.5 (\pm 4.1)	.010
Ansiedad-estado	22.5 (\pm 4.1) – 22.7 (\pm 3.8)	.921
Dolor	7.5 (\pm 1.9) – 7.1 (\pm 2.2)	.204
Felicidad total	77.2 (\pm 17.7) – 79.1 (\pm 16.6)	.132
Felicidad (factor 1: Sentido positivo de la vida)	33.0 (\pm 9.1) – 35.0 (\pm 8.8)	-.052
Felicidad (factor 2: Satisfacción con la vida)	15.5 (\pm 5.3) – 15.6 (\pm 4.5)	.793
Felicidad (factor 3: Realización personal)	15.6 (\pm 4.5) – 15.6 (\pm 4.8)	.936
Felicidad (factor 4: Alegría de vivir)	13.0 (\pm 3.2) – 12.9 (\pm 3.4)	.721

Nota: El factor 1 (sentido positivo de la vida) aumenta, pero sin significación estadística, lo cual puede asociarse a que este grupo estaba en espera de una intervención posterior.

En la comparación de antes-después en el grupo experimental, la prueba de Student muestra diferencias significativas en ansiedad-rasgo (.000) y dolor (.000).

De acuerdo al estadígrafo U de Mann-Whitney, las diferencias tampoco fueron significativas en las variables de depresión y calidad de vida (satisfacción con la vida, según la ISV) (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación antes-después en el grupo control con la U de Mann-Whitney.

VARIABLES	MEDIANA ANTES-DESPUÉS	SIG.
Satisfacción con la vida (Calidad de vida)	13 – 13	.289
Depresión	3 – 3	.161

La felicidad total y sus cuatro factores muestran un franco incremento, con diferencias significativas (Tabla 3).

El test U de Mann Whitney demuestra que hubo diferencias significativas en la disminución de la profundidad de la depresión (.000) y el incremento de la calidad de vida (satisfacción con la vida) (Tabla 4).

Tabla 3. Comparación antes-después en el grupo experimental con el test de Student.

VARIABLES	MEDIA (\pm DE)		SIG.
	ANTES	DESPUÉS	
Ansiedad rasgo	26.5 (\pm 3.3)	23.9 (\pm 3.2)	.000
Ansiedad estado	22.5 (\pm 3.8)	23.9 (\pm 3.7)	.004
Dolor	7.9 (\pm 1.6)	3.0 (\pm 1.9)	.000
Felicidad total	77.9 (\pm 15.5)	101.7 (\pm 15.4)	.000
Felicidad (factor 1: Sentido positivo de la vida)	32.4 (\pm 8.4)	42.1 (\pm 7.7)	.000
Felicidad (factor 2: Satisfacción con la vida)	17.2 (\pm 4.9)	22.1 (\pm 5.0)	.000
Felicidad (factor 3: Realización personal)	16.1 (\pm 4.4)	20.8 (\pm 4.7)	.000
Felicidad (factor 4: Alegría de vivir)	12.6 (\pm 3.5)	16.4 (\pm 2.8)	.000

Nota: Nótese cómo disminuye la ansiedad rasgo y se incrementa la ansiedad-estado.

Tabla 4. Comparación antes-después en grupo experimental con la U de Mann-Whitney.

VARIABLES	MEDIANA ANTES - DESPUÉS	SIG.
Satisfacción con la vida (Calidad de vida)	13 – 17	.000
Depresión	3 – 1	.000

Las diferencias significativas encontradas entre los momentos de evaluación previa y posterior a la intervención resaltan la efectividad del programa para aumentar la satisfacción con la vida y la felicidad, y disminuir a la vez la depresión y el dolor.

Como ya se ha señalado, se aplicó una escala al grupo experimental que evaluaba la satisfacción con la intervención; es decir, que reflejaba la percepción de la utilidad de la intervención empleada. Los resultados aparecen en la Tabla 5. Como puede observarse, 93.7% de las pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción.

Tabla 5. Satisfacción con la intervención (grupo experimental).

Grados de satisfacción	Frecuencia (casos)	Porcentaje válido
Grado medio	5	5.3
Grado alto	74	93.7
Total	79	100.0

Con el propósito de profundizar en la satisfacción con la intervención cruzando variables dependientes, se llevó a cabo un procesamiento adicional utilizando la U de Mann-Whitney al considerar la satisfacción con la intervención como una variable de agrupación. La única variable dependiente que resultó significativa en el contraste fue que la presencia de grados más bajos de dolor se asocia con significación estadística ($p = 0.011$). Estos resultados pueden atribuirse a la intervención al no ser considerables las diferencias entre el grupo control y el experimental al inicio de aquella, y sí en el grupo experimental al final del estudio.

Comparaciones intergrupales al final del estudio

Al concluir la investigación, se hallaron diferencias significativas entre los grupos en la ansiedad-estado ($p = 0.036$), con un puntaje promedio inferior al del grupo experimental (22.68 vs. 23.95 puntos), pero no respecto a la ansiedad personal ($p = 0.360$).

Las diferencias en relación con el dolor y la felicidad fueron significativas (.000). Los puntajes en esta última y en sus factores eran semejantes en ambos grupos al comienzo del estudio, pero

se hallaron diferencias significativas en el grupo experimental, cuyos integrantes experimentaron niveles superiores de felicidad. Incluso en el caso del factor 2 (satisfacción con la vida), donde al inicio el grupo experimental tenía un promedio ligeramente superior al grupo control ($p = 0.03$), al finalizar obtuvo un puntaje superior al de ese grupo (17.2 vs. 15.5). En otras palabras, los puntajes promedio fueron generalmente similares al inicio, pero superiores al final del estudio en el grupo experimental.

Respecto a la depresión y la satisfacción con la vida, antes de la intervención los grupos no mostraron diferencias ($p > 0.05$), pero sí al concluir la intervención.

DISCUSIÓN

Como se dijo en la introducción, hay estudios hechos con el enfoque de la psicología positiva en pacientes con depresión (Caballo, 2000; Cuadra et al., 2012). En pacientes con FM, solo fue posible revisar el trabajo de Soucase et al. (2004), quienes estudiaron las estrategias de afrontamiento ante el dolor y la calidad de vida, así como el de Gelman et al. (2005) sobre un tratamiento multidisciplinario comparado con uno clásico para mejorar la calidad de vida y la adaptación psicológica de las pacientes con FM.

En realidad, no hay estudios que empleen un esquema de intervención grupal con las técnicas de la psicología positiva en pacientes de FM con los que se puedan comparar los resultados obtenidos en esta investigación. En este sentido, las conclusiones que se presentan son similares a los del estudio de Gelman et al. (2005), aun cuando no se hayan evaluado con los mismos instrumentos las variables dependientes. El aumento de la calidad de vida y la adaptación psicológica que favorece la intervención con las técnicas referidas se infieren a partir de los resultados del presente estudio.

Definitivamente, en Perú no se han encontrado investigaciones sobre la efectividad de estas terapias, lo que limita la discusión de los presentes resultados al contrastarlos con los de estudios precedentes.

Al profundizar en el análisis de las conclusiones de la presente investigación, se destaca que

al principio no había diferencias significativas en las variables ansiedad-estado y dolor, pero sí en la ansiedad personal (ansiedad-rasgo), que disminuye significativamente después de la intervención (de un promedio de 26 a uno de 24, significativo al nivel de .05). En realidad esta diferencia, si bien tiene significancia estadística de acuerdo al puntaje del STAI, es clínicamente irrelevante porque, en primer lugar, se trata de una discreta disminución de la expresión de un rasgo y no de un estado emocional; en segundo término, porque este resultado se mantiene en una categoría de “bajo” según las puntuaciones derivadas de la división en cuartiles de la población; en tercer lugar porque no es un resultado importante que se esperaría de la intervención, que se centra en la satisfacción con la vida y la felicidad y en el decremento de síntomas importantes (dolor y estados emocionales).

Llama la atención que en el análisis del antes y el después en el grupo experimental la ansiedad-rasgo, evaluada por una subescala orientada a determinar el grado de ansiedad personal, haya disminuido significativamente, cuando se le supone una característica relativamente estable. Sería aventurado afirmar que la intervención con técnicas de la psicología positiva modifica en tan poco tiempo cualidades personales como la ansiedad-rasgo. Para demostrarlo en forma definitiva sería recomendable replicarla en muestras mayores y con estricto rigor metodológico. Es interesante también que, a pesar de que hubo diferencias significativas en el análisis pre-post, la ansiedad-estado aumentó ligeramente, lo que puede deberse a la asociación que hacían las pacientes entre la segunda aplicación de los instrumentos y la terminación de una intervención que había acrecentado sensiblemente sus niveles de calidad de vida y disminuido la depresión y, sobre todo, el dolor. La subescala ansiedad-estado del STAI es tan sensible que puede registrar tales preocupaciones emocionales en enfermas que suelen depender en alto grado de su terapeuta.

Hay que tener en cuenta, además, que la emoción reportada convencionalmente como más asociada al dolor crónico ha sido la depresión. En el presente estudio disminuyeron significativamente la depresión y el dolor, a pesar de los resultados obtenidos en la ansiedad. Siendo la FM un modelo de dolor crónico de difícil manejo, ya este es un

resultado importante de la aplicación de este programa, lo que habla de su efectividad.

Es lógico esperar que las pacientes que han obtenido una disminución del dolor se sientan satisfechas con la intervención. Sería deseable que en futuras investigaciones de intervención con procedimientos de psicología positiva se incluyan técnicas que aminoren notoriamente la sensibilidad dolorosa, lo que redundaría seguramente en un mayor bienestar.

En conclusión, la intervención con las referidas técnicas generó cambios favorables en la calidad de vida en pacientes con FM al desarrollar el sentido positivo y la satisfacción vital, la realización personal y la alegría de vivir. Este tipo de intervención disminuyó la intensidad del dolor y los niveles de profundidad de la depresión en dichos pacientes, pero no los niveles de ansiedad.

Aun así, las pacientes expresaron una considerable complacencia con la intervención realizada, vinculándola con la disminución de su dolor.

Por último, para futuros estudios al respecto se recomienda implementar en mayor escala intervenciones de este tipo en la asistencia psicológica que se brinda a pacientes con FM, para generalizar así la experiencia; el aumento de la calidad de vida (satisfacción con la vida y la felicidad) y la disminución del dolor y la depresión, asociada reiteradamente en la literatura a esta patología, justifica suficientemente la difusión de estos resultados. De igual modo, debe continuarse la realización de estudios que hagan posible obtener un mayor conocimiento de los cambios en la ansiedad, intercalando en la medida de lo posible evaluaciones intermedias, especialmente de la ansiedad como estado.

REFERENCIAS

- Aguilar, J., Sánchez, E., Salcedo, C., Burneo, G. y Proaño, C. (1994). Estudio poblacional de frecuencia de enfermedades reumáticas en adultos mayores de 57 años. Informe preliminar. *Boletín de la Asociación Peruana de Reumatología*, 1, 3-21.
- Alarcón, R. (2003). *Escala de afectos positivos y negativos*. Manuscrito no publicado. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 95-106.
- Aspinwall, G. (2001). Dealing with adversity. Self-regulation, coping, adaptation, and health. En A. Tesser y N. Schwarz (Eds.): *The Blackwell Handbook of Social Psychology* (pp. 159-614). Malden, MA: Backwell.
- Banks, S.M. y Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression and pain: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi, 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID 13688369.
- Bennett, R. (2004). Fibromyalgia: present to future. *Current Pain and Headache Reports*, 8, 379-384.
- Bennett, R.M., Burckhardt, C.S., Clark, S.R., O'Reilly, C.A., Wiens, A.N. y Campbell, S.M. (1996). Group treatment of fibromyalgia: A 6-month outpatient program. *Journal of Rheumatology*, 23, 521-528.
- Bryant, F., Cvengros, J. (2004). Distinguishing hope and optimism, Two sides of a coin, or two separate coins? *Journal of Social Clinical Psychology*, 23(2), 273-302.
- Burckhardt, C.S., Gunilla, M. y Henriksson, C.M. (2005). The impact of fibromyalgia on employment status of newly-diagnosed young woman: a pilot study. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 13, 31-41.
- Caballo, V. (2000). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266.
- Clawn, D.J. (2001). Fibromyalgia. En S. Ruddy, E. Harris y C.B. Dledge (Eds.): *Kelleys Textbook of Rheumatology* (65th ed.) (pp. 418-427). Philadelphia, PA: WB Saunders Company.
- Collado, A., Alijotas J., B., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I., et al. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica*, 118, 745-749.
- Collado, A., Torresi, X., Arias, A., Cerda, D., Vilarrasa, R., Valdés, M., et al. (2001). Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica*, 117, 401-405.
- Consensus Document on Fibromyalgia (1993). The Copenhagen Declaration. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 1(3-4). Recuperado de http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J094v01n03_33.
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, M., Araya, P., Livacic, P. y Vera, P. (2006). Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 45-48.

- Coon, D. y Thompson, L. (2003). The relationship between homework compliance and treatment outcomes among older adult outpatients with mild-to-moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 53-111.
- Csikszentmihalyi, M. y Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185-199.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo, hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(1), 83-96.
- Cuadra P., A., Veloso B., C., Moya, R., Reyes A., L. y Vilca S., J. (2010a). Efecto de un programa de psicología positiva e inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral y vital. *Salud y Sociedad*, 1(2). Recuperado de www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/17/37 (Consultado en mayo de 2013).
- Cuadra P., A., Veloso B., C., Moya, R., Reyes A., L. y Vilca S., J. (2010b). Resultados de la psicoterapia positiva. *Terapia Psicológica*, 1, 127-134.
- Cuadra P., A., Veloso B., C., Moya, R., Reyes A., L. y Vilca S., J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 25, 4.
- Dailey, P.A., Bishop, G.D. y Russell, I. (1990). Psychology stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17(10), 1380-1385.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Danner, D., Snowdon, D. y Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being, Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E. y Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Enright, R. y Fitzgibbons, R. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fitzcharles, M.A. y Esdaile, J.M. (1992). Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatology*, 35(6), 678-681.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology. *American Psychologist*, 53(3), 218-226.
- Gelman, S., Lerab, S., Caballero, F. y López, J. (2005). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Revista Española de Reumatología*, 32(3), 99-105.
- Gilham, J. y Seligman, M. (1999). Footsteps on the road to a Positive Psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Goldenberg, D.L. (1999). Fibromyalgiasyndrome a decade later, what have we learned? *Archives of Internal Medicine*, 159, 777-785.
- Gordon, D.A. (2003). Fibromyalgia –Real or Imagined? *Journal of Rheumatology*, 30, 1665.
- Grau, J., Hernández, E. y Vera, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández y J. Grau (Eds.): *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-178). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista Interamericana de Psicología*, 27(1), 37-58.
- León, S. y Arias, J. (2012). Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 25, 174-182.
- Linley, P., Joseph, S., Harrington, S. y Wood, A. (2006). Positive Psychology: Past, present, and (possible) future. *Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Lyubomirsky, K. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Mañez, F., Martínez, A. y Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 491-500.
- Martínez, M. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-248.
- Martínez, R., Cabañero, M., Reig A., et al. (2004). Localización fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Muñoz, M., Vinsonneau, G., Neto, F., Girard, M. y Mullet, E. (2003). Forgivingness and satisfaction with life. *Journal of Happiness Studies*, 4, 323-335.
- Nielson, R. y Jensen, P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 109, 233-241.
- Novara, J., Sotillo, C. y Warthon, D. (1985). *Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para la depresión en Lima Metropolitana*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental.

- Okifuji, A. y Turk, D.C. (2002). Stress and psycho-physiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Applied Psychophysical Biofeedback*, 27, 129-141.
- Pades, A. (2003). *Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención* (Disertación doctoral inédita). Palma de Mallorca (España): Universitat de Les Illes Balears. Recuperado de <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9444/tapj1de1.pdf?sequence=1> (Consultado en junio de 2013).
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 3, 493-510.
- Puskar, K., Sereika, S., Lamb, J., Tusaire-Mumford, K. y McGuinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 115-130.
- Rodríguez, M. y Vega, M. (1998). *Secuelas neuroendocrinas e inmunológicas producidas por la ansiedad y el estrés*. Recuperado de www.uam.es/centros/psicologia/pag. (Consultado en mayo de 2013).
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2002). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M., Rashid, T. y Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Shields, B.J., Palermo, T.M., Powers, J.D., Grewe, S.D. y Smith, G.A. (2003). Predictors of a child's ability to use a visual analogue scale. *Child, Care, Health & Development*, 29(4), 281-290.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J.F. y De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista de la Sociedad de Reumatología*, 11, 353-359.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologist Press.
- Stephoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S. y Liffé, C. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology*, 11, 71-84.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva, una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 1, 3-8.
- Vidal, L., Hernández, H. y Cabello, L. (1999). Síndrome de fibromialgia y reumatismo psicogénico. En L. Vidal (Ed.): *Bases y principios en reumatología* (2ª ed.) (pp. 421-444). Lima: Boehringer Ingelheim.
- Vidal, L. y Reyes, G. (2006). Fibromialgia: una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Revista Cubana de Reumatología*, 7, 9-10.
- Watkins, P., Woodward, K., Stone, T. y Kolts, R. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior & Personality*, 31(5), 431-451.
- White, K., Nielson, W., Harth, M., Ostbye, T. y Speechley, M. (2002). Does the label "fibromyalgia" alter health status, function and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis & Rheumatism*, 47, 260-265.
- Winfield, J.B. (2000). Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. *Current Review of Pain*, 4, 276-286.
- Wolfe, F. (1986). The clinical syndrome of fibrositis. *American Journal of Medicine*, 81(3A), 7.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R., Caro, X., Goldenberg, D., et al. (1997). A prospective longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 40, 1560-1570.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.J. y Hebert, L. (1995). Prevalence in characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38(1), 19-28.
- Wong, W. y Fielding, R. (2007). Quality of life and pain in Chinese lung cancer patients: Is optimism a moderator or mediator? *Quality of Life Research*, 16, 53-63.
- Worrel, L.M., Krahn, L.E., Sletten, C.D. y Pond, G.R. (2001). Treating fibromyalgia with a brief interdisciplinary program, initial outcomes and predictors of response. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(4), 384-390.

ANEXO

ESTRUCTURA DEL TALLER GRUPAL DE PSICOTERAPIA POSITIVA PARA PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Sesión 1: “Hacia una nueva visión de mi dolor”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de reconocer una nueva visión de la fibromialgia y su papel en su vida cotidiana.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: dinámica “El globo reventón”.
3. Desarrollo del área, con información acerca de la fibromialgia y lluvia de ideas.
4. Cierre de la sesión con ejercicio de imaginación.

Sesión 2: “Conociendo mis emociones”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de aprender a conocer sus emociones.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Escribir con el cuerpo”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicios “Test de rostros”.
 - 3.3. Información acerca de cómo influyen las emociones en nuestro cuerpo.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con ejercicio de imaginación.

Sesión 3: “Identifico mis fortalezas”.

Objetivo: Que la paciente sepa identificar sus fortalezas personales.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis fortalezas y virtudes”.
 - 3.3. Tema alusivo: las fortalezas.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 4: “Cultivo mis fortalezas”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de desarrollar sus fortalezas personales.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis fortalezas y virtudes”.
 - 3.3. Tema alusivo: las fortalezas y sus características.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 5: “Educatando mis emociones- 1 (miedo)”.

Objetivo: Que la paciente aprenda estrategias para mejor afrontamientos al miedo.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 6: “Educatando mis emociones 2 (cólera)”.

Objetivo: Que la paciente aprenda estrategias para mejor afrontamiento de la cólera.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “El regalo de la alegría”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “El costal”.

Sesión 7: “Rebatiendo mis pensamientos negativos”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de identificar y rebatir sus pensamientos negativos.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “La lista de compras”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión: ejercicio de relajación con visualización.

Sesión 8: “Mejorando las relaciones interpersonales”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de aprender estrategias para mejor comunicación con su entorno.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “El líder”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Comunicación en las relaciones interpersonales”.
 - 3.3. Tema alusivo la influencia de las emociones en las relaciones interpersonales”.
 - 3.4. Ejercicio vivencial: relajación con imaginaria.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 9: “Cómo expresar mi afecto y hacer cumplidos”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de expresar amor, agrado y afecto.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “camino a la playa”.

Sesión10: “La gratitud y satisfacción con la vida”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de enfocarse en los momentos agradables que le dieron satisfacción en el pasado.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión: visualización “Camino a la playa”.

Sesión 11: “El perdón”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de convertir sentimientos negativos en sentimientos neutros o positivos.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias”.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 12: “Cómo expresar mi afecto y hacer cumplidos”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de expresar amor, agrado o afecto.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Cómo describo mis emociones”.
 - 3.3. Tema alusivo a las emociones primarias.
 - 3.4. Ejercicio vivencial.
4. Cierre de la sesión con visualización “Camino a la playa”.

Sesión 13: “Optimismo y esperanza”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de aumentar la resistencia ante la depresión para mejorar sus niveles de rendimiento y satisfacción en el trabajo.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “Venta de cosas absurdas”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “Qué es para mí el optimismo”.
 - 3.3. Tema alusivo al optimismo y esperanza.
 - 3.4. Ejercicio vivencial: técnicas para practicar el optimismo.
4. Cierre de la sesión con “Visualización de recuerdos”.

Sesión 14: “Se puede ser más feliz”.

Objetivo: Que la paciente sea capaz de expresar amor, agrado y afecto.

Actividades:

1. Entrada.
2. Integración: Dinámica “¿Qué tipo de animal es?”.
3. Desarrollo del área.
 - 3.1. Aplicación de la técnica aprendida en la sesión anterior.
 - 3.2. Lluvia de ideas y ejercicio “¿Qué es la felicidad?”.
 - 3.3. Tema alusivo a la felicidad.
 - 3.4. Ejercicio vivencial guía para llegar a la felicidad.
4. Cierre de la sesión: entrenar a los participantes en diferentes técnicas de relajación asociadas a visualización con el fin de que puedan aplicarlas en diferentes situaciones de su vida.

Consideraciones psicológicas sobre el abordaje de la distonía focal en músicos

Psychological considerations on approaches to focal dystonia in musicians

Karla María Reynoso-Vargas y Yander Amín Rodríguez-Simental¹

RESUMEN

En este texto se exponen tres consideraciones de abordaje clínico y metodológico en la distonía focal en músicos. La primera es observar los rasgos instrumentales y expresivos como factor que predispone a la patología; la segunda es considerar algunos aspectos socioculturales típicos del ámbito musical, tal como la competitividad, y la tercera es considerar los procesos psicoemocionales (ansiedad, duelo y adaptación) como detonadores al preparar un concierto.

Palabras clave: Distonía focal; Músicos; Psicología.

ABSTRACT

The present paper describes three clinical and methodological considerations about focal dystonia in musicians. The first one consists of observing instrumental and expressive traits as a predisposing factor to this pathology. The second involves considering typical sociocultural aspects of musical environment, such as competitiveness. The third one considers psycho-emotional processes (anxiety, grief, and adaptation) as triggers, when they occur together during the preparation of an important concert.

Key words: Focal dystonia; Musicians; Psychology.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones músculo-esqueléticas originadas por la práctica musical son frecuentes. Se estima que hasta 95% de los músicos de alto rendimiento desarrollará al menos una de tales alteraciones en algún momento de su carrera (Ackermann, Kenny, Fortune y Fortune, 2011). Algunas de estas afecciones son suficientemente importantes como para que afecten la ejecución musical y se agudicen a tal grado que puedan requerir la suspensión de la práctica.

Este ensayo se centra en la distonía focal, una patología considerada grave por los músicos pues frecuentemente termina con su carrera (Zosso y Schoeb, 2010). El objetivo de este trabajo es exponer algunas consideraciones psicológicas sobre ciertos aspectos que se dan por sentados al abordar este trastorno.

La distonía focal se define como un desorden de tareas específicas que se caracteriza por la descoordinación o pérdida del control motor voluntario al realizar movimientos en actividades como tocar un instrumento, que en la mayoría de los casos ocurre sin dolor, aunque ocasionalmente puede haber tensiones

¹ Escuela Superior de Música de la Universidad Juárez del Estado de Durango, Av. Nelly Campobello s/n, frente a la Secretaría de Recursos Naturales y Medio Ambiente, 34070 Durango, Dgo., México, tel. (618)130-11-21, correos electrónicos: kreynoso@ujed.mx y karmareynoso@gmail.com. Artículo recibido el 3 de octubre y aceptado el 11 de diciembre de 2017.

Citación: Reynoso-Vargas, K.M. y Rodríguez-Simental, Y.A. (2018). Consideraciones psicológicas sobre el abordaje de la distonía focal en músicos. *Psicología y Salud*, 28(2), 223-227.

musculares ocasionadas por la compensación de los movimientos distónicos. Esta patología afecta aproximadamente a uno de cada cien concertistas (Ioannou y Altenmüller, 2014).

Se ha argumentado que la distonía focal y otras lesiones por sobreuso de las extremidades superiores –sobre todo los de tipo muscular–, son patologías con una base similar que evolucionan de forma distinta (Rosset-Llobet, 2015; Rosset-Llobet, Fábregas, Rosinés, Narbehaus y Montero, 2005).

La etiología de la distonía focal no ha sido comprendida por completo, aunque la evidencia sostiene que es multifactorial (Altenmüller y Jabusch, 2010; Altenmüller y Müller, 2013; Rosset-Llobet et al., 2005; Zosso y Schoeb, 2010). Su entendimiento debe considerar algunos aspectos psicológicos y técnicos musicales (Altenmüller y Müller, 2013), psicosociales (Altenmüller y Jabusch, 2010) y contextuales (Zosso y Schoeb, 2010).

Altenmüller y Jabusch (2010) han expuesto un modelo bastante aceptado en la literatura internacional que supone que la herencia genética y el género masculino son factores que predisponen al desarrollo de la distonía. El modelo indica que existen detonadores intrínsecos, tales como desórdenes físicos, lesiones por trauma y sobreuso, degradación de los circuitos sensoriomotores; así como detonadores extrínsecos, como las constricciones sensoriomotoras espacio-temporales y las restricciones sociales típicas de la situación del desempeño de la música clásica.

Consideraciones psicológicas

A continuación se exponen tres consideraciones psicológicas sobre ciertos aspectos que se dan por sentados en el abordaje de la distonía focal. La primera es que, según Rosset-Llobet et al. (2005), si bien el sexo masculino es el más afectado en una proporción de siete hombres por cada mujer, hasta ahora solo se ha explicado parcialmente la razón de tal diferencia. Altenmüller y Jabusch (2010) indican que el determinante en cuestión podría ser mas bien el género, es decir, la “fabricación cultural e histórica de lo que significa ser hombre o mujer” (Piñones, 2005). Dentro del género construido socialmente podría discurrirse sobre la interiorización de rasgos instrumentales, tales como el ser decidido, sistemático, responsable, diligen-

te, cumplido, dedicado al trabajo y demás; así como rasgos expresivos, como ser comprensivo, afectuoso, generoso, conciliador, cooperador, dedicado a los demás y otros rasgos (Díaz-Loving, Rivera y Sánchez-Aragón, 2001), los cuales se asocian a los roles de género. Esta consideración deja de lado la idea de que dichas características sean exclusivas de únicamente uno de los sexos (Rocha y Ramírez, 2011) y permite explicar con más lógica la variación en la incidencia de la distonía.

Autores como Smiler y Kubotera (2010) han señalado que en el contexto laboral los hombres desarrollan más sus rasgos instrumentales y escasamente los expresivos. Tal tendencia puede vincularse a la discrepancia que hay entre el número de hombres y mujeres que sufren distonía. Los mismos Altenmüller y Jabusch (2010) encontraron indicios sobre cómo algunas cuestiones psicológicas se asocian con la distinta evolución en las patologías. En uno de sus estudios hallaron que, si bien había cierto traslape en las condiciones psicológicas, los distónicos manifestaban tendencias sumamente perfeccionistas y con tendencia a la fobia social; a diferencia de los músicos que desarrollaban dolor crónico, quienes resultaron ser más sensibles o emocionales que el grupo control, lo que coincide con la descripción de rasgos expresivos e instrumentales.

Una segunda consideración se refiere a que las aproximaciones a la distonía focal abordan superficialmente los aspectos socioculturales. Hay que discurrir que la enfermedad es un hecho sociológico, y que “cualquier acción de prevención, tratamiento o planeamiento de salud debería tomar en cuenta valores, actitudes y creencias de la población a la que está destinada” (Carbonell, 2006). Por lo tanto, habría que considerar los aspectos prevalentes en la comunidad de músicos, como la competitividad. En efecto, el campo musical es altamente competitivo desde la admisión a los programas superiores, hasta la selección de un limitado número de puestos laborales (Wristen, 2013). En este medio hay un marco subyacente de castigo y recompensa (Altenmüller y Jabusch, 2010) y una elevada tasa de perfeccionismo (Wristen, 2013). Aunque se ha sugerido que el perfeccionismo tiene un papel adaptativo (Rice, Leever, Christopher y Porter, 2006), también incide en el estrés que se deriva de los compañeros (Hunt y Eisenberg,

2010). La actividad y el medio musical demandan un alto grado de competitividad, perfección, disciplina y exposición a la crítica de parte de quienes esperan tener éxito, y esas variables pueden ser mentalmente disruptivas (Powers, 2013; Wristen, 2013). Es posible que la competencia en el medio se asocie con el sobreuso y la ansiedad (Savino et al., 2013), factores que ya se han relacionado con el desarrollo de la distonía focal.

La tercera consideración está relacionada con la importancia de las emociones. Ya Altenmüller y Jabusch (2010) señalaron que la ansiedad es un factor detonante, pero la vincularon estrechamente con el perfeccionismo y las fobias, obviando la interacción con otros tipos de ansiedad, como la escénica (Ackermann et al., 2011; Powers, 2013), la relacionada con la depresión (Barbar, de Souza y de Lima, 2014; Hilderbrand, Nübling y Candia, 2012; Powers, 2013), con los intensos ritmos de trabajo musical (Savino et al., 2013) y la vinculada con otras áreas de la vida, a la ineficacia o inexistencia de estrategias adecuadas de afrontamiento (Hilderbrand et al., 2012) y a la competitividad del medio (Powers, 2013; Savino et al., 2013; Wristen, 2013); dejaron asimismo de lado el efecto de la depresión, ya asociada previamente al desarrollo de lesiones (Powers, 2013; Wristen, 2013).

Debe recordarse que la cascada de catecolaminas y glucocorticoides provoca una desregulación del axis hipotálamo-pituitaria-adrenal. Los efectos excitatorios son reversibles cuando se trata de estrés aislado o poco intenso; pero si es repetido puede causar una atrofia en las dendritas de las neuronas del hipocampo (región CA3). De igual manera, el efecto del estrés crónico (mantenido durante meses o años) puede matar las neuronas. El hipocampo participa en la memoria verbal, la de contexto y la capacidad de evocación, y entrena los procesos de adquisición del aprendizaje y la memoria espacial.

El procesamiento de las emociones puede ser una pieza clave para comprender la etiología de la distonía del músico, sobre todo porque las estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento de las emociones sobreponen el de la música a través del núcleo accumbens, amígdala, giro parahipocampal, córtex órbita-frontal, córtex temporal superior, córtex cingulado anterior, parte ventral del córtex premotor y regiones posteriores del giro inferoposterior, regiones que generalmente

difieren en tamaño o en función en hombres y mujeres (Weisenbach et al., 2014).

Se sugiere especialmente tomar en cuenta los procesos psicoemocionales de duelo y adaptación que ocurren en conjunto antes de una presentación musical importante (recital o competencia), después de un periodo de tiempo en el que la persona se ha sentido estresada.

En el contexto clínico, los músicos relatan que antes de la aparición de la distonía focal preparaban un concierto que consideraban trascendental, a la par que sufrían una fuerte sensación de pérdida, que puede entenderse como estrés emocional derivado de la pérdida potencial o real de una relación significativa, que de alguna manera fue vinculada con la actividad musical.

Hay diversos ejemplos de lo anterior: un estudiante con síntomas de musicorexia que cortó el lazo de noviazgo en el periodo en que preparaba un recital relevante; un músico concertista reconocido internacionalmente, acostumbrado a viajar constantemente por la presentación de conciertos, que no pudo estar en el funeral de su hermano porque estaba de gira, o la enfermedad letal de una mascota muy querida durante la preparación de una audición escolar.

Otras formas de tal sensación de pérdida reportadas por los informantes fueron la pérdida de un cierto estilo de vida, el cambio de rutinas y del nivel de responsabilidad, y la pérdida de control sobre el ambiente, todos ellos con implicaciones en los procesos de adaptación psicológica y física.

La importancia de estos cambios adaptativos ha sido apuntada por otros referentes clínicos, tales como el Institut de l'Art Medicina y Fisiologia (2016), que ha indicado que "en casi todos los casos, entre las causas (de la distonía focal), se encuentra un cambio de rutina de trabajo en el contexto de un estrés psíquico más o menos importante (aumento de la intensidad, cambio de repertorio, preparación de conciertos, examen de oposición, etc.)".

Los aspectos antes mencionados se ilustran en el siguiente relato, citado en extenso, de un músico diagnosticado con distonía focal y rehabilitado después:

La distonía focal que padecí fue multifactorial. Estuve sometido a un ritmo de estudio intenso a lo largo de doce años continuos sin dejar de tocar [mi instrumento]. Comencé [a estudiar] a los 7

años de edad y durante mucho tiempo fue un pasatiempo para mí. [A] los 16 decidí profesionalizar mi actividad y desde entonces tuve un ritmo lleno de estudio, conciertos, concursos, sin descanso alguno, incluidos los fines de semana. Al término de la licenciatura, decidí hacer una maestría en el extranjero en el mismo instrumento. Por cuestiones económicas, me vi forzado a terminar[la] en no más de dos años; esto me condujo a tener una rutina de estudio bastante exigente, sin descanso, y sesiones de recitales-exámenes rodeadas de mucha exigencia del medio, autoexigencia y estrés.

Dentro de los factores del desencadenamiento de la distonía estuvieron los cambios. En mi caso, cambié de instrumento. Pasé por un periodo de desadaptación a mi regreso a mi país de origen. Me encontré con el estrés y la depresión de no encontrar trabajo de inmediato. Cuando lo obtuve, el cambio en el ritmo de estudio al ritmo de trabajo fue drástico. Tuve varios conciertos importantes, entre ellos el de mi titulación de maestría frente a un jurado de nueve músicos de alto nivel y un público [constituido] principalmente por músicos; otro en mi ciudad natal, donde sentí un gran compromiso de no defraudar a familiares y amigos, e incluso a dependencias y autoridades que me habían apoyado para mis estudios. Todas estas circunstancias fueron en conjunto los factores que me predispusieron a padecer la enfermedad.

Tuve la suerte de estar enterado de qué era la distonía focal, lo que me permitió llegar a un diagnóstico a la brevedad y buscar solución [...]. Después de un largo proceso de rehabilitación neurológica, psicológica y psiquiátrica, pude llevar a un buen final mi enfermedad [...]. Me siento totalmente recuperado, y sin embargo padezco la pérdida de un ritmo de estudio intenso por el largo tratamiento de la rehabilitación. Actualmente me encuentro trabajando [para] recuperar la condición de antes.

El proceso de padecer distonía focal en mi mano derecha fue difícil; sin embargo, también me considero afortunado de haberla padecido, pues el aprendizaje a lo largo de la rehabilitación me hace sentir fortalecido y sobre todo vivo, lo que me permite disfrutar mi actividad cada se-

gundo sin tanta presión, autoexigencia, perfección, estrés, etcétera.

Durante el proceso de recuperación tuve un aprendizaje muy importante en cuanto a la ansiedad escénica del músico que me ha permitido aplicarlo con mis alumnos y ayudarlos a mejorar. También he aplicado una variedad de ejercicios técnicos y de repertorio para evitar movimientos repetitivos. Los he hecho más conscientes de su cuerpo, postura y relajación, lo que les permitirá [evitar] caer en alguna posible lesión. Aun así, creo que el principal mensaje que les proporciono es el de que, a pesar de la adversidad, la tenacidad, la fuerza de voluntad y la constancia pueden vencer una enfermedad como la distonía focal. Nadie está exento de padecer alguna lesión. Mi labor ha sido tratar de entender que, por citar un ejemplo, al igual que un futbolista puede lesionarse en algún juego, no sale con miedo a la cancha; se enfrenta sabiendo que existe la posibilidad de lesionarse; sin embargo, es consciente y entrena, [se] prepara adecuadamente, y si eso llegase a suceder, lo tomaría como algo que es más común de lo que creemos, lo enfrenta, lo supera y vuelve a la cancha.

Como profesor, inicialmente fue difícil debido a que no podía tocar en clase y de alguna manera ejemplificar lo expuesto en esta. Sin embargo, eso [me] permitió el desarrollo de otras habilidades que, en general, todo músico debería realizar con o sin distonía: digitar visualmente, escuchar o ver y determinar cómo se puede mejorar un cierto gesto, la digitación, la dirección musical... Me permitió [también] aprender a ver las necesidades reales del alumno a partir de sus propias capacidades y no a partir de [las mías]. Invito a las personas que la padecen o la padecerán a tomarlo con mucha calma y verlo como una pausa en su carrera que les permitirá regresar con mucha más fuerza física y mental.

Se espera que las consideraciones presentadas antes contribuyan al abordaje clínico de la distonía focal, así como a planteamientos metodológicos para futuros estudios que discurren los factores psicológicos y socioculturales que pueden conducir a caracterizar el entramado causal de la distonía focal en los músicos. La prevención de dicha

condición es importante no solo en términos de salud física, sino también porque las largas interrupciones en la ejecución a causa del tratamiento, generalmente, causan complicaciones psicológi-

cas, el retroceso del nivel técnico musical y diversas limitaciones laborales y sociales de quien lo padece (McCready y Reid, 2007).

REFERENCIAS

- Ackermann, B.J., Kenny, D.T., Fortune, K. y Fortune, J. (2011). Incidence of injury and attitudes to injury management in skilled flute players. *Work*, 40, 255-259. doi: 10.3233/WOR-2011-1227.
- Altenmüller, E. y Jabusch, H.C. (2010). Focal hand dystonia in musicians: phenomenology, etiology, and psychological trigger factors. *Journal of Hand Therapy*, 22, 144-155.
- Altenmüller, E. y Müller, D. (2013). A model of task-specific focal dystonia. *Neural Networks*, 48, 25-35.
- Barbar, A.M., de Souza Crippa, J.A. y de Lima O., F. (2014). Performance anxiety in Brazilian musicians: Prevalence and association with psychopathology indicators. *Journal of Affective Disorders*, 381-6, 152-154. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.041
- Carbonell, B. (2006). Cultura y diversidad en salud (inuits, kariñas, mapuches, saharuies). Bariloche (Argentina): Universidad Fasta-S.C.
- Díaz-Loving, R., Rivera A., S. y Sánchez-Aragón, R. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(2), 133-139.
- Hilderbrand, H. Nübling, M. y Candia, V. (2012). Increment of fatigue, depression, and stage fright during the first year of high-level education in music students. *Medical Problems of Performing Artists*, 27, 43-48.
- Hunt, J.H. y Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46, 3-10.
- Institut de l'Art Medicina y Fisiologia (2016). *Distonía focal del músico*. Recuperado de <http://www.institutart.com>, (27 de enero de 2016).
- Ioannou, C.I. y Altenmüller, E. (2009). Psychological characteristics in musician's dystonia: A new diagnostic classification. *Neuropsychologia*, 61, 80-88.
- McCready, S. y Reid, D. (2007). The experience of occupational disruption among student musicians. *Medical Problems of Performing Artists*, 22(4), 140.
- Piñones, P. (2005). La categoría de género como dispositivo analítico en la educación. *Memoria del primer Foro Nacional "Género en Docencia, Investigación y Formación de docentes"* (p. 27). México: INMUJERES-PNUD.
- Powers, K. (2013). Young musicians face depression with silence. *Teaching Music*, 21(1), 24.
- Rice, K.G., Leever, B.A., Christopher, J. y Porter, J.D. (2006). Perfectionism, stress, and social (dis)connection: A short-term study of hopelessness, depression, and academic adjustment among honors students. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 524-534.
- Rocha S., T.E., y Ramírez G., R.M. (2011). Identidades de género bajo una perspectiva multifactorial: Elementos que delimitan la percepción de autoeficacia en hombres y mujeres. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 454-472.
- Rosset-Llobet, J. (2015). *El dolor en los músicos*. Barcelona: Institut de l'Art Medicina y Fisiologia. Recuperado de <http://www.institutart.com/index.php/es/divulgacio/item/dolor>.
- Rosset-Llobet, J., Fábregas, S., Rosinés, D., Narbehaus, B. y Montero, J. (2005). Análisis clínico de la distonía focal en los músicos. Revisión de 86 casos. *Neurología*, 20(3), 108-115.
- Savino, E., Iannelli, S., Forcella, L., Narciso, L., Faraso, G., Bonifaci, G. y Sannolo, N. (2013). Musculoskeletal disorders and occupational stress of violinists. *Journal Of Biological Regulators And Homeostatic Agents*, 27(3), 853-859.
- Smiler, A.P. y Kubotera, N. (2010). Instrumental or expressive? *Men & Masculinities*, 12(5), 565-574.
- Weisenbach, S.L., Rapport, L.J., Briceno, E.M., Haase, B.D., Vederman, A.C., Bieliauskas, L.A. y Langenecker, S.A. (2014). Reduced emotion processing efficiency in healthy males relative to females. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, 9(3), 316-325.
- Wristen, B.G. (2013). Depression and anxiety in university music students. *Applications of Research in Music Education*, 31(2), 20-27.
- Zosso, A. y Schoeb, V. (2012). Musicians' social representations of health and illness: A qualitative case study about focal dystonia. *Work*, 41, 53-59.

Conceptualización de atributos de género en jóvenes universitarios del norte de México

Conceptualization of gender attributes in university students from northern Mexico

Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez, Sandra Elvia Ibáñez Domínguez y Rosario Román Pérez¹

RESUMEN

El objetivo del estudio fue explorar la conceptualización semántica que estudiantes universitarios del norte de México tienen sobre las palabras *hombre-mujer* y *femenino-masculino*. Se analizó la información de 1,514 estudiantes seleccionados al azar de una universidad pública. La técnica utilizada fue la asociación de palabras, que permitió documentar las asignaciones culturales a través de la organización conceptual. Los resultados muestran que ambos sexos relacionan estas palabras con atributos asignados tradicionalmente a cada sexo. Tal persistencia indica la necesidad de cuestionar y teorizar sobre esas ideas estereotipadas en una población educada y aparentemente más permeada por los cambios sociales sobre la igualdad y la equidad de género.

Palabras clave: Género; Hombre; Mujer; Masculino; Femenino; Concepto.

ABSTRACT

The present study explored the semantic conceptualization of university students in northern Mexico over the words man-woman and female-male. The main technique involved word association. This procedure allowed for data collection and documenting cultural assignments through conceptual organization. The results show that both sexes relate these words with traditional attributes usually assigned to each sex. Such homogeneous persistence seems to indicate the need to question and theorize about these traditional ideas in an educated population, supposedly permeated by recent social changes on gender equality and equity.

Key words: Gender; Man; Woman; Male; Female; Concept.

INTRODUCCIÓN

Las personas aprenden a comportarse como hombres y mujeres en función de representaciones culturales de género que permean el carácter de las relaciones que se mantienen en diferentes escenarios sociales, tales como la familia, la escuela y los pares, entre otros. Así, el género establece los referentes culturales que cada sexo reconoce y asume. Tales representaciones son internalizadas por los sujetos que forman parte de la sociedad, estructurando y configurando con ello formas de ser, actuar y pensar de unos y otras sobre la realidad, de tal manera que se van marcando y reconociendo ciertos estereotipos del “deber ser” de cada sexo (Lamas, 2002; Scott, 2003).

¹ Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., Carretera a La Victoria km. 0.6, 83304 Hermosillo, Sonora, México, direcciones electrónicas: abril@ciad.mx, mjucubillas@ciad.mx, dominguez@ciad.mx y rroman@ciad.mx. Artículo recibido el 23 de octubre y aceptado el 13 de diciembre de 2017.

Citación: Valdez, E.A., Cubillas R., M.J., Ibáñez D., S.E. y Román P., R. (2018). Conceptualización de atributos de género en jóvenes universitarios del norte de México. *Psicología y Salud*, 28(2), 229-238.

La familia es la principal transmisora de las actitudes, valores, comportamientos y prácticas que conforman la identidad humana social y cultural de las personas y la que establece la regla de cómo comportarse, roles que se asumen en función de las relaciones consanguíneas, a partir de las expectativas y exigencias atribuibles al género, mismas que determinan y afectan el perfil y la identidad de cada integrante del grupo. La institución familiar es un ámbito de interacción y convivencia en el que se gestan relaciones asimétricas entre sus integrantes (hombres o mujeres, adultos o jóvenes) (Lamas, 2002).

Es, pues, en el proceso de socialización en el seno familiar cuando se establecen las expectativas de lo que los hombres y las mujeres deben ser como sujetos masculinos y femeninos, y desempeñar por consiguiente los roles de género asignados. Así, el varón debe de proveer, ser racional, carecer de emotividad, seguro, viril, dominante, activo y tener otras características estereotipadas, como la independencia o el egoísmo, entre otras. A la mujer se le enseña a ser femenina, responsable de la felicidad de la pareja, de los hijos y de la familia; del manejo de las emociones, de la expresión de modales que demuestran fragilidad y delicadeza y otros muchos atributos que suponen dependencia, inseguridad, sentimentalismo, expresividad afectiva y emocional, ternura, sumisión, pasividad y debilidad (Lara, 1993; Maldonado y Segovia, 2010; Ortiz, 2004).

Tales concepciones sobre el “deber ser” de hombres y mujeres constituyen los estereotipos de género, y existe la presión social para que, independientemente del nivel educativo de las personas, satisfagan las expectativas sociales y familiares que los adscriben a espacios y actividades separadas.

La conceptualización de los términos *hombre* y *mujer*, *femenino* y *masculino* están colmados de estereotipos y dobles códigos. Según Díaz-Guerrero (1989), el significado connotativo de un concepto está compuesto por elementos afectivos y conocimientos que expresan la cultura y las ideas del universo que cada individuo tiene, así como por elementos compartidos por el grupo al que pertenece. Por lo tanto, es preciso reconocer la importancia del estudio y la comprensión de la terminología mencionada en el contexto cultural,

pues la cosmovisión de un grupo constituye una forma particular de ver el mundo.

En Latinoamérica estudios realizados con jóvenes sugieren que tanto hombres como mujeres conceptualizan el deber ser de cada sexo con estereotipos reforzados socialmente y que los llevan a exhibir conductas y actitudes sobreentendidas y esperadas para ambos sexos (Petra, Talayero, Fouilloux y Díaz, 2000; Varela, 2012).

La sociedad mexicana, y particularmente la sonorensis, se caracteriza por ser conservadora y orientada a mantener las tradiciones.

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017) señalan que 58% de hombres y mujeres están casados y viven en familias nucleares (que ascienden a 70%), formadas por el padre, la madre y los hijos, siendo el primero el principal sustento del hogar en 73% de estos. Núñez (2013) observó en tres cohortes de hombres sonorenses algunos cambios en la conceptualización del género, la sexualidad y la reproducción, aunque persisten y coexisten con ellas algunos comportamientos tradicionales referidos a situaciones cotidianas tales como la crianza de los hijos, las tareas domésticas o las decisiones sobre la anticoncepción. Igualmente, Rocha y Díaz-Loving (2005) señalan que en la cultura mexicana el varón está ligado al prototipo del rol instrumental, que se manifiesta en las actividades productivas caracterizadas por la autonomía, la orientación al logro, la fuerza, el éxito y el rol de proveedor, en tanto que a la mujer se le vincula con actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, el hogar y la pareja.

Los roles y estereotipos asignados a cada sexo que determinan lo femenino y lo masculino están muy delimitados y arraigados en la mayoría de la gente. Sin embargo, hoy día los jóvenes tienen acceso a más información, e incluso participan en programas con perspectiva de género que se implementan en las instituciones de educación superior (IES). Por ejemplo, desde el periodo 2010-2013 se puso en práctica la política pública de “transversalizar” la visión de género en las instituciones públicas, incluyendo las IES, a fin de promover la incorporación de la perspectiva de género en las políticas, planes, programas y proyectos de las universidades. Por lo mismo, se señala que las IES deben contar con un pro-

grama para difundir y fomentar entre el personal académico, el administrativo y el estudiantado una cultura apegada a la igualdad, la equidad y la diversidad, para así permear la rigidez de las estructuras académicas de esas instituciones. Se espera con ello promover una educación orientada hacia la igualdad, generando en los jóvenes nuevas formas de asumir el ser hombre y ser mujer, expresadas de algún modo a través de las conceptualizaciones que los definen.

Partiendo de lo anterior, el objetivo de este trabajo fue analizar la conceptualización semántica que estudiantes universitarios hacen de los términos *hombre-mujer* y *femenino-masculino*, a fin de explorar sus asignaciones culturales a través de la organización conceptual de los participantes en torno a estas cuatro palabras. Mediante la técnica de redes semánticas naturales (Reyes, 1993; Valdez, 2002) se analizaron dichos conceptos para explorar y ofrecer una explicación de la representación y la organización del conocimiento que los participantes tenían en la memoria. La información contenida en la misma se representa semánticamente con redes de conceptos en las que las palabras y los sucesos forman relaciones que, en conjunto, producen el significado. Tal análisis hace posible generar un sistema de información sobre ideas, actitudes y creencias, entre otras variables, de una población particular. Las redes semánticas posibilitan no solamente describir el conocimiento de los sujetos, sino que ponen en evidencia su cosmovisión ante un evento (estímulo) (Figuroa, González y Solís, 1981; Reyes, 1993; Valdez, 2002.)

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con jóvenes estudiantes de una universidad pública ubicada en la ciudad de Hermosillo, en el estado de Sonora, en la frontera norte de México. La IES contaba al momento del estudio con una población inscrita de 21,316 alumnos, de los cuales 10,684 eran hombres y 10,632 mujeres. Los participantes se seleccionaron a través de un muestreo estratificado (Cochran, 1990), con un nivel de confianza de 95% y un margen de error

de 0.05. La muestra se conformó con 1,514 estudiantes distribuidos en las 32 licenciaturas que ofrece la universidad. La proporción de hombres y mujeres fue similar, con una ligera representación mayor de las mujeres: De los participantes, 51.9% (786) fueron mujeres y 48.1% (728) varones. La media de edad en ambos sexos fue de 20 años, con un rango de 17 a 29. La mayoría estuvo constituida por solteros (94.8% hombres y 92.6% mujeres), y más mujeres que hombres (6.8 y 4.8%, respectivamente) dijeron tener una relación estable de pareja, ya sea por estar casados o vivir en unión libre. El resto de los participantes dijeron estar separados o divorciados. De los varones, 4.3% dijo tener hijos, al igual que 6.4% de las mujeres; el promedio de hijos fue de 1.4, con un rango de 1 a 4.

En cuanto al origen, la mayoría de los participantes procedía de Hermosillo; muy pocos provenían de otras localidades de dentro o de fuera del estado. En cuanto a su estado conyugal, los datos concuerdan con lo reportado para Sonora por el INEGI (2013); así, se pudo apreciar que los hombres y las mujeres del grupo de 15 a 29 años eran solteros en su mayoría, con 74.1% en el caso de los hombres y 65.3% en el de las mujeres. Igualmente, según el INEGI, en la referida entidad las mujeres son más las que están unidas en pareja o tienen hijos. Lo anterior muestra que las mujeres cumplen con el rol esperado socialmente al ser ellas quienes conforman una familia a más temprana edad. Poco más de la mitad dijo vivir con sus padres en familias nucleares (51.3% varones y 55.9% mujeres); 14.7% de los varones y 13.4% de las mujeres vivían solamente con alguno de los padres, mismo porcentaje que se observa entre los que reportaron vivir con abuelos, tíos o hermanos. Más hombres (7.8%) que mujeres (4.8%) vivían solos; y 5.6% y 6.2%, respectivamente, indicaron vivir en familias extensas o reconstruidas; el resto de los participantes dijo vivir con amigos o en casas de asistencia.

Instrumento

Para recabar la información se aplicó la técnica de asociación libre de palabras (Reyes, 1993). Así, se presentaron a los estudiantes cuatro palabras-estímulo: *mujer* y *hombre*, y *masculino* y *femenino*, para que los jóvenes evocaran términos que aso-

ciarán con dichos conceptos. Igualmente, se recabó información sociodemográfica, como edad, semestre y tipo de familia.

Procedimiento

La participación de los estudiantes fue voluntaria y una vez obtenido el acuerdo de las autoridades de la IES. Antes de la aplicación se les informó el objetivo del estudio y se aseguró la confidencialidad de la información que proporcionarían, tras de lo cual expresaron su consentimiento informado. La aplicación se llevó a cabo de manera colectiva y en los horarios de clase. Se pidió a los participantes que anotaran tres términos que pensarán, sintieran o creyeran que, según su criterio, representaban el concepto presentado, dándole una connotación de mayor valor (peso semántico) al primero que anotaran, y así sucesivamente. La descripción de la información se presenta por sexo en el apartado de resultados.

Plan de análisis

Una vez obtenida la información, se capturaron todas las palabras y se jerarquizaron en una hoja de cálculo del programa Excel. Los valores se obtuvieron con base en la nomenclatura propuesta por Reyes (1993), que a su vez se deriva de la utilizada por Figueroa et al. (1981). Dichos valores son los más usuales y básicos, apropiados para conocer el significado de algún concepto en una cultura o grupo social determinado.

El peso semántico (PS) de cada una de las definidoras se obtiene a través de la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada por el grupo, donde los 1 (la definidora más cercana al concepto, según el participante) se multiplican por diez, los 2 por nueve, los 3 por ocho, y así hasta completar el ordenamiento de las definidoras anotadas por los participantes. El tamaño de la red (TR) se obtiene contando el número de definidoras mencionadas, y la distancia semántica cuantitativa (DSC) indica en forma de porcentaje la distancia semántica que hay entre las diferentes palabras definidoras que conforman el conjunto de la red. En el núcleo de la red (NR) se hallan las diez palabras definidoras con el mayor PS. Las redes semánticas naturales hacen posible cuantifi-

car detalladamente las diferencias individuales y grupales. También permiten la elaboración de un sistema de información acerca de ideas, actitudes, creencias y demás.

RESULTADOS

Los conceptos *hombre-mujer*

En la Tabla 1 se observa que para el estímulo *hombre* los varones proporcionaron un total de 154 definidoras y las mujeres de 142. El concepto *hombre* fue definido principalmente por los participantes con la palabra “fuerte”. De entre las quince palabras descriptoras más mencionadas por hombres y mujeres se pueden observar semejanzas en 70% de ellas; es decir, ambos sexos definen *hombre* con atributos culturalmente asignados para los varones, como “trabajador”, “padre”, “proveedor”, “responsable”, “duro” o “inteligente”, entre otros.

Vale la pena subrayar que en el NR del concepto *hombre* aparecen palabras con una clara connotación cultural de género. Hombres y mujeres asocian este concepto con las dos primeras definidoras: “fuerte” y “trabajador”. Aparecen además en la red de ambos sexos los términos “responsable”, “proveedor”, “protector” y “jefe de familia”, términos que aluden al papel productivo adjudicado culturalmente a los varones. La elección que hacen las mujeres de palabras asociadas con dicho concepto implican atributos como la fuerza, el poder y el éxito que garanticen para ellas una buena proveeduría y que ubican a los varones en una elevada posición jerárquica. Los hombres enlistan entre las definidoras la palabra “líder”, y en el caso de las mujeres aparecen las de “guapo”, “amor” y “caballero”, conceptos asociados tradicionalmente al amor idealizado y romántico. Tales conceptos desempeñan un importante papel en el sistema de creencias que la gente comparte. El trabajo aparece como el sostén de la identidad de los hombres, quienes siguen representando la racionalidad, la separación de ámbitos que determina que su identidad social se construya justamente sobre el trabajo, la proveeduría y la función como cabeza de la familia, independientemente del tipo de pareja y de familia (Lamas, 1996), lo que muestra el peso de una cultura androcéntrica.

Tabla 1. Definidoras para el concepto *hombre*.

Definidora	Hombres		Definidora	Mujeres	
	PS	DSC (%)		PS	DSC (%)
Fuerte	1694	100.00	Fuerte	2575	100.00
Trabajador	1622	95.75	Trabajador	1531	59.46
Amigo	1238	73.08	Macho	1245	48.35
Padre	1073	63.34	Padre	1219	47.34
Macho	705	41.62	Proveedor	757	29.40
Responsable	597	35.24	Responsable	535	20.78
Proveedor	399	23.55	Protector	453	17.59
Duro	359	21.19	Pareja	401	15.57
Hermano	358	21.13	Guapo	396	15.38
Protector	238	14.05	Inteligente	372	14.45
Humano	231	13.64	Amor	333	12.93
Jefe de familia	224	13.22	Jefe de familia	300	11.65
Líder	198	11.69	Amigo	285	11.07
Respeto	182	10.74	Duro	239	9.28
Inteligente	160	9.45	Caballero	217	8.43
TR	154		TR	142	

Abrev.: PS = Peso semántico, DSC = Distancia semántica cuantitativa, TR = Tamaño de la red.

Una de las formas encubiertas más comunes del poder de los hombres sobre las mujeres es esa noción de ser el proveedor y protector, el jefe, el macho, el responsable. Los hombres han sido los encargados tradicionalmente de la protección del grupo; el hombre joven asume más tarde ese rol de protector, por lo que es visto por las mujeres como el *príncipe azul*.

Como se observa en la Tabla 2, para el estímulo *mujer* los varones enunciaron un total de 185 definidoras y las mujeres 201; la palabra “bonita” aparece encabezando la red en el caso de los hombres, contrariamente a las mujeres, que la definieron sobre todo con la palabra “fuerte”.

Tabla 2. Definidoras para el concepto *mujer*.

Definidora	Hombres		Definidora	Mujeres	
	PS	DSC (%)		PS	DSC (%)
Bonita	2,149	100.00	Fuerte	1,791	100.00
Madre	1,447	67.33	Madre	1,629	90.95
Pareja	1,035	48.16	Bonita	1,473	82.24
Amor	1,012	47.09	Amor	880	49.13
Delicada	505	23.50	Femenina	745	41.60
Amiga	485	22.57	Inteligente	656	36.63
Sensible	442	20.57	Trabajadora	613	34.23
Sexo	399	18.57	Sensible	610	34.06
Inteligente	394	18.33	Procreación	531	29.65
Femenina	358	16.66	Delicada	505	28.20
Procreación	356	16.57	Responsable	471	26.30
Ama de casa	346	16.10	Ama de casa	373	20.83
Respeto	338	15.73	Respeto	311	17.36
Género	314	14.61	Amiga	304	16.97
Fuerte	271	12.61	Luchona	294	16.42
TR	185		TR	210	

Abrev.: PS = Peso semántico, DSC = Distancia semántica cuantitativa, TR = Tamaño de la red.

De entre las quince palabras descriptoras más mencionadas por hombres y mujeres se pueden observar semejanzas en 80% de las definidoras, es decir, ambos sexos definen *mujer* con atributos que tradicionalmente se le asignan y que tienen que ver con aspectos afectivos o emocionales, como la maternidad, el cuidado y el amor. Ambos sexos colocan la palabra “madre” en segundo sitio, apareciendo el área de la maternidad ligada preponderantemente al rol de mujer. Con una clara connotación del rol de género, aparecen en ambos los términos “delicada”, “sensible”, “femenina” y “amor”, entre otros. En este caso, la pareja y la maternidad son el sostén de la identidad de las mujeres. La madre sigue representando la sublimación de la emocionalidad: cuidar de otros, dar y entregarse, constituyendo así espacios sobre los que las mujeres edifican su identidad social, sin un espacio propio, acorde con lo señalado por Amurrio, Larrinaga, Usategui y Del Valle (2008).

Si bien, al igual que con el concepto *hombre*, comparten significados, la jerarquía de los valores

según el grado de importancia fue diferente en mujeres y hombres. Por otro lado, es importante señalar que las mujeres utilizaron descriptores tales como “trabajadora”, “luchona” y “responsable”, atributos que, no obstante, son culturalmente asignados a los varones.

Lo femenino y lo masculino

Para el estímulo *femenino* los varones enlistaron un total de 136 definidoras y de 164 las mujeres. El concepto *femenino* fue definido por los jóvenes principalmente con la palabra “mujer”. De entre las quince palabras descriptoras más mencionadas por hombres y mujeres se pueden observar semejanzas en 66.6% de ellas; esto es, ambos sexos definen *femenino* con los atributos o características que culturalmente se asignan a las mujeres, como delicadeza, belleza, dulzura o sensibilidad, entre otros. Tales conceptos denotan lo que se esperaría es propio de una mujer (Tabla 3).

Tabla 3. Definidoras para el concepto femenino.

Definidora	Hombres		Definidora	Mujeres	
	PS	DSC (%)		PS	DSC (%)
Mujer	2,213	100.00	Mujer	1,964	100.00
Delicadeza	1,309	59.15	Delicadeza	1,543	78.56
Belleza	1,128	50.97	Belleza	1,281	65.22
Dulce	365	16.49	Accesorios	983	50.05
Sensible	257	11.61	Dulce	468	23.83
Amor	213	9.62	Cuidadosa	308	15.68
Accesorios	211	9.53	Apariencia	274	13.95
Actitud	191	8.63	Fuerza	259	13.19
Respeto	177	8.00	Higiene	248	12.63
Vanidad	168	7.59	Vanidad	255	12.98
Cuidadosa	136	6.15	Actitud	207	10.54
Madre	132	5.96	Rosa	196	9.98
Pareja	132	5.96	Sensible	190	9.67
Débil	125	5.65	Respeto	165	8.40
Frágil	122	5.51	Elegancia	147	7.48
TR	136		TR	164	

Abrev.: PS = Peso semántico; DSC = Distancia semántica cuantitativa; TR = Tamaño de la red.

Las primeras tres definidoras que aparecen sobre este concepto en ambos sexos son las de “mujer”, “delicadeza” y “belleza”. *Femenino* es definido por los hombres con palabras que hacen referen-

cia a una mujer que necesita ser protegida por un varón: “débil” y “frágil”, las que no aparecen en lo reportado por las mujeres y que hacen referencia a elementos propios de una relación de

pareja dependiente, necesitada de protección y seguridad. Los conceptos ligados a la imagen, tales como “belleza”, “cuidadosa”, “accesorios” y “elegancia” representan para los jóvenes la exacerbación de la importancia de la apariencia y de mujeres atractivas que garanticen el éxito de una relación en su imaginario social. La mujer debe esforzarse por ser bella y adornarse de acuerdo al modelo vigente, lo que le otorga un valor que la coloca en un nivel de competencia con otras mujeres para acceder al “hombre ideal”. Las palabras “madre” y “pareja” no aparecen en el núcleo de red de las mujeres, lo que representa una nueva asociación a proyectos propios desligados ya del “vivir para otros”. Los hombres valoran atributos que refuerzan en las mujeres una feminidad de un

modo tradicional, hegemónico, según el cual se espera que sean bellas, delicadas, dulces, sensibles y maternales.

Para el estímulo *masculino* los varones conformaron un total de 181 definidoras y las mujeres de 166. Dicho concepto fue definido por los participantes con las palabras “hombre” y “fuerza”, principalmente. De entre las quince palabras descriptoras más mencionadas por hombres y mujeres se pueden observar semejanzas en 80% de ellas; es decir, ambos sexos definen *masculino* con atributos que socialmente se asignan a varones y que definen culturalmente la masculinidad, tales como “rudo”, “apariencia”, “poder” y “trabajo”, entre otros, conceptos que denotan control y dominio de la persona (Tabla 4).

Tabla 4. Definidoras para el concepto masculino.

Definidora	Hombres		Definidora	Mujeres	
	PS	DSC (%)		PS	DSC (%)
Hombre	1,836	100.00	Fuerza	2,131	100.00
Fuerza	1,626	88.56	Hombre	1,989	93.34
Machismo	490	26.69	Machismo	821	38.53
Rudo	442	24.07	Atractivo	520	24.40
Apariencia	264	14.38	Apariencia	435	20.41
Decisión	198	10.78	Caballerosidad	259	12.15
Caballerosidad	195	10.62	Varonil	247	11.59
Poder	192	10.46	Rudo	207	9.71
Trabajo	192	10.46	Deportes	189	8.87
Valor	188	10.24	Carácter	178	8.35
Deportes	168	9.15	Poder	164	7.70
Varonil	165	8.99	Sexo	144	6.76
Respeto	145	7.90	Valor	131	6.15
Sexo	126	6.86	Protección	130	6.10
Comportamiento	108	5.88	Trabajo	127	5.96
TR	181		TR	166	

Abrev.: PS = Peso semántico, DSC = Distancia semántica cuantitativa, TR = Tamaño de la red.

Las primeras definidoras asociadas al concepto de masculinidad fueron palabras como “hombre”, “fuerza”, “machismo” y “apariencia”, lo que habla de que los jóvenes responden a un modelo hegemónico en el que se exagera la superioridad de los atributos masculinos sobre los que se recrea el poder. Aparecen de nuevo, al igual que con el concepto *hombre*, palabras asociadas con el trabajo productivo de los varones: “trabajo”, “poder” y “valor”. La selección hecha por los participantes

alude a un éxito diferenciado para hombres y mujeres; en el caso de estas últimas, la importancia recae en el atractivo físico de una mujer: delicada, bella, dulce, cuidadosa, en tanto que de los hombres se espera la fuerza, el carácter, el poder, construidos sobre habilidades racionales. Algunos estudios plantean que la masculinidad requiere reafirmarse constantemente mediante este tipo de características socialmente valoradas (Connell, 1997; Kaufman, 1997).

En síntesis, se observa que los participantes afirman que los varones son los proveedores y protectores de la familia, estereotipo que se deriva de la socialización del género. Aparecen además las palabras “fuerza”, “rudo”, “deportes”, que entrañan actividades de competencia física, lo que guarda relación con un modelo atlético de atractivo sexual y vencedor. La masculinidad hegemónica reproduce un mandato claro para los hombres: ser fuertes y no débiles como las mujeres. Fuertes en más de un sentido, pues la fuerza física masculina se articula simbólicamente con el poder, y este con el hombre. Tal construcción de los cuerpos origina cuotas de poder inequitativas para las mujeres. Bajo este supuesto, los hombres deberían de ser activos, fuertes, aptos para el trabajo pesado, para el mando. En el caso de las mujeres, el concepto les evoca palabras que hacen referencia al amor romántico: “atractivo”, “apariciencia”, “caballerosidad” y “varonil”.

DISCUSIÓN

Los participantes mostraron una postura tradicional en cuanto a lo que define o caracteriza a un hombre y a una mujer, así como a lo masculino y lo femenino. Las palabras asociadas dan muestra en su mayoría de lo que socialmente se espera de cada sexo. Para esta muestra, los esquemas que definen los sexos siguen las pautas que marca el modelo patriarcal, en el que al varón se le relaciona con aquellas características que denotan poder y las mujeres con aquellas que tienen que ver principalmente con la reproducción y la sumisión.

Los resultados para los conceptos de mujer y hombre muestran que los participantes los describen con palabras que denotan la transmisión de valores tradicionales asociados a lo que socialmente se espera de todos y cada uno de ellos, todo eso permeado por un modelo hegemónico según el cual el ser hombre se asocia con la fuerza y el trabajo, aspectos necesarios todavía en una sociedad de gran competitividad. En cambio, a la mujer se le sigue vinculando con atributos que tienen que ver con la belleza y la delicadeza, ambos ligados de algún modo a la procreación. Los resultados coinciden con lo encontrado en un estudio realizado con 163 universitarios de la Universidad Na-

cional Autónoma de México (Petra et al., 2000), en el que los participantes asociaron la palabra *hombre* con “fuerza”, “inteligencia” y “trabajo” y *mujer* con “belleza”, “inteligencia” y “amor por los varones”, a las que agregaron la palabra “ternura”. Hombres y mujeres siguen representándose a sí mismos según los roles que la sociedad les ha imbuido y reforzado, aunque se muestra una cierta tendencia a dar a la mujer un lugar que no necesariamente está ligado a la procreación, pese a lo cual el hombre continúa teniendo que mostrar su fuerza como una forma de conducirse en la sociedad actual (Aguilar, Valdez, González y González, 2013).

Esta connotación de los conceptos asociados a las palabras *mujer* y *hombre* indica la transmisión de valores asignados a los géneros a partir de los modelos construidos hegemónicamente, lo que afecta particularmente las relaciones afectivas y de pareja (Lamas, 1996). Lo anterior ocurre todavía, aunque en las familias empiezan a observarse transformaciones que paulatinamente evolucionan hacia unas relaciones más igualitarias (Amurrio et al., 2008). Las citadas creencias son transmitidas por la familia y reforzadas por las instituciones educativas a través de la cultura que dicta “el deber ser” y “el deber hacer” para unos y otras.

Algunos estudios hechos en América Latina han mostrado que están surgiendo nuevos modelos de sexualidad femenina y masculina. Tal es el caso del estudio de Cáceres (1995) sobre la cultura del adolescente en Perú. En dicho trabajo se pidió a niños de ambos sexos que nombraran tipos de niñas de acuerdo a su comportamiento sexual. Los resultados mostraron que tanto hombres como mujeres generaron una variedad de nombres distintos que describían diferentes tipos de niñas: como las que toman la iniciativa y no permiten que los varones las controlen fácilmente, lo que sugiere nuevos modelos de sexualidad femenina. Por el contrario, el estudio no mostró evidencia de que hubiera una diversidad similar entre los varones. Los jóvenes dijeron que se es hombre o se es “maricón”, lo que muestra que los roles masculinos parecen ser más rígidos que los femeninos.

Por otro lado, la investigación de Bergara, Riviere y Bacete (2008), llevada a cabo en España con estudiantes de secundaria, aporta datos significativos en relación a la vigencia, prevalencia y

fortaleza de los estereotipos y roles de género. Al preguntárseles cómo son los hombres y cómo son las mujeres, ambos sexos coincidieron en mencionar lo que socialmente se espera de cada sexo en todos los grupos. Por un lado, señalaron que las mujeres son sensibles, histéricas, intuitivas, cariñosas, detallistas y miedosas, y que los hombres son arriesgados, violentos, deportistas, infieles, activos, brutos y despistados.

Los resultados expuestos en el presente estudio ofrecen evidencias de que aun cuando los participantes eran estudiantes universitarios, mantenían todavía significados ceñidos a las representaciones tradicionales y conservadoras dominantes en el contexto sonorenses, que prioriza lo masculino. Los conceptos asociados a lo masculino y femenino no variaron en cuanto a lo socialmente esperado. El hecho de ser universitarios haría suponer que es una población más permeada

por cambios sociales que impulsan la igualdad y equidad de género, sin embargo no es así. Habría que preguntarse si las acciones que lleva a cabo la universidad están reforzando lo que prevalece en el modelo dominante, en lugar de promover prácticas conducentes hacia la transformación de las mentalidades, resignificando con ello las nociones de masculinidad y feminidad.

Los significados atribuidos socialmente sobre el ser hombre o ser mujer tienden a construir realidades que perpetúan las actuales inequidades de género, donde las mujeres son las principales afectadas. El cambio se ha ido observando gradualmente en las generaciones más jóvenes, pero aún no termina de extenderse a toda la sociedad. Es por ello indispensable educar a las futuras generaciones a partir de la idea de equidad y deconstruyendo los estereotipos asociados a los hombres y a las mujeres.

REFERENCIAS

- Aguilar, Y., Valdez, J., González, N. y González, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 207-224.
- Amurrio, M., Larrinaga, A., Usategui, E. y Del Valle, A. (2008). *Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao. Conclusiones de Informe*. Bilbao (España): Universidad del País Vasco y Ayuntamiento de Udala.
- Bergara, A., Riviere, J. y Bacete, R. (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. Vitoria-Gasteiz (España): Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado de http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejoscolares/archivos/P_013_los_hombres_la_igualdad.pdf.
- Cáceres, C. (1995). Bisexualidades masculinas en la Lima de los noventa: consideraciones de salud sexual. En *El amor y sus especies. Primer Seminario del Archivo Etnográfico Audiovisual: Herramientas para la catalogación, conservación y digitalización de material fotográfico*. Lima: PUCP.
- Cochran, W. (1990). *Técnicas de muestreo*. México: CECSA.
- Connell, R. (1997). La organización social de la masculinidad. En T. Valdez y J. Olavarría (Eds.): *Masculinidad/es: Poder y crisis* (pp. 31-48). Santiago de Chile: ISIS-FLACSO.
- Díaz-Guerrero, R. (1989). Una etnopsicología mexicana. *Ciencia y Desarrollo*, 15(86), 69-85.
- Figuroa, J., González, E. y Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3), 447-458.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Estadísticas a propósito del Día de la Juventud: Datos de Sonora*. Aguascalientes (México): INEGI.
- Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En T. Valdés y J. Olavarría (Eds.): *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp.63-81). Santiago de Chile: ISIS-FLACSO.
- Lamas, M. (1996). *El género: la construcción social de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
- Lamas, M. (2002). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". En M. Lamas (Comp.): *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.
- Lara-Cantú, M. (1993). *Inventario de masculinidad y femineidad*. México: IMAFE.
- Maldonado, I. y Segovia, A. (2010). Premisas culturales que sostienen relaciones no satisfactorias. En S. Lerner y L. Melgar (Eds.): *Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas* (pp. 229-244). México: PUEG-UNAM/COLMEX/El Manual Moderno.
- Núñez, G. (2013). *Hombres sonorenses. Un estudio de género en tres generaciones*. México: Universidad de Sonora/Pearson Educación, México.

- Ortiz H., L. (2004). La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cultura*, 22, 161-182.
- Petra, I., Talayero, J., Fouilloux, C. y Díaz, A. (2000). Conceptualización semántica de los términos “hombre” y “mujer” por estudiantes del primer año de Medicina. *Revista de la Facultad de Medicina*, 43(5), 185-191.
- Reyes L., I. (1993). Redes semánticas para la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 83-99.
- Rocha S., T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Scott, J. (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- Valdez M., J.L. (2002). *Las redes semánticas naturales: usos y aplicaciones en psicología social*. Toluca (México): Universidad Autónoma del Estado de México.
- Varela, V. (2012). Estudio sobre el concepto que tiene de la mujer moderna: tres muestras no correlacionadas. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 5(2), 77-83.

Estructura factorial del Mindful Attention and Awareness Scale para estudiantes mexicanos de nivel medio superior¹

Factorial structure of the Mindful Attention and Awareness Scale for Mexican students

*Fabián Israel Balderas Molina², Angélica Riveros Rosas³
y Ana Beatriz Moreno Coutiño²*

RESUMEN

El Mindful Attention and Awareness Scale es el instrumento más utilizado en el mundo para evaluar la atención plena. Ha sido adaptado a población adolescente en algunos países, mostrando una estructura unifactorial de atención-reconocimiento. Sin embargo, se ha indicado también la contribución de un segundo factor que aporta una mayor varianza al instrumento. El objetivo de este estudio fue obtener la estructura factorial del citado instrumento para estudiantes de nivel medio superior a través de un análisis factorial confirmatorio. La población de estudio fue de 267 estudiantes de ambos sexos, con una edad de entre 15 y 21 años. El análisis factorial confirmatorio se integró por dos factores: atención y reconocimiento. El índice de consistencia interna del instrumento tuvo un coeficiente alfa de 0.82 y 0.73, respectivamente. Además, el alfa total fue elevado. Los índices de ajuste fueron superiores para un modelo de dos factores respecto al modelo unifactorial. La versión final del instrumento se conformó por doce reactivos.

Palabras clave: Atención plena; Estudiantes; Evaluación.

ABSTRACT

The Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) is one of the most commonly used for measuring mindfulness, and has been adapted for adolescent populations in several countries. The scale has consistently shown a single attention-awareness factor, but there is evidence of a second factor that provides a wider variance to the scale. The aim of the present study was to obtain the factorial structure of the MAAS in junior college students through a confirmatory factor analysis. A total of 267 students of both sexes, aged between 15 and 21 years old participated. Confirmatory factor analysis revealed two factors: attention and awareness, with a high internal consistency alpha index. The fitness index model was higher for a two-factor model than for a one-factor model. The final version of the instrument was conformed by twelve items.

Key words: Mindfulness; Students; Evaluation.

¹ Agradecimientos: Dra. Nazira Calleja- Facultad de Psicología. Dra. Natalia Arias, Lic. Ethelmar Vázquez Pérez, Lic. Diana Rosalba Cortés Monter, Aída Mariana Orozco Arreola y Gabriela Mendoza-Laboratorio de infantes, Facultad de Psicología. Mtro. Juan Santiago, Residencia de Medicina Conductual, Facultad de Psicología. Gueshe Lobsang- Centro Loseling México. Dr. Fernando González Blancas- Servicio Médico Universitario-Universidad Autónoma Chapingo.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: israebm@gmail.com. Artículo recibido el 14/agosto de 2017 y aceptado el 5 de enero de 2018.

³ Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, Circuito Exterior s/n, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

Citación: Balderas M., F.I., Riveros R., A. y Moreno C., A.B. (2018). Estructura factorial del Mindful Attention and Awareness Scale para estudiantes mexicanos de nivel medio superior. *Psicología y Salud*, 28(2), 239-250.

INTRODUCCIÓN

El entrenamiento en *mindfulness* o atención plena (AP en lo sucesivo) se ha empleado como un conjunto de técnicas cuyo fin es enseñar a las personas a responder de manera adaptativa a diversos estresores emocionales y alteraciones fisiológicas. En los últimos quince años, la investigación sobre la práctica de la AP ha aumentado considerablemente. Por ejemplo, en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2016 las bases de datos de EBSCO, PsycInfo y Academic Search Complete indican cerca de 27 mil referencias al utilizar la palabra clave “*mindfulness*”. Es importante señalar que hasta el momento no se tiene una definición aceptada universalmente de “atención plena”, puesto que diferentes autores han elaborado su propia traducción y definición del término inglés, lo que dificulta su medición y sus componentes. A pesar de ello, se consideran cuatro elementos de la AP que comparten las distintas definiciones: 1) la conciencia de la propia experiencia, incluidas las sensaciones corporales, pensamientos, emociones y sucesos externos percibidos por los sentidos (p. ej., imágenes, sonidos y aromas); 2) la atención sostenida de estos estímulos; 3) la focalización en el momento presente, y 4) la aceptación de esos estímulos sin juzgarlos como agradables o desagradables (Chambers, Gullone y Allen, 2009; Rapgay y Bystrisky, 2009; Teasdale, Segal y Williams, 1995).

A pesar de la dificultad para lograr una definición que sea ampliamente aceptada, cada una de las definiciones comparte tres términos principales: atención, conciencia y reconocimiento, por lo que la AP se describe en su forma más sencilla como la capacidad para mantener la mente consciente en el momento presente (Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985). Según Brown y Ryan (2003), la conciencia (*consciousness*) comprende dos aspectos: *awareness*, término que traducido al español significa “darse cuenta”, que es el aspecto de fondo, o sea, el “sondeo” que la conciencia realiza para supervisar continuamente los estímulos internos y externos, y *attention* (atención, en español), que se entiende como focalizar de manera consciente la percepción hacia aquello que se está experimentando (Teasdale et al., 1995). Los autores

de esta propuesta manifiestan que, mientras que la atención y la percepción son rasgos relativamente constantes en las personas, la conciencia puede ser la vía para mejorar tales rasgos, es decir, “ser consciente,” por lo que dichos componentes actúan como un sistema único, considerado como un solo factor. Una característica central de practicar la AP es el mejoramiento del proceso de focalización, reconocimiento y atención dirigidos a una determinada experiencia. Por ello, Brown y Ryan (2003) sugieren que la AP es tanto un rasgo como un estado que interactúan en la autorregulación y la experiencia emocional; es decir, que los participantes responden de manera diferente en cuanto a ser conscientes y a atender lo que les está sucediendo en el presente (rasgo). Asimismo, refieren que la capacidad de la AP varía en cada individuo ya que puede ser intensificada o entorpecida por otros factores (estados). Adicionalmente, consideran que reconocer la atención-emoción es la habilidad de las personas de estar atentas, e implica reconocer el momento presente y estar conscientes de las experiencias mentales, sin generar un juicio de tipo dual “negativo-positivo,” “deseado-no deseado” en quienes las experimentan (Brown y Ryan, 2003).

La aplicación de programas de AP en diversos escenarios, en su mayoría clínicos (Gregoski, Barnes, Tingen, Harshfield y Treiber, 2011; Keng, Smoski y Robins, 2011; Santiago, 2016), con personas clínicamente sanas (Campanella, Crescentini, Urgesi y Fabbro, 2014; Khoury, Sharma, Rush y Fournier, 2015) y con estudiantes universitarios (Soler et al., 2012) ha mostrado resultados significativos, pero algunos estudios no reportan la evaluación de la AP (Santiago, 2016). En la literatura científica se han reportado hasta el momento once escalas para medir los efectos de la práctica de la AP. Actualmente, en México solo se dispone de dos instrumentos validados en población mexicana: el Cuestionario de Cinco Factores de AP (FFMQ, por sus siglas en inglés) para evaluar la población universitaria (Meda-Lara, Herrero, Blanco, Moreno y Palomera, 2015), y el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS en lo sucesivo) para la población general (López-Maya et al., 2015).

El cuestionario para evaluar la AP más utilizado en investigación, tanto en estudios teóricos

como en escenarios clínicos, es justamente el MAAS, el cual puede aplicarse a personas con y sin experiencia en la práctica de la AP. Asimismo, existen adaptaciones del MAAS hechas con adolescentes alemanes (Bruin, Zijlstra y Veirjer-Bergsma, 2011) y con población general en España (Inchausti, Prieto y Delgado, 2014; Soler et al., 2012) y México (López-Maya et al., 2015), en los cuales se reporta un factor de atención-reconocimiento con 14, 15, 12 y 15 reactivos. Los estudios mencionados refieren que hay indicios de dos factores. Por ejemplo, Bruin et al. (2011) reportan que, al analizar los componentes principales, sus resultados se integraron por dos factores; si bien la varianza explicada de cada componente es amplia, y que el instrumento consta de un solo factor, con un RMSEA (*Root mean square error of approximation*) de .035 (90% IC, de .019 a .050) y CFI (*Comparative fit index*) de 0.991. Además, dichos autores mencionan que en estudios previos realizados con esta escala se había sugerido la existencia de dos componentes: uno de atención y otro de aceptación, pero este último factor no aportó significativamente a la varianza de la escala.

En cuanto a Soler et al. (2012), consideran el instrumento como de solo un factor, con una varianza acumulada de 42.8%, en la que se mantienen los quince reactivos, con sus índices de ajuste (CFI = 0.920, GFI [*Goodness of fit index*] = 0.884, AGFI [*Adjusted goodness of fit index*] = 0.845, SRMR [*Standardized root mean square residual*] = 0.053, RMSEA = 0.71). Por su parte, Inchausti et al. (2014) muestran que los datos se desvían ligeramente de la unidimensionalidad del instrumento, ya que en su análisis de rachas la varianza fue suficientemente alta en el pretest, con 40.7%, mientras que en el postest fue de 50.9%, lo cual indica la contribución de un segundo factor a dicha disparidad; la diferencia entre varianzas explica cómo es que algunos pacientes pueden atender el momento presente, pero no necesariamente aceptarlo o reconocerlo, lo que les genera malestar, contrariamente a los pacientes entrenados en AP, quienes logran la aceptación. En cambio, López-Maya et al. (2015) refieren que sus resultados indican tres factores al utilizar un análisis de componentes principales, los que explican 57.66% de la varianza, aunque el gráfico de sedi-

mentación muestra un factor alejado de los demás elementos, por lo que los autores indican un modelo unifactorial que explica 43.62% de la varianza, con índices de ajuste RMSEA = 0.078 (90% CI 0.071-0.086), CFI = 0.913, resultados similares a los Soler et al. (2012).

Tomando en cuenta el contexto anterior, el objetivo del presente trabajo fue esclarecer las diferencias entre los reportes de estudios que sugieren dos o más factores del MAAS, así como obtener las propiedades psicométricas del instrumento para su uso específico en población de nivel educativo medio superior.

MÉTODO

El estudio consistió en cuatro etapas: 1) validación de jueces expertos (cf. Escobar y Cuervo, 2008), 2) validación del contenido por lingüistas, 3) revisión por jueces expertos y 4) aplicación de la escala revisada a estudiantes de nivel medio superior.

En la primera etapa se consultó a quince practicantes (cinco mujeres y nueve hombres) expertos en AP, pertenecientes a una institución certificada para la enseñanza de la filosofía budista y la práctica de la AP, quienes evaluaron la suficiencia y relevancia (cf. Escobar y Cuervo, 2008), así como el estado y rasgo de los reactivos respecto a la definición de Brown y Ryan (2003) que integra la versión española del MAAS (Soler et al., 2012). Los criterios de inclusión de los participantes fueron el tener experiencia de al menos dos años de práctica con maestros acreditados en AP y estar clínicamente sanos. En la segunda etapa se solicitó a cuatro lingüistas de habla hispana especialistas en letras inglesas que evaluaran la claridad y coherencia de los reactivos en relación con la versión original en inglés. En la tercera etapa participaron once expertos (siete mujeres y cuatro hombres) practicantes de AP pertenecientes a un centro de enseñanza de la filosofía budista y la práctica de la AP, quienes evaluaron la relevancia y suficiencia de la versión del español para México. En la cuarta etapa, con la intención de obtener un índice de consistencia interna de la versión en español para México, participaron 267 estudiantes voluntarios de nivel medio superior (160 mujeres y 107

hombres), residentes en una institución nacional de educación agraria con modalidad de internado ubicada en el Estado de México (México).

Se necesitó la aprobación de los padres puesto que los alumnos eran menores de edad, consentimiento informado que se solicitó a través una llamada telefónica. Adicionalmente, los participantes firmaron su asentimiento para el uso de sus datos en el estudio. Los participantes mayores de 18 años únicamente firmaron un formato de consentimiento, de acuerdo con las normas para menores de edad que participan en protocolos de investigación (Altamirano et al., 2010).

Instrumentos

Se empleó la versión española del MAAS de Soler et al. (2012), ya que incluye un procedimiento de traducción del inglés al español y de retraducción del español al inglés del original de Brown y Ryan (2003). El instrumento consta de quince reactivos que se evalúan mediante una escala Likert con recorrido de 1 (“casi siempre”) a 6 (“casi nunca”), los cuales miden un estado de atención consciente a tareas cotidianas. Para la aplicación del instrumento no se requiere que los evaluados tengan experiencia en la práctica de la AP. La puntuación final es el promedio aritmético de las calificaciones asignadas a cada pregunta; así, los resultados altos indican un mayor estado de atención-reconocimiento.

Procedimiento

En la primera etapa, se envió una invitación por escrito a 19 expertos practicantes de AP pertenecientes a centros certificados para su enseñanza, de los cuales 15 aceptaron participar. A estos últimos se les informó la finalidad de la investigación y las instrucciones para evaluar cada reactivo con cuatro niveles de valoración: 1) no cumple el criterio, 2) bajo nivel, 3) moderado nivel y 4) alto nivel, todo ello con base en la definición de AP propuesta por Brown y Ryan (2003). Dichas evaluaciones se recabaron mediante un cuestionario diseñado por Escobar y Cuervo (2008), el cual permite obtener un porcentaje para cada reactivo en cada categoría a partir del total de las valoraciones de los jueces. Además, el porcentaje mínimo considerado para que un reactivo sea aceptable es de 80% ya que 100% equivale a 16 puntos, esto es, un alto nivel en las cuatro categorías.

Durante la segunda etapa se les solicitó a los expertos lingüistas que evaluaran la semántica de las preguntas que integran el MAAS en las categorías de claridad y coherencia con la definición, bajo los mismos cuatro niveles de valoración sobre los que trabajaron los expertos practicantes de AP para crear una versión adecuada para México. En la tercera etapa, once expertos en AP valoraron la relevancia y suficiencia de cada reactivo del instrumento, cuyo porcentaje de acuerdos de esta sección se indica en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos de los expertos practicantes de AP ($n = 26$).

	Primera etapa de evaluación Versión española	Segunda etapa de evaluación Versión mexicana
Practicantes de AP (mujeres/hombres)	N = 15 (5/9)	N = 11 (7/4)
Edad (años)	M = 35.73 (D.E. = 7.79)	M = 41.27 (D.E. = 13.34)
Experiencia en práctica de AP (años)	3.90 (D.E. = 3.79)	4.18 (D.E. = 3.76)

En la cuarta etapa, para obtener la validación de la nueva versión del instrumento para México, se invitó a 310 estudiantes a responder de manera voluntaria el cuestionario de quince reactivos, siendo los criterios de inclusión el que los participantes estuvieran clínicamente sanos y pertenecieran a una escuela de nivel medio superior

con modalidad de internado. Como criterios de exclusión se consideraron el reporte de consumir medicamentos en las últimas dos semanas y sufrir alteraciones del sueño, así como no completar la evaluación. La muestra se integró al final con 267 alumnos que cumplieron con los citados criterios.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis de cada reactivo según su porcentaje de frecuencias y distribución de respuestas: 1) “casi siempre”, 2) “muy frecuente”, 3) “algo frecuente”, 4) “poco frecuente”, 5) “muy poco frecuente” y 6) “casi nunca”. Se realizó una prueba t para muestras independientes en relación con edad, sexo y factores para descartar diferencias entre grupos; después, un análisis de componentes principales con un método de rotación varimax con Kaiser, usando para ello el programa estadístico SPSS, versión 23 (IBM Corporation, 2015), así como un análisis factorial confirmatorio para un modelo de un solo factor y para otro de dos factores, lo que se llevó a cabo mediante el programa AMOS, versión 21 (IBM Corporation, 2012).

RESULTADOS

En los análisis de distribución de frecuencias ninguna opción de respuesta fue seleccionada por más del 37% de participantes en los reactivos 1 al 14. En el reactivo 15, 68% los participantes seleccionaron la opción 6 (“casi nunca”). Los datos sociodemográficos de los expertos practicantes de AP que

evaluaron las versiones de la escala en español de España y México se muestran en la Tabla 1. Los 267 estudiantes que respondieron el instrumento, de los cuales fueron 160 mujeres y 107 hombres, con una edad promedio de 18.32 años y una desviación estándar de 1.79 años, no mostraron diferencias significativas entre los puntajes de hombres y mujeres ($t [1.204] = -2.772$, $df = 265$, $p = 0.27$, IC 95%), Sin embargo, hubo diferencias entre hombres y mujeres respecto a los puntajes del factor de reconocimiento, es decir, las mujeres puntuaron más alto en este factor ($t [4.228] = -3.744$, $df = 265$, $p = 0.041$). Además, no hubo diferencias entre intervalos de edad, puntaje y factores del MAAS (Tabla 2).

Los porcentajes de acuerdos totales obtenidos en la segunda etapa de evaluación hecha por los expertos practicantes de AP, así como las evaluaciones de los expertos lingüistas, variaron (Tabla 3). Un total de catorce reactivos cumplieron con el mínimo de 80% de acuerdos en todas las categorías. Pero el reactivo 6 (“*Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez*”) no cumplió el mínimo de acuerdo entre los participantes de AP en la categoría de suficiencia, aunque se conservó para mantener un porcentaje superior a 80% en las categorías de relevancia, coherencia y claridad.

Tabla 2. Valores promedio (\pm error estándar) de los puntajes de los factores Atención y Reconocimiento, comparando entre los intervalos de edad de los participantes.

Factores	Intervalos de edad	N	M (D.E.)	F
Atención	15 a 16	47	4,5798 (0.12)	0.790*
	17 a 18	84	4,3318 (0.11)	
	19 a 20	101	4,3700 (0.09)	
	21	35	4,4643 (0.05)	
Reconocimiento	15 a 16	47	4,2500 (0.16)	1.475**
	17 a 18	84	4,4167 (0.10)	
	19 a 20	101	4,2005 (0.10)	
	21	35	4,5929 (0.17)	

Nota: * $p < 0.500$ ** $p < 0.222$

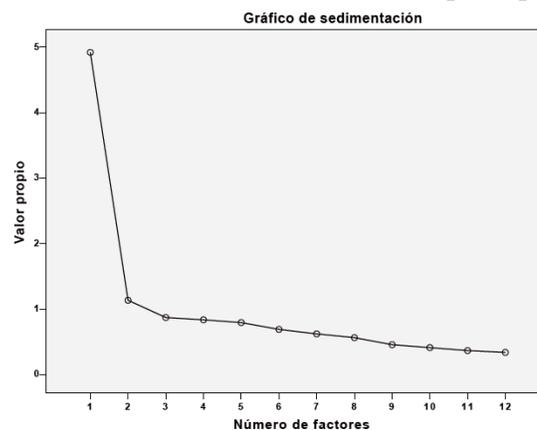
La estimación del análisis factorial exploratorio indica que el instrumento se conforma por dos factores: atención, para los reactivos 1 a 8 ($\alpha =$

0.82) y reconocimiento para los reactivos 9 a 12 ($\alpha = 0.73$). Se muestra el gráfico de sedimentación de dos factores (Figura 1).

Tabla 3. Porcentaje de acuerdos de la evaluación de la versión en español para México de los practicantes expertos y expertos lingüistas.

REACTIVOS	Practicantes expertos en AP		Expertos lingüistas	
	Suficiencia	Relevancia	Coherencia	Claridad
1. Puedo sentir una emoción y no darme cuenta hasta más tarde.	84.85	100.00	100.00	93.94
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención o por estar pensando en otra cosa.	81.82	83.33	91.67	93.94
3. Se me dificulta mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente.	88.10	83.33	91.67	96.97
4. Suelo caminar rápidamente para llegar a donde voy, sin prestar atención a lo que me pasa en el camino.	93.94	91.67	100.00	90.91
5. Tiendo a no darme cuenta de alguna incomodidad o tensión física, hasta que realmente llaman mi atención.	87.88	83.33	91.67	93.94
6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.	75.76*	83.33	91.67	81.82
7. Parece como si funcionara en “automático”, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	90.91	83.33	83.33	100.00
8. Realizo mis actividades rápidamente sin prestarles realmente atención.	81.82	83.33	100.00	93.94
9. Me concentro tanto en el objetivo que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo en el presente.	87.88	83.33	91.67	96.97
10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	81.82	91.67	91.67	93.94
11. Me descubro a mí mismo escuchando a alguien sin prestar atención y al mismo tiempo haciendo otra cosa.	84.85	100.00	100.00	93.94
12. Me dirijo a lugares en “piloto automático” y luego me pregunto por qué fui ahí.	81.82	91.67	100.00	90.91
13. Me descubro pensando demasiado en el futuro o en el pasado.	90.91	83.33	100.00	100.00
14. Noto que hago cosas sin prestar atención.	87.88	100.00	100.00	96.97
15. Pruebo alimentos sin darme cuenta de lo que estoy comiendo.	84.85	83.33	100.00	100.00

*Porcentajes que no cumplen el criterio $\geq 80\%$ de acuerdo.

Figura 1. Gráfico de sedimentación del análisis de la versión en español para México con doce reactivos.

El coeficiente α de confiabilidad total del MAAS en su versión en español de México fue de 0.86, con una varianza total explicada de 50.47% y un índice KMO de 0.89 obtenido mediante la prueba

de esfericidad de Barlett ($p < 0.0001$). Además, se observa que las cargas factoriales de cada reactivo fueron heterogéneas (Tabla 4).

Tabla 4. Cargas factoriales de los componentes rotados para doce reactivos.

REACTIVOS	SUBESCALAS	
	Atención	Reconocimiento
4. Tiendo a no darme cuenta de alguna incomodidad o tensión física hasta que realmente llaman mi atención.	0.75	
6. Realizo mis actividades rápidamente sin prestarles atención.	0.72	
8. Hago trabajos o tareas automáticamente sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	0.65	
5. Parece como si funcionara en “automático” sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	0.63	
3. Suelo caminar rápidamente para llegar a donde voy, sin prestar atención a lo que me pasa durante el camino.	0.63	
7. Me concentro tanto en el objetivo que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo en el presente.	0.59	0.38
2. Se me dificulta mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente.	0.58	
1. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.	0.48	
12. Noto que hago cosas sin prestar atención.		0.74
11. Me descubro pensando demasiado en el futuro o en el pasado.		0.72
10. Me dirijo a lugares en “piloto automático” y luego me pregunto por qué fui ahí.		0.71
9. Me descubro a mí mismo escuchando a alguien sin prestar atención y al mismo tiempo haciendo otra cosa.		0.63
Correlaciones intersubescalas = .60*		
Número de reactivos	8	4
Varianza por cada componente	29.31%	21.16%
M (D.E.)	35.25 (7.57)	17.31 (4.28)
Media teórica	4.40 (0.94)	4.32 (1.07)

*Coeficiente de correlación entre factores, $p < 0.001$

Por otra lado, la pregunta 7 (“*Parece como si funcionara en automático sin darme cuenta de lo que estoy haciendo*”) perteneció a ambos factores, pero el mayor puntaje se mantuvo en el factor de atención, con una diferencia de 0.21 unidades. La escala final se conformó por doce reactivos, ya que se eliminaron las siguientes preguntas: 1 (“*Puedo sentir una emoción y no darme cuenta hasta más tarde*”), 6 (“*Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez*”) y 15 (“*Pruebo alimentos sin darme cuenta de qué estoy comiendo*”) debido a que estas preguntas no aportaron significativamente al índice de consistencia interna y mostraron una carga factorial in-

suficiente respecto a la escala (0.29, 0.20 y 0.30, respectivamente), y por tanto se omitieron en el análisis factorial.

Análisis factorial confirmatorio

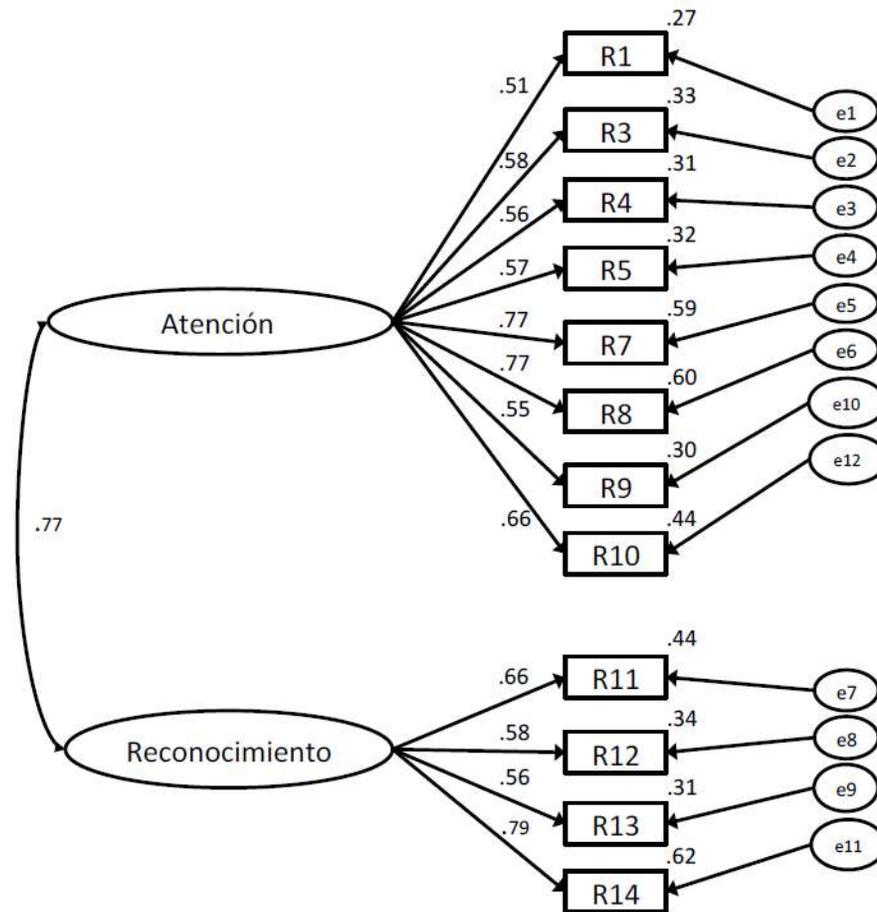
Los índices de ajuste para un modelo de dos factores es superior al modelo de un factor (Tabla 5) y se encuentran dentro de los intervalos aceptables que marcan Hu y Bentler (1999): $\chi^2 < 3$; CFI $> .90$; GFI $> .95$; AGFI $> .80$; RMR $< .09$; RMSEA $< .05$; PCLOSE $> .05$ (Tabla 5).

Así, se obtuvo el siguiente modelo factorial para la escala del MAAS (Figura 2).

Tabla 5. Índices de ajuste del modelo de dos factores comparado con el modelo de un factor.

Factor	Chi2	CFI	GFI	AGFI	RMR	RMSEA	PCLOSE
1	2.63	.914	.921	.884	.110	.078	.002
2	2.02	.946	.940	.911	.091	.062	.119

Figura 2. Modelo bifactorial (Atención y Reconocimiento) del Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) para estudiantes de nivel medio superior.



DISCUSIÓN

La principal contribución del estudio consiste en mostrar las diferencias de los resultados reportados de las adaptaciones del MAAS por otros autores, tanto en España (Inchausti et al., 2014; Soler et al., 2012), Alemania (Bruin et al., 2011) como en México (López-Maya et al., 2015), en las cuales se ha sugerido un solo factor. En el presente estudio se demostró que hay dos factores, con una varianza de 50.47% e índices de ajuste superiores a un modelo de un solo factor, mientras que López-Maya et al. (2015) reportaron 41% de la varianza, similar a la de Soler et al. (2012). Cabe señalar que los índices RMR y RMSEA en este estudio están cerca del límite inferior establecido, y no son suficientes, como ocurre en otras investigaciones. Por ejemplo, Bruin et al. (2011) reportan un RMSEA de .035. Además, entre las principales aportaciones de la presente investigación se en-

cuentran el haber incorporado la variable referente a la maduración cognitiva en los jóvenes, así como haber sometido a prueba la utilidad del factor de reconocimiento en los programas basados en la AP y la diferencia de puntajes entre hombres y mujeres en el factor de reconocimiento.

Los reactivos 9 (“*Me descubro a mí mismo escuchando a alguien sin prestar atención y al mismo tiempo haciendo otra cosa*”), 10 (“*Me dirijo a lugares en “piloto automático y luego me pregunto por qué fui ahí*”), 11 (“*Me descubro pensando demasiado en el futuro o en el pasado*”) y 12 (“*Noto que hago cosas sin prestar atención*”) se agruparon en el segundo factor, al cual se denominó “reconocimiento” debido a que contienen palabras que se relacionan con el “darse cuenta”, es decir, “noto” “descubro” “me pregunto” son frases que difieren del primer factor (“atención”), que contiene oraciones relacionadas con actividades, tareas y sensaciones. La contribución de los

dos factores en los estudiantes de nivel medio superior podría deberse a que en ellos la percepción, la atención y la conciencia usan vías distintas que aún no se han integrado como un único proceso, según como lo sugieren Brown y Ryan (2003), razón por la cual los participantes identifican la atención y el reconocimiento por separado.

El análisis de los reactivos muestra que el reactivo 1 (*“Puedo sentir una emoción y no darme cuenta hasta más tarde”*) aportó una carga factorial inferior a 0.30, por lo que se descartó su uso en la prueba en cuanto que dicho elemento tendía hacia calificaciones del tipo “nunca” en la escala Likert, produciendo así una nula variabilidad de respuestas. El reactivo 6 (*“Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez”*) fue uno de los más inciertos, ya que su estructura no aportó a ningún factor en el análisis factorial exploratorio; asimismo, fue el único reactivo que no cumplió con el 80% de acuerdos entre jueces expertos en las categorías de suficiencia y relevancia. Es posible que los participantes pudieran comprender la frase “me olvido” como una pregunta relacionada a la memoria más que a la falta de “atención; por ejemplo Grossman (2011) sugiere que la escala MAAS es inapropiada porque utiliza preguntas relacionadas con la carencia de atención más que a la atención en sí; sin embargo, los reactivos tienen la finalidad de hacer consciente la experiencia que se describe en cada enunciado, por lo que el esforzarse en reconocer la falta de atención de quien responde el instrumento invita a poner mayor énfasis en los estímulos tanto externos como internos, pues el no estar atento es más fácil de reconocer por las personas sin entrenamiento en la AP (Brown, West, Loverich y Biegel, 2011). Finalmente, el reactivo 15 (*“Pruebo alimentos sin darme cuenta de qué estoy comiendo”*) no aportó la suficiente carga factorial al instrumento; además, los participantes puntuaron en su mayoría “nunca” en la escala Likert.

Es importante destacar que Inchausti et al. (2014) eliminaron las preguntas 9, 12 y 5 de la versión española; en el caso del reactivo 9, estos autores refieren un desajuste en sus pruebas de pretest y postest y una redacción abstracta y redundante. Por otro lado, los expertos lingüistas modificaron el reactivo para la prueba en el es-

pañol de México: *“Me concentro tanto en el objetivo que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo en el presente”*. Después de dicha modificación, este reactivo mostró una carga factorial de 0.59 y no presentó dificultades. En el caso del reactivo 12, eliminado también por los autores en su versión española, refieren que no mostró un buen ajuste y consideran que la pregunta es redundante respecto a la 7, en la que se emplea la frase “piloto automático”. Por ende, los expertos lingüistas que participaron en esta investigación sugirieron modificar la pregunta, redactándola como *“Me dirijo a lugares en piloto automático, y luego me pregunto por qué fui ahí”* sustituyendo así la palabra “conducir” ya que en México dicha palabra se asocia a manejar un automóvil. Tras dicha modificación el reactivo arrojó una carga factorial de las más altas: 0.71, pero se ubicó como un segundo factor de reconocimiento. Esas modificaciones coinciden con la observación de Inchausti et al. (2014), quienes sugieren modificar el reactivo utilizando la frase “voy a lugares,” en vez de “conduzco”. Dichos autores también prescindieron del reactivo puesto que mostraba ambigüedad semántica, pues en español no es posible darse cuenta de algo sin que capte la atención, y la pregunta no hace énfasis en la intensidad de ese “darse cuenta”; es decir, la mínima suficiente para que capte nuestra atención. Por tanto, en nuestra versión para México se modificó la pregunta como *“Tiendo a no darme cuenta de alguna incomodidad o tensión física hasta que realmente llaman mi atención”*, en que se elimina la palabra “sensación” por considerarse una emoción, y sustituyendo “captar” por “llamar”, palabra que indica que debe haber un estímulo lo suficientemente intenso para que sea posible percibirse de él; en este sentido, debe considerarse la importancia del uso e interpretación de las palabras cada vez que se traduce, adapta o se crea una escala psicométrica.

En escenarios clínicos se enseña a los pacientes a diferenciar entre “atender” a los pensamientos y “reconocer” que los experimentan. Un ejemplo de este proceso es la llamada “defusión cognitiva”, que se define como “observar los pensamientos para analizarlos sin juicio” y considerarlos como lo que son: solamente pensamientos (Pérez, 2012). Por tanto, el considerar la atención

y el reconocimiento como dos procesos básicos es consistente con el entrenamiento en AP en cuanto a atender y “dejar ir” los pensamientos, reconociéndolos como productos que se generan en la mente. A su vez, Kang, Gruber y Gray (2013) refieren que, al parecer, son necesarias cuatro habilidades como mínimo y no solo un factor de atención-reconocimiento para producir la experiencia de AP: ser conscientes de los eventos internos o externos; tener una atención sostenida, alejando de la conciencia las posibles distracciones; focalizarse en el momento presente, y aceptar sin criticar cualquier cosa que suceda, de los cuales los tres primeros procesos se refieren a atender el evento y el último a la aceptación.

Es posible sugerir, al igual que otros autores, que el entrenamiento en AP contribuye al desarrollo de la metacognición, la cual se define como la capacidad de monitorear y controlar los procesos cognitivos propios (Shimamura, 2000). Además, dicho fenómeno no se considera una función ejecutiva, sino el proceso de mayor jerarquía cognitiva por su relación con la corteza prefrontal (CPF) (Fernandez, Baird y Posner, 2000).

Algunas investigaciones sugieren que hay cambios en la CPF después de un entrenamiento en AP. Por ejemplo, Farb et al. (2007) reportaron un incremento de la actividad en la CPF después de ocho semanas de haber implementado el programa de AP para reducir el estrés en participantes sanos, independientemente de su edad y sexo. De igual forma, en esta investigación no se obtuvieron diferencias entre los intervalos de edad, resultado consistente con el proceso metacognitivo, es decir, con el monitoreo y el control que se realiza en los procesos cognitivos más básicos, los cuales se van adquiriendo paulatinamente mediante las técnicas de meditación que emplean los programas de AP, así como dirigiendo la atención a la respiración. Un ejemplo de proceso metacognitivo más elaborado involucra la comparación entre el presente y el estado en que desearía estar (Schooler, 2002). Durante este proceso de autoevaluación se compara y se reconoce la discrepancia entre el estado actual (“Me estoy reprochando y

me siento ansioso”), el estado autoevaluado (“Reconozco que un estado de ansiedad me produce rumiar”) y el estado deseado (“Dejaré de rumiar, lo que me hará sentir diferente”). Dicho proceso de autoevaluación metacognitiva permite la regulación y el decremento de la preocupación, la ansiedad y el estrés (Holas y Jankowski, 2013), así como el aumento de una actitud de autocuidado (Hollis-Walker y Colosimo, 2011) y un mejor rendimiento académico (Bluth et al., 2015; Huppert y Johnson, 2010; Kuyken et al., 2013). Tanto el proceso de atención y reconocimiento como la autoevaluación entre el estado actual y el deseado son procesos que dirigen la atención cuando esta falta. Por lo tanto, la falta de atención es tan importante como la atención misma, pues permite el desarrollo de la metacognición mediante el atender, reconocer y corregir.

Las limitaciones de este estudio fueron el no haber tenido una muestra clínica como grupo de contraste. Además, se considera sumamente importante incluir en futuras evaluaciones algunas variables neuropsicológicas que aporten un mayor conocimiento del efecto de maduración metacognitiva acelerada debido al entrenamiento en AP.

A pesar de que no hubo diferencias en cuanto al efecto de la edad de los participantes en los puntajes del MAAS –lo que es consistente con los resultados de Brown y Ryan (2003) en cuanto a que los programas de entrenamiento en AP mejoran la atención independientemente de la edad–, se desconocen los cambios en el factor de reconocimiento, por lo que se sugiere incluir evaluaciones de la atención sostenida, puesto que el diseño del MAAS, como un autorreporte, no permite conocer con precisión la capacidad de los evaluados al referir su propio nivel de atención y reconocimiento.

Es importante continuar evaluando la AP en grupos diversos de la población mexicana con la intención de ahondar en su conocimiento y poder así hacer propuestas terapéuticas específicas en el campo de la psicología de la salud en el país, que recién inicia la instrumentación clínica controlada de los tratamientos basados en la AP.

REFERENCIAS

- Altamirano B., N., Altamirano B., E., Olaya V., A., De Rubens, J., García P., S. y Altamirano B., M.M. (2010). Consentimiento informado en grupos vulnerables: participación de niños y adolescentes en protocolos de investigación. *Boletín de Medicina del Hospital Infantil de México*, 67, mayo-junio, 248-258.
- Bluth, K., Campo, R.A., Pruteanu-Malinici, S., Reams, A., Mullarkey, M. y Broderick, P.C. (2015). School-based mindfulness pilot study for ethnically diverse at-risk adolescents. *Mindfulness*, 7(1), 90-104. doi: 10.1007/s12671-014-0376-1.
- Brown, K.W. y Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personal and Social Psychology*, 84, 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
- Brown, K.W., West, A.M., Loverich, T.M. y Biegel, G.M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23(4), 1023-1033. doi: 10.1037/a0021338.
- Bruin, E.I., Zijlstra, B.J. y Veirjer-Bergsma, S.M.B. (2011). The Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents (MAAS-A): psychometric properties in a Dutch sample. *Mindfulness*, 2, 201-211. doi: 10.1007/s12671-011-0061-6.
- Campanella, F., Crescentini, C., Urgesi, C. y Fabbro, F. (2014). Mindfulness-oriented meditation improves self-related character scales in healthy individuals. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1269-1278. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.03.009.
- Chambers, R., Gullone, E. y Allen, N.B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29, 560-572.
- Escobar P., J. y Cuervo M., A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medicina*, 6, 27-37.
- Farb, N.S., Segal, Z.V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., et al. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 313-322. doi: 10.1093/scan/nsm030.
- Fernandez D., D., Baird, J.A. y Posner, M.I. (2000). Executive attention and metacognitive regulation. *Consciousness and Cognition*, 9(2), 288-307. doi: 10.1006/ccog.2000.0447.
- Gregoski, M.J., Barnes, V.A., Tingen, M.S., Harshfield, G.A. y Treiber, F.A. (2011). Breathing awareness meditation and life skills training programs influence upon ambulatory blood pressure and sodium excretion among African American adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 48, 59-4. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.05.019.
- Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness. Comment on Brown et al. (2011). *Psychological Association*, 23(4), 1034-1040. doi: 10.1037/a0022713.
- Holas, P. y Jankowski, T. (2013). A cognitive perspective on mindfulness. *International Journal of Psychology*, 48(3), 232-243. doi: 10.1080/00207594.2012.658056.
- Hollis-Walker, L. y Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227. doi: 10.1016/j.paid.2010.09.033.
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118.
- Huppert, F.A. y Johnson, D.M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools: the importance of practice for an impact on well-being. *Journal of Positive Psychology*, 5(4), 264-274. doi: 10.1080/17439761003794148.
- IBM Corporation (2012). *SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- IBM Corporation (2015). *SPSS Statistics for Macintosh, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Inchausti, F., Prieto, G. y Delgado, A.R. (2014). Análisis rasch de la versión española de la Mindful Attention Awareness Scale en una muestra clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 32-41. doi: 10.1016/j.rpsmen.2013.07.001.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985) The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-90. doi: 10.1007/BF00845519.
- Kang, Y., Gruber, J. y Gray, J.R. (2013). Mindfulness and de-automatization. *Emotion Review*, 5(2), 192-210. doi: doi.org/10.1177/1754073912451629.
- Keng, S-L., Smoski, M.J. y Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychological Review*, 31, 1041-1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E. y Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519-528. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009.
- Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O.C., Vicary, R., Motton, N., Burnett, R., Cullen, C., Hennelly, S. y Huppert, F. (2013). Effectiveness of the mindfulness in schools programme: non-randomised controlled feasibility study. *British Journal of Psychiatry*, 203(2), 126-131. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126649.

- López-Maya, E., Hernández P., M.R., Hölzel, B.K., Méndez S., L., Gutiérrez G., J.J., Araujo D., D., Nuñez G., A., Cervantes S., L.K., González F., L.E., Nava A., S. y Bautista G., L.E. (2015). Psychometrics properties of the Mexican version of the Mindfulness Attention and Awareness Scale. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 13-27.
- Meda-Lara, R.M., Herrero, M., Blanco D., L.M., Moreno J., B. y Palomera C., A. (2015). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena. (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M) en México. *Psicología Conductual*, 23(3), 467-487.
- Pérez Á., M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.
- Rapgay, L. y Bystrisky, A. (2009). Classical mindfulness: An introduction to its theory and practice for clinical application. *Annual New York Academic of Sciences*, 1172, 148-162. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04405.x.
- Santiago M., J. (2016). *Intervención basada en atención plena sobre depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica*. Tesis inédita de maestría. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Schooler, J.W. (2002). Re-representing consciousness: Dissociations between experience and meta-consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(8), 339-344.
- Shimamura, A.P. (2000). Toward a cognitive neuroscience of metacognition. *Consciousness and Cognition*, 9, 313-323.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Cebolla, A., Soriano, J., et al. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Acta Española de Psiquiatría*, 40(19), 26-37.
- Teasdale, J.D., Segal, Z. y Williams, J.M., (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help. *Behavioral Research Therapy*, 33, 25-39.

Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos

Intervention based on the problem-solving model for caregivers of chronic kidney disease patients

Karla Nathalia Fernández Castillo¹, Teresa Iveth Sotelo Quiñonez²,
Raquel García Flores², Nora Hemi Campos Rivera²
y Santa Magdalena Mercado Ibarra²

RESUMEN

Introducción: Los cuidadores de enfermos renales crónicos ponen en riesgo su salud física y mental debido al estrés constante relacionado con el cuidado de este tipo de pacientes. *Objetivo:* Evaluar los efectos de un programa de intervención basado en el modelo de solución de problemas sobre la percepción de sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales de pacientes con enfermedad renal crónica. *Método:* Se desarrolló un estudio cuasiexperimental de dos grupos (control en lista de espera y experimental), con pretest y posttest, utilizando para ello los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y la Escala de Sobrecarga del Cuidador. Participaron 21 cuidadores informales, familiares de pacientes con enfermedad renal crónica. *Resultados:* Se encontraron efectos significativos en la prueba de Wilcoxon al final del tratamiento y al mes de seguimiento en la sintomatología depresiva y ansiosa y la percepción de sobrecarga en el grupo experimental. El tamaño del efecto *d* de Cohen fue grande en depresión y sobrecarga y mediano en ansiedad, y se identificó una disminución grande de todas las variables. En el grupo control no se hallaron diferencias. *Discusión:* La intervención basada en el modelo de solución de problemas fue eficaz para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, y la percepción de sobrecarga en los cuidadores primarios de enfermos renales crónicos.

Palabras clave: Cuidadores; Enfermedad renal crónica; Modelo de solución de problemas; Terapia cognitivo-conductual; Sobrecarga.

ABSTRACT

Introduction: Caregivers of chronic kidney disease (CKD) patients are at risk for physical and mental health problems due to the constant stress associated with caring for these patients. *Objective:* To evaluate the effects of an intervention based on the problem-solving model on the perception of overload, anxiety and depression in informal caregivers of patients with CKD. *Method:* The study involved a quasi-experimental study of two groups (waiting list and experimental), with pretest and post-test measurements. *Measures included* Beck's anxiety and depression inventories and an overload caregiver scale. *Participants were* 21 informal caregivers of patients with chronic kidney disease. *Results:* Significant improvements were found through the Wilcoxon's test at the end of the treatment and at one month follow-up in the depressive, anxious and overload perception symptoms in the experimental group. *Results on the effect size d of Cohen was* "large" in depression and overload, "medium" in anxiety. A "large" improvement in other variables was identified. *No differences*

¹ Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación, Universidad de Sonora, Boulevard Luis Encinas y Rosales, Col. Centro, 83000 Hermosillo, Son., México, tel. (644)110-13-43, correo electrónico: nath_fercas@hotmail.com. Artículo recibido el 15 de agosto y aceptado el 13 de noviembre de 2017.

² Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de Febrero 818 Sur, Col. Centro, 85000 Ciudad Obregón, Son., México, tel. (644)410-09-01, exts. 2458, 2457, 2460 y 2455, correos electrónicos: teresa.sotelo@itson.edu.mx, raquel.garcia@itson.edu.mx, nora.campos@itson.edu.mx y mmercado@itson.edu.mx.

Citación: Fernández C., K.N., Sotelo Q., T.I., García F., R., Campos R., N.H. y Mercado I., S.M. (2018). Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos. *Psicología y Salud*, 28(2), 251-259.

were identified in the control group. Discussion: The intervention based on the problem-solving model was effective in reducing the depressive, anxious symptomatology and perceived overload of the primary caregivers of chronic renal patients.

Key words: Caregivers; Kidney chronic disease; Problem solving model; Cognitive-behavioral therapy; Overload.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas son la principal causa de muerte en México y en el mundo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2017); su larga duración y progresión lenta provoca dependencia total o parcial en las personas que las padecen. La enfermedad renal crónica (ERC en lo sucesivo) afecta a mexicanos de todas las edades, aunque hay una alta prevalencia en adultos mayores que la padecen, además de otras enfermedades como la diabetes y la hipertensión. En un estudio realizado por Amato et al. (2005) se calculó que la prevalencia de la depuración de creatinina (un indicador de ERC) menor a 15 ml/min fue de 1,142 por millón de habitantes. Los factores asociados a este resultado fueron el consumo de tabaco y alcohol, el género femenino, una edad mayor a 65 años, una escolaridad menor al nivel primario e ingresos económicos menores a cuatro dólares diarios. Tales datos son semejantes a los que se han reportado en los países industrializados.

La característica de esta enfermedad es que las personas que la sufren dependen en las últimas etapas de tratamientos sustitutivos de la función renal, como la diálisis o la hemodiálisis. Estos tratamientos afectan la calidad de vida de las personas enfermas porque deben hacer cambios importantes en su estilo de vida, tales como en la alimentación, la ingesta de líquidos y las actividades laborales y sociales, entre muchos otros (Borroto, Almeida, Lorenzo, Alfonso y Guerrero, 2007).

Al afectarse la independencia y la autonomía de las personas con ERC, estas requieren la ayuda de otras personas para subsistir, que en muchos casos son miembros de la familia, en los

que recae toda la responsabilidad del cuidado. El familiar apoya al enfermo en las actividades cotidianas, identifica sus necesidades, participa en la toma de decisiones y verifica el desarrollo de acciones como la toma de medicamentos, los cambios de hábitos alimenticios o el fomento de la actividad física. Además de motivarlo y apoyarlo emocionalmente, el cuidador también acompaña al enfermo a las visitas rutinarias a los centros asistenciales y a los exámenes de control (Bustos, 2006; De la Cuesta, 2004; Fernández, 2006). Es frecuente que el cuidador principal, en muchos casos familiar, lleve a cabo estas actividades sin recibir pago económico alguno ni capacitación previa para la atención del enfermo (Armstrong, 2005). Por ende, la función del cuidador principal es esencial para la supervivencia del enfermo; sin embargo, pone en riesgo su salud física y mental debido a que se ve sometido a un estrés constante al alterar su rol habitual para brindar cuidados a la persona enferma; por esta razón, debe hacer constantes ajustes a sus actividades laborales, de ocio y de esparcimiento, entre otras (Roca et al., 2000). Además, debe soportar la severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, su posible pérdida y la falta de apoyo de los otros miembros de la familia (Flórez, Montalvo, Herrera y Romero, 2010).

A menudo el familiar que cuida al enfermo desconoce por completo el riesgo que implica desempeñar ese rol durante un tiempo prolongado (Seidmann, Bail, Acrich y Stéfani, 2001), pues la labor diaria y el largo plazo —así se asuma de manera voluntaria y con afecto— puede traer como consecuencia diversos riesgos para la salud, sobre todo si la responsabilidad recae por entero en una sola persona (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud y Centro Oncológico Integral Diana Laura Riojas de Colosio del Hospital Médica Sur, 2006). Algunos de los padecimientos que tiende a desarrollar el familiar cuidador son los trastornos del sueño, ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de carga y de desesperanza, resentimiento hacia la persona cuidada, pensamientos de suicidio y sentimientos de abandono o soledad, cefaleas, cansancio y aislamiento (Zambrano y Ceballos, 2007). Por lo tanto, es importante que se les ofrezca el apoyo necesario para que tengan

una vida digna y sigan brindando al enfermo la ayuda que requiere (Archury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011).

Varios programas de intervención benefician al cuidador de personas con enfermedades crónicas como la demencia (Ducharme et al., 2011; Espín, 2009, 2011; Losada y Montorio, 2005; Nobili et al., 2004; Vinyoles et al., 2001) y diversos tipos de cáncer (Ko et al., 2005; Meyers et al., 2011; Montero et al., 2012; Rangel et al., 2013), entre otras. Las intervenciones difieren en el tipo de estrategias de intervención; por ejemplo, programas psicoeducativos (Bañobre et al., 2005; Ducharme et al., 2011; Espín, 2009, 2011; Rangel et al., 2013; Velásquez, López, López, Cataño y Muñoz, 2011), psicoterapéuticos (Montero et al., 2012), de habilidades para el cuidado (Barrera et al., 2006; Vega, Mendoza, Ureña y Villamil, 2008) o de apoyo domiciliario (Guerrero et al., 2008; Nobili et al., 2004). Todas estas intervenciones no siempre se aplican de forma única o aislada, sino que en ocasiones se desarrollan al mismo tiempo y en combinaciones muy variadas (Martín, Ballesteros, Domínguez, Muñoz y Gonzáles, 2014). También se interviene en la modalidad grupal (Espín, 2009; Velásquez et al., 2011) e individual (Rangel et al., 2013), con diferentes objetivos, como reducir la depresión (Otero, Vázquez, Ferraces, Blanco y Torres, 2014; Vázquez, Otero, López, Blanco y Torres, 2010) y la ansiedad (Ferré et al., 2012), incrementar las habilidades para afrontar las demandas del cuidado (Cameron, Shin, Williams y Stewart, 2004) y la calidad de vida (Demiris et al., 2010), y finalmente la adquisición de habilidades de autocuidado (Rangel et al., 2013).

El entrenamiento en el modelo de solución de problemas es una de las técnicas de intervención psicológica que se aplica a cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas diversas (Elliott, Berry y Grant, 2009; Meyers et al., 2011; Rangel et al., 2013; Sherwood et al., 2012; Tong, Yip, Liu y McMaster, 2016; Vázquez et al., 2010; Vázquez et al., 2013).

Debido a que la solución de problemas implica un proceso cognitivo y comportamental que ayuda a las personas a tener disponibles alternativas de respuesta variadas para encarar situaciones problemáticas; en los cuidadores son útiles para afrontar el cuidado y las demandas de otros roles, como trabajar, cuidar del hogar o a otros miem-

bros de la familia, y a la vez aumentar la probabilidad de elegir las respuestas más eficaces entre las alternativas posibles.

Una de las ventajas del uso de esta estrategia es que se utiliza para prevenir problemas y para fomentar la autonomía (D'Zurilla, 1993). Por lo tanto, el objetivo del estudio cuasiexperimental, con dos grupos (control en lista de espera y experimental), con pretest y postest, sin aleatorización, fue evaluar los efectos de un programa de intervención basado en el modelo de solución de problemas sobre la percepción de sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales de pacientes con ERC.

MÉTODO

Participantes

Participaron 21 cuidadores informales, familiares de pacientes con ERC. De ellos, 85.7% eran mujeres y 14.3% hombres, con una media de edad de 44 años, con rango de 20 a 62. Respecto al parentesco, 33% eran las hijas y 28% las esposas de los pacientes y convivían con estos. Los criterios de inclusión fueron que el participante tuviera a cargo el cuidado principal y que no recibiera una remuneración económica por sus servicios. Si no cumplían con estas condiciones, se les excluía del estudio.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 1993a). Estandarizado en población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), está conformado por 21 reactivos que miden sintomatología ansiosa (por ejemplo: miedo a perder el control), con una escala Likert de cuatro opciones de respuesta que van de 0 (poco o nada) a 3 (severamente). Posee un coeficiente alfa de Cronbach de .83 y una validez de constructo de cuatro factores principales, congruentes con los referidos por los autores de la versión original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Con una confiabilidad test-retest de .75 y una validez convergente entre el Inventario de Beck de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), muestran ín-

indices de correlación moderados y positivos y validez discriminante que permite detectar pacientes con trastornos de ansiedad y normales ($t = -19.11$, $p < .05$).

Inventario de Depresión de Beck (IDB) (Beck y Steer, 1993b). Se utilizó la adaptación hecha por Jurado et al. (1998) para población mexicana. Esta versión consta de 21 reactivos (por ejemplo, “Me siento triste todo el tiempo”) que se responde con un escalograma de Guttman con cuatro opciones de respuesta que van de menor a mayor intensidad: 0 (“Yo no me siento triste”), 1 (“Me siento triste”), 2 (“Me siento triste todo el tiempo”), 3 (“Estoy tan triste, tan infeliz, que no puedo soportarlo”).

Escala de Sobrecarga del Cuidador. Desarrollada por Domínguez (2012). Consta de diez reactivos que miden la frecuencia con la que el participante percibe haber tenido consecuencias negativas en diferentes áreas de la vida, como la salud física y la emocional, las relaciones sociales, el tiempo y los planes personales (por ejemplo, cambiar proyectos o metas personales). Se contesta con una escala tipo Likert de cuatro puntos con recorrido de 0 (“Nunca”) a 3 (“Siempre”). La validación de la escala en cuidadores hermosillenses indicó que es unidimensional y que explica 38% de varianza del constructo, registrándose un valor de consistencia interna de .85.

Procedimiento

Se estableció contacto con la institución para tener acceso a las instalaciones. Tras la autorización

correspondiente, se invitó a los cuidadores principales de los pacientes con ERC que se encontraran en la sala de espera a que participaran en el estudio. Una vez que aceptaban, se daba lectura al formato de consentimiento informado, donde se daban a conocer los objetivos del estudio, para que lo firmaran. Se aplicó como medición en el pretest los instrumentos antes mencionados, dividiendo a los participantes según el horario en que tenían la sesión de hemodiálisis. Un grupo de participantes se mantuvo en lista de espera. Se aplicó el programa de intervención de forma grupal con el objetivo de instruir a los cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica para que identificaran y aplicaran los pasos del modelo de solución de problemas en las dimensiones económicas, sociales, personales y problemáticas relacionadas al cuidado, con base en las instrucciones precisas del manual del instructor y del participante (Tabla 1). El programa de intervención basado en el citado modelo consta de nueve sesiones grupales de una hora y media cada una. Finalizado el programa, se aplicaron los mismos instrumentos como medición postest. Dicha medición se aplicó también al grupo en lista de espera. Se llevó a cabo la misma intervención en el grupo en lista de espera y similares mediciones posteriores. Se realizaron dos seguimientos: uno al mes y otro a los dos meses de terminada la intervención. Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticos descriptivos no paramétricos, en particular la prueba de Wilcoxon, y para calcular el tamaño del efecto se usó la d de Cohen mediante el software SPSS, versión 21.

Tabla 1. Sesiones, contenidos y actividades del programa de intervención.

SESIÓN	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
1	Bienvenida y presentación.	
	Objetivo del programa y explicación del formato de consentimiento informado.	Identificar el objetivo general del programa. Analizar y firmar el formato de consentimiento informado.
	Aplicación de instrumentos de medición pretest.	Realizar la evaluación pretest.
	Descripción de los contenidos del programa.	Identificar los contenidos del programa.
2	Identificación y normalización del problema.	Identificar los objetivos y fases del modelo de solución de problemas.
	Descripción de pasos para la solución del problema.	Discutir sobre la definición de un problema. Discutir sobre qué es la solución de un problema. Explicar los cinco pasos para la solución de un problema. Discriminar problemas de una lista de situaciones.

Continúa...

3	Aplicación del modelo de solución de problemas a un caso simulado relacionado con el estrés del cuidado.	Resumir la sesión anterior y aclarar dudas. Identificar el problema en el caso simulado. Identificar las emociones. Realizar una lluvia de ideas de las alternativas de solución. Analizar las ventajas y desventajas de las alternativas de solución. Elegir una alternativa de solución. Planear la implementación de la solución y visualizar los posibles resultados.
4	Aplicación del modelo de solución de problemas a un caso simulado relacionado con problemas económicos y de transporte.	Resumir la sesión anterior y aclarar dudas. Identificar el problema en el caso simulado. Identificar las emociones. Realizar una lluvia de ideas sobre las alternativas de solución. Analizar las ventajas y desventajas de las alternativas de solución. Elegir una alternativa de solución. Planear la implementación de la solución y visualizar los posibles resultados.
5	Aplicación del modelo de solución de problemas a un caso simulado relacionado con problemas emocionales en el paciente.	Resumir la sesión anterior y aclarar dudas. Identificar el problema en el caso simulado. Identificar las emociones. Realizar una lluvia de ideas sobre las alternativas de solución. Analizar las ventajas y desventajas de las alternativas de solución. Elegir una alternativa de solución. Planear la implementación de la solución y visualizar los posibles resultados.
6	Aplicación del modelo de solución de problemas a un caso simulado relacionado con los problemas emocionales del cuidador.	Resumir la sesión anterior y aclarar dudas. Identificar el problema en el caso simulado. Identificar las emociones. Realizar una lluvia de ideas sobre las alternativas de solución. Analizar las ventajas y desventajas de las alternativas de solución. Elegir una alternativa de solución. Planear la implementación de la solución y visualizar los posibles resultados.
7	Aplicación del modelo de solución de problemas a un caso simulado relacionado con el área social del cuidador.	Resumir la sesión anterior y aclarar dudas. Identificar el problema en el caso simulado. Identificar las emociones. Realizar una lluvia de ideas sobre las alternativas de solución. Analizar las ventajas y desventajas de las alternativas de solución. Elegir una alternativa de solución. Planear la implementación de la solución y visualizar los posibles resultados.
8	Aplicación del modelo de solución de problemas a una problemática propia del participante.	Resumir la sesión anterior y aclarar dudas. Identificar el problema en el caso simulado. Identificar las emociones. Realizar una lluvia de ideas sobre las alternativas de solución. Analizar las ventajas y desventajas de las alternativas de solución. Elegir una alternativa de solución. Planear la implementación de la solución y visualizar los posibles resultados.
9	Aplicación de las pruebas de postest, retroalimentando las diferentes sesiones llevadas a cabo con anterioridad.	Resumir la sesión anterior. Retroalimentar los resultados y aclarar dudas. Resumir los beneficios obtenidos en el taller. Contestar la evaluación postest. Agradecer la participación, y cierre del programa.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis univariado para el puntaje total de la ansiedad, depresión y sobrecarga en el pretest, postest y seguimientos 1 y 2. Al

comparar las medidas de tendencia central entre el pretest y las medidas subsecuentes, se observa la tendencia a disminuir en las variables de ansiedad, depresión y sobrecarga (Tabla 2).

Tabla 2. Estadística univariada del puntaje total de las variables en el pretest, postest y seguimientos 1 y 2.

Medidas descriptivas	Variables (n = 21)										
	Ansiedad				Depresión				Sobrecarga		
	Pre	Post	Seg1	Seg2	Pre	Post	Seg1	Seg2	Pre	Pos	Seg1
Media	18.9	13.1	13.5	8.7	34.7	25.2	22.2	18.3	21.2	15.5	12.1
Mediana	17.0	9.0	12	8	30	24	22	19	21	15	12
Moda	7	5	0	0	22	21	20	19	15	17	6
D.E.	11.7	10.2	11	8	11.3	5.2	6.4	5.8	6.6	5.9	5.2
Valor mín.	6	1	0	0	22	18	10	5	10	7	5
Valor máx.	42	35	34	23	58	38	33	28	40	30	22

Se aplicó la prueba de rangos de Wilcoxon entre las puntuaciones pretest-postest, preseguimiento 1 y preseguimiento 2 de los grupos de intervención y control, encontrándose datos significativos en el

grupo experimental en las variables de ansiedad, depresión y sobrecarga. En el grupo control (lista de espera) no se hallaron diferencias significativas (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba de Wilcoxon entre el pretest, postest, seguimientos y grupo control.

Escalas		Grupo experimental			Grupo control
		Pre-Post	Pre-Seg1	Pre-Seg2	Pre-Post
Ansiedad	Z	-3.839	-3.204	-4.019	.000
	Sig.	.000	.001	.000	1.000
Depresión	Z	-3.495	-3.735	-3.924	-.561
	Sig.	.000	.000	.000	.575
Sobrecarga	Z	-4.021	-4.027	NA	-.207
	Sig.	.000	.000	NA	.836

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Se calculó el tamaño del efecto mediante la prueba d de Cohen y el porcentaje del cambio, encontrando que en depresión y sobrecarga el tamaño

del efecto fue “grande”, “mediano” en ansiedad y con una disminución grande en todas las variables (Tabla 4).

Tabla 4. Tamaño del efecto d de Cohen y porcentaje de cambio.

Escalas	d de Cohen		Porcentaje de cambio	
Ansiedad	0.53	Efecto mediano	43	Disminución grande
Depresión	1.09	Efecto grande	37	Disminución grande
Sobrecarga	0.92	Efecto grande	36	Disminución grande

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio en cuanto al perfil del cuidador son congruentes con los reportados en la literatura (Egea y Sánchez, 2008; Lara, González y Blanco, 2008). La mayoría de los familiares cuidadores fueron mujeres las cuales proporcionaban cuidado constante a su familiar, habitaban en la misma casa del paciente y tenían una edad promedio de 44 años (Espín, 2011; Roca et al., 2000).

En los análisis univariados se puede observar que los familiares cuidadores que participaron en el estudio mostraban síntomas de ansiedad, depresión y sobrecarga. Al sobrevenir la ERC, las personas que la padecen deben modificar su estilo de vida y afrontar problemas que aumentan su complejidad, según la fase de la enfermedad y los procesos terapéuticos en los que se encuentren (Caballero, Pérez, Herrera, Manrique y Sánchez-Sosa, 2012). Además, el familiar que apoya al enfermo se enfrenta también a la dificultad de adaptarse ante los acontecimientos estresantes que aparecen en las diversas etapas de la enfermedad, por lo que necesita atención y apoyo para reducir o prevenir las consecuencias o las implicaciones relacionadas con su rol de cuidador.

En cuanto a los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga de los cuidadores, se obtuvieron reducciones significativas en el grupo de intervención, en comparación con el grupo control, siendo grande el efecto de la intervención. Estos hallazgos indican que la intervención basada en el modelo de solución de problemas fue efectiva para reducir la sintomatología (Otero et al., 2014; Vázquez et al., 2013).

Se encontró asimismo que los efectos de la intervención basada en el citado modelo se man-

tuvieron a corto plazo, es decir, a los dos meses después del tratamiento (Vázquez et al., 2013), a pesar de que el temor ante la pérdida del familiar es persistente en los cuidadores de pacientes con enfermedad renal debido a las complicaciones en las últimas etapas y tratamientos. Finalmente, respecto a la sobrecarga, se halló evidencia de la eficacia del programa (Sherwood et al., 2012; Vázquez et al., 2010), incluso a un mes después de la intervención.

Por lo anterior, este tipo de intervenciones breves puede ser eficaz en el corto plazo para reducir la sobrecarga y las reacciones emocionales que son producto de los distintos estímulos estresores a los que se enfrenta el proveedor del cuidado; la razón es que la modalidad de terapia en solución de problemas puede dotar de conocimientos y habilidades a los cuidadores para resolver una considerable gama de problemas, como los propios del rol del cuidador, los económicos y la falta de apoyo de la familia y de las instituciones, entre otros.

El referido tipo de programas de intervención no había sido aplicado anteriormente en cuidadores de pacientes con ERC, por lo que el presente estudio es pionero en el área y abre la posibilidad de seguir trabajando sistemáticamente con esta población. Para ello, se sugiere agregar técnicas de manejo emocional que complementen el programa debido a que los pacientes se encuentran en estado terminal y las complicaciones aumentan la probabilidad de muerte. Algunas sugerencias metodológicas consisten en emplear un diseño experimental, seleccionar a los participantes de manera aleatoria y aumentar el número de ensayos para generalizar los resultados.

REFERENCIAS

- Amato, D., Álvarez A., C., Castañeda L., R., Rodríguez, E., Ávila D., M., Arreola, F., Gómez, A., Ballesteros, H., Becerril, R. y Paniagua, R. (2005). Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney International*, 68, 11-17. doi: 10.1111/j.1523-1755.2005.09702.x.
- Archury, D., Castaño, H., Gómez, L. y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 27-46.
- Armstrong, P. (2005). Thinking it through: women, work and caring in the new millennium. *Medicine*, 19(4), 266-271.
- Bañobre, A., Vázquez, J., Outeiriño, S., Rodríguez, M., González, M. y Graña, J. (2005). Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8(2), 156-165.

- Barrera, L., Galvis, C., Moreno, M., Pinto, N., Pinzón, M., Romero, E. y Sánchez, B. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26, 36-46.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993a). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993b). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Borroto, G., Almeida, J., Lorenzo, A., Alfonso, F. y Guerrero, C. (2007). Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal: Estudio comparativo. *Revista Cubana de Medicina*, 46(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000300004&lng=es&ytlng=es (8 de agosto de 2017).
- Bustos, V. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichan*, 6(1), 137-147.
- Caballero, N., Pérez, I., Herrera, M., Manrique, M. y Sánchez-Sosa, J. (2012). Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22(2), 257-273.
- Cameron, J., Shin, J., Williams, D. y Stewart, D. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 137-143.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud y Centro Oncológico Integral Diana Laura Riojas de Colosio del Hospital Médica Sur (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan cuidado a otras*. México: Secretaría de Salud.
- D’Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- De la Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista Rol de Enfermería*, 27(12), 843-851.
- Demiris, G., Parker, O., Washington, K., Fruehling, L., Haggarty-Robbins, D., Doorenbos, A. y Berry, D. (2010). A problem solving intervention for hospice caregivers: A pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 13(8), 1005-1011.
- Domínguez G., M. (2012). *Tercer informe del proyecto de evaluación de un modelo estructural de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores*. Manuscrito inédito. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Ducharme, C., Lévesque, L., Lachance, M., Kergoat, J., Legault, J., Beaudet, M. y Zarit, H. (2011). “Learning to become a family caregiver”. Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *The Gerontologist*, 51(4), 484-494.
- Egea, P. y Sánchez C., P. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15.
- Elliot, T., Berry, J. y Grant, J. (2009). Problem-solving training for family caregivers of women with disabilities: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 548-558.
- Espín, A. (2009). “Escuela de Cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2). Recuperado http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019&lng=es&ytlng=es (8 de agosto de 2017).
- Espín, A. (2011). Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista de la Facultad de Salud*, 3(1), 9-19.
- Fernández, O. (2006). *Calidad de vida de los cuidadores de jóvenes que viven en situación de enfermedad crónica en la ciudad de Ibagué*. Tesis inédita de maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ferré G., C., Sevilla C., M., Boqué C., M., Aparicio C., M., Valdivieso L., A. y Lleixá F., M. (2012). Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria*, 44(12), 695-701.
- Flórez T., I., Montalvo P., A., Herrera L., A. y Romero M., E. (2010). Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 754-764.
- Guerrero, L., Ramos, R., Alcolado, A., López, M., Pons, J. y Quesada, M. (2008). Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 457-460.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Enfermedades crónicas*. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos8.pdf>.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Ko, C., Malcarne, V., Varni, J., Roesch, S., Banthia, R., Greenbergs, H. y Robins, G. (2005). Problem-solving and distress in prostate cancer patients and their spousal caregivers. *Support Care Cancer*, 13, 367-374.
- Lara, G., González, A. y Blanco, L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4), 159-166.
- Losada B., A. y Montorio, I. (2005). Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 30-39.
- Martín C., M., Ballesteros R., J., Domínguez P., A., Muñoz H., P. y Gonzáles F., E. (2014). Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 300-314.

- Meyers, J., Carducci, M., Loscalzo, J., Linder, J., Greasby, T. y Beckett, A. (2011). Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *Journal of Palliative Medicine*, 14(4), 465-473.
- Montero, X., Jurado, S., Robles, R., Aguilar, J., Figueroa, C. y Méndez, J. (2012). Carga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 118-124.
- Nobili, A., Riva, E., Tettamanti, M., Lucca, U., Liscio, M., Petrucci, B. y Porro, G.S. (2004). The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors: A randomized controlled pilot study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18, 75-82.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
- Otero, P., Vázquez, F., Ferraces, M., Blanco, V. y Torres, A. (2014). Prevención de la depresión en cuidadoras no profesionales: relación entre habilidades de solución de problemas y síntomas depresivos. *Clínica y Salud*, 26(1), 1-7.
- Rangel D., N., Ascencio H., L., Ornelas M., R., Allende P., S., Landa R., E. y Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*, 9(2/3), 365-376.
- 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.
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. y Pedreny, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26, 53-67.
- Seidmann, S., Bail, V., Acrich, I. y Stéfani, D. (2001). Cuidando a un familiar enfermo. Una aproximación cualitativa. *IX Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología* (pp. 96-99): Buenos Aires: UBA.
- Sherwood, R., Given, A., Given, W., Sikorskii, A., You, M. y Prince, J. (2012). The impact of a problem-solving intervention on increasing caregiver assistance and improving caregiver health. *Support Care Cancer*, 20(9), 1937-1947.
- Spielberger, C.D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Tong, W., Yip, A., Liu, J. y McMaster, T. (2016). The effectiveness of manual-guided, problem-solving-based self-learning programme for family caregivers of people with recent-onset psychosis: A randomised controlled trial with 6-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 141-155.
- Vázquez F., L., Otero, P., Torres, A., Hermida, E., Blanco, V. y Díaz, O. (2013). A brief, problem-solving, indicated-prevention intervention for depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25, 87-92.
- Vázquez, F., Otero, P., López, M., Blanco, V. y Torres, A. (2010). Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 21(1), 59-76. doi: 10.5093/cl2010v21n1a6.
- Vega A., O., Mendoza T., M., Ureña M., M. y Villamil, W. (2008). Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Ciencia y Cuidado*, 5(1), 5-19.
- Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N. y Muñoz, E. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 458-469.
- Vinyoles, E., Copetti, S., Cabezas, C., Megido, M., Espinàs, J., Vila, J., Montella, N., Martínez, A., Argimón, J. y Grupo de Estudio CUIDA'L (2001). Cuida'l: un ensayo clínico que evaluará la eficacia de una intervención en cuidadores de pacientes demenciados. *Atención Primaria*, 27(1), 49-53.
- Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39.

La psiconefrológica: un campo de estudio en desarrollo

Psychonephrology: A field of study in development

Alejandra García-Arista¹ y Aranel de Jesús Arredondo-Pantaleón²

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue describir los antecedentes y la situación actual de la psicología en el campo de la nefrología y la necesidad de consolidarla como una especialidad. Se detallan asimismo sus aportaciones en los ambientes hospitalarios y de la salud. Se discute su utilidad e impacto en la mejora de la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica, señalando las áreas de acción del psiconefrólogo y las técnicas de tratamiento cognitivo-conductual más utilizadas en dicho contexto de intervención. Finalmente, se identifican algunos de los desafíos que la psiconefrológica enfrenta en su integración al equipo interdisciplinario de atención a los pacientes con dicha enfermedad.

Palabras clave: Psicología de la salud; Intervención psicológica; Enfermedad renal crónica; Nefrología.

ABSTRACT

The aim of this paper was to describe the background and current situation of psychology in the field of nephrology. It addresses the need for the consolidation of psychonephrology as a specialty. Contributions in the hospital and health environment are also emphasized. We also discuss its utility and impact on improving quality of life of patients with chronic kidney disease. The areas of action of the psychonephrologist are examined and analyses show that cognitive behavioral treatments are the most frequently used in this intervention context. Finally, we identify some of the challenges that psychonephrology faces to be integrated into the interdisciplinary team of patients with chronic kidney disease.

Key words: Health psychology; Psychological intervention; Chronic kidney disease; Nephrology.

En los últimos años, la psicología ha ampliado su campo de aplicación y especialización en concordancia con los requerimientos de la población a la que están orientados su estudio e intervención. La psicología comparte modelos, teorías y técnicas con otras disciplinas y fortalece a las nacientes. Tal es el caso de la psicología de la salud, disciplina que nació en la década de los 70 al surgir nuevas y urgentes necesidades de atención primaria (Oblitas y Becoña, 2000), beneficiando así a una cantidad considerable de personas al disminuir su sufrimiento y favorecer en ellas una mejor calidad de vida (Bazán, 2003). Un hito relevante que influyó en el desarrollo de esta área fue la definición de salud establecida por la World Health Organization (WHO) (1946), misma que reconoce claramente la influencia de factores psicosociales en la salud física, premisa que sostienen diversos autores al definir la psicología de la salud (Amigo, 2014; Piña y Rivera, 2006).

¹ Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Lerma, Av. Hidalgo 46, Col. La Estación, 52006 Lerma de Villada, Edo. de México, México, tel. (728)282-70-02, ext.2014, correo electrónico: a.garcia@correo.ler.uam.mx. Artículo recibido el 29 de septiembre y aceptado el 23 de noviembre de 2017.

² Programa de Doctorado en Psicología y Salud, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3114, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: aranel_arredondo_pantaleon@yahoo.com.

Citación: García-Arista, A. y Arredondo-Pantaleón, A.J. (2018). La psiconefrológica: un campo de estudio en desarrollo. *Psicología y Salud*, 28(2), 261-269.

De esta manera, la psicología se encargó de destinar una parte importante de sus contribuciones educativas, científicas y profesionales a la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y el tratamiento de enfermedades; la identificación de etiologías, diagnósticos y comorbilidades, así como el mejoramiento del sistema de cuidados de la salud y la conformación de políticas públicas (Weiner, 1982).

Con estos antecedentes, la psicología se ha ido abriendo camino para ganar un lugar en la atención integral de las enfermedades, pues entre sus objetivos para el mantenimiento de la salud se encuentra la modificación de variables conductuales, emocionales y cognitivas. A partir de estos alcances, se ha ido especializando cada vez más en respuesta al incremento masivo de padecimientos crónicos no transmisibles. Un ejemplo de ello es la psicooncología, disciplina especializada en el estudio e intervención de pacientes oncológicos y sus familias, así como del personal sanitario que los atiende (Ascencio, 2015). Al igual que el cáncer, existen otras enfermedades crónicas que han mostrado un aumento sustancial durante los últimos años, las que, además de generar un deterioro físico, producen malestar emocional significativo y afectan considerablemente la esfera social del paciente y su familia (Piña e Ybarra, 2015).

Una de las enfermedades crónico-degenerativas cuya población afectada va en aumento es la enfermedad renal crónica (ERC en lo sucesivo), definida como la disminución de la capacidad funcional de los riñones de forma permanente e irreversible (Marques y Barrientos, 2000), que ocasiona que estos pierdan su capacidad para eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento de los glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y fósforo (Pérez, Llamas y Legido, 2005).

La ERC es un padecimiento multifactorial cuyas causas más comunes son la glomerulonefritis, la poliquistosis renal, las nefropatías intersticiales, las anomalías congénitas, las enfermedades autoinmunes y sistémicas, la enfermedad hipertensiva y la diabetes mellitus tipo II (Hersh-Rifkin y Stoner, 2005; Marques y Barrientos, 2000). En México, esta última es la responsable de 48.5% de los ca-

sos de ERC, lo que la convierte en la principal causa de este problema de salud (Ávila, Conchillos, Rojas, Ordoñez y Ramírez, 2013; Méndez, Méndez, Tapia, Muñoz y Aguilar, 2010). En España, se calcula que 35% de los pacientes con diabetes mellitus tipo II sufren afectaciones renales en algún grado (Martínez, Navarro y Górriz, 2012).

El tratamiento de la ERC no logra una recuperación total de la salud del paciente (Andrés, 2004), por lo que se considera conservador, ya que su objetivo principal es mantener estable a la persona y prevenir complicaciones (National Kidney Foundation, 2002). Incluye procedimientos sumamente invasivos y demandantes, lo que implica un elevado costo físico, psicológico y económico para el paciente y su familia.

El manejo médico de esta enfermedad incluye cuatro aspectos básicos: el tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante), el componente farmacológico, una nutrición ajustada a la situación renal y la restricción de líquidos (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002; Páez, Jofré, Azpiroz y Bortoli, 2009).

Implicaciones psicológicas de la enfermedad renal crónica

Además de los problemas físicos, los pacientes con ERC se encuentran expuestos a diversas fuentes de estrés psicológico, como la dependencia al tratamiento sustitutivo, el requisito de respuesta implicado en el apego terapéutico, las pérdidas sufridas como consecuencia del estado de salud (trabajo, libertad, tiempo de esparcimiento, esperanza de vida, etc.), la disfunción sexual asociada (Muñoz et al., 2010) y la incertidumbre respecto al futuro, lo que en conjunto genera sentimientos de minusvalía, incapacidad e indefensión (Vázquez, Vital, Bravo, Jurado y Reynoso, 2009), pensamientos y conductas de dependencia, y respuestas emocionales como ira, hostilidad y estrés (Rivera, Montero y Sandoval, 2012). De igual forma, quienes la padecen deben realizar múltiples ajustes físicos y psicológicos en las áreas laboral, económica, social y familiar para adaptarse al nuevo estilo de vida y a los cambios que conlleva la enfermedad.

Se ha visto que las alteraciones psicológicas que mayormente se presentan en personas con ERC

son depresión (Aggarwal, Jain, Dabas y Yadav, 2017; Cwiek et al., 2017; Rojas, Ruiz y González, 2017), ansiedad (Cabrales, Sánchez, Ojeda, Monterrubio y Hernández, 2017; Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez y Fajardo, 2006; García y Calvanese, 2008; Lerma, 2012), alteraciones del sueño (Iliescu, Yeates y Holland, 2004; Liaveri et al., 2017), desesperanza (Cabrales et al., 2017), procesos fóbico-obsesivos y rituales, y deterioro de la autoimagen (María, 2003), lo que en conjunto, repercute negativamente en la percepción del paciente acerca de su calidad de vida (Calvanese, Feldman y Weisinger, 2004).

La escasa adherencia al tratamiento constituye un problema ampliamente extendido en los pacientes con ERC (Amigo, 2014; Conde, 1994; Cvengros, Christensen y Lawton, 2004). Dicha adherencia es un predictor central del establecimiento, curso y pronóstico del padecimiento (Santillán, 2010). El incumplimiento de las indicaciones del personal de salud puede generar consecuencias tales como malnutrición, neuropatías, enfermedades óseas, falla cardíaca e incluso la muerte (Andrés, 2004). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004), la escasa adherencia al régimen terapéutico compromete de manera importante su efectividad, disminuye la percepción de bienestar de los pacientes y puede generar costos extras al sistema sanitario, por lo que propone que las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar esta situación y a hacer una aportación importante a la prevención secundaria (modificación de conductas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad) en los pacientes con ERC.

El paciente se encuentra regularmente inmerso en un sistema familiar, por lo que los retos y desafíos a los que se enfrenta no son exclusivos de quien padece la enfermedad, pues este trastorno demanda un ajuste físico, psicológico, social y ambiental, al igual que una reasignación de roles por parte de la familia en función de las necesidades del paciente, quien requiere tareas de asistencia y apoyo complejas, mismas que generalmente recaen en un miembro del sistema familiar, al que se conoce como cuidador primario informal, que es la persona que desempeña las labores de cuidado y acompañamiento, que no se encuentra adscrita a una institución de salud y que no recibe

remuneración alguna por el desempeño de esas tareas (Montero, 2013).

El cuidador modifica sus rutinas y su estilo de vida; reduce sus horas laborales retribuidas y las de esparcimiento, además de que frecuentemente descuida su propia salud para desempeñar óptimamente sus funciones; se enfrenta a estresores diarios, y en ocasiones percibe un pobre apoyo social, por lo que es propenso a desarrollar alteraciones en su salud física, psicológica y social como consecuencia de su labor, mismas que se conocen como “síndrome de sobrecarga del cuidador”, que, de no ser tratado oportunamente, puede acarrear enfermedades crónico-degenerativas y trastornos psicológicos. De igual modo, dicho síndrome puede ocasionar que la calidad de la atención que el cuidador provee al paciente se deteriore. Por ello, es necesario incluir a los cuidadores entre los receptores de atención psicológica (Maza, 2013; Valdez, 2009).

Intervención psicológica en el paciente renal

La evidencia señala que la intervención psicológica desempeña un papel relevante en la mejora de los problemas psicológicos asociados con las enfermedades médicas, así como en la calidad de vida del paciente y en su adherencia al tratamiento médico. En el área de la nefrología, la literatura señala la importancia de las variables psicológicas en el curso de la enfermedad; sin embargo, aún existen lagunas en el conocimiento derivadas de la escasez de estudios que examinen el papel de las intervenciones psicológicas en pacientes con ERC. Pascoe, Thompson, Castle, McEvedy y Ski (2017) realizaron una revisión sistemática con la finalidad de evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales en la sintomatología ansiosa y depresiva, así como en la calidad de vida de los pacientes con ERC, hallando que dichas intervenciones tienen un efecto moderado en la reducción de la ansiedad y la depresión y en el incremento de la calidad de vida; no obstante, dicha revisión se llevó a cabo a partir de una cantidad reducida de estudios (ocho en total), lo que obliga a los referidos autores a sugerir el desarrollo de una mayor investigación que analice el papel de las intervenciones psicológicas en los pacientes con ERC, a fin de establecer con mayor certeza su efecto.

Por lo anterior, es que se considera necesario reconocer la psiconefrología como una disciplina, como una rama de la psicología de la salud que utiliza los conocimientos y técnicas psicológicas en el estudio e intervención de los pacientes con ERC y de sus familias, así como del personal sanitario que los atiende, ocupándose de los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales (Ortega, 2009).

Para favorecer la efectividad de sus tratamientos, la psiconefrología diseña intervenciones basadas en la evidencia, expresión que se refiere al hecho de fundamentar la praxis de la psicología en la mejor evidencia científica disponible, sustentándose en los siguientes pilares conceptuales: el fundamento empírico; las preferencias, valores y expectativas del paciente; el contexto, y la pericia del profesional para aplicar los tratamientos (Martínez, 2014).

Es recomendable que los programas de tratamiento en el campo de la psiconefrología tengan un corte semejante a la terapia breve pues, al tratarse de una enfermedad crónica, la intervención se efectúa regularmente en un ambiente hospitalario, donde la demanda de atención es cuantiosa, sobre todo en las instituciones públicas. Aunado a ello, en ocasiones la estancia intrahospitalaria de los pacientes es de corta duración, por lo que se dispone de poco tiempo para aplicar el tratamiento psicológico.

Las intervenciones no solo deben modificar y eliminar aquellas conductas y cogniciones desadaptadas, sino que también deben centrarse en la adquisición de las nuevas habilidades y comportamientos que habrán de incorporarse al repertorio conductual y cognitivo de los pacientes, que favorezcan la adaptación a la ERC y estimulen a las personas para que pongan en juego su capacidad para resolver conflictos. Al respecto, algunos autores consideran que el aprendizaje del optimismo favorece conductas más adaptativas de afrontamiento y, con ello, mejora la adherencia al tratamiento médico.

Con base en lo anterior, se ha podido identificar las principales actividades del especialista en psiconefrología, las cuales son las siguientes:

- Detectar necesidades de apoyo psicológico y de cambio conductual en pacientes y cuidadores mediante evaluaciones de su estado mental y emocional.

- Entrenar a los pacientes en estrategias que contribuyan a resolver los problemas psicológicos generados por los orgánicos.
- Favorecer alternativas de cambio en el estilo de vida para prevenir problemas o complicaciones orgánicas.
- Diseñar e instrumentar intervenciones que mejoren la adherencia a la terapéutica médica.
- Desarrollar habilidades en los cuidadores que les permitan soportar la sobrecarga.
- Entrenar a los familiares de los pacientes en estrategias de afrontamiento con la finalidad de que mejoren o mantengan su calidad de vida.
- Fomentar el desarrollo de habilidades lingüísticas e instrumentales para resolver problemas, así como mejorar la comunicación efectiva y la toma de decisiones razonadas entre los pacientes y sus cuidadores.
- Contribuir al desarrollo de habilidades de interacción y comunicación efectiva entre el personal sanitario involucrado y el paciente con ERC.
- Diseñar y poner en práctica programas de intervención para favorecer el bienestar psicológico en el personal de salud de los servicios de nefrología.
- Reportar en informes psicológicos y notas clínicas los resultados de las evaluaciones e intervenciones.
- Impulsar programas de formación profesional y difusión del trabajo realizado en el ámbito de las intervenciones psiconefrológicas en foros especializados y publicaciones periódicas.
- Construir instrumentos psicométricos específicos para personas con ERC.

En virtud de lo señalado, el psicólogo especialista en psiconefrología ejerce su función empezando con la evaluación conductual, seleccionando de entre una gama de estrategias aquellas que, además de contar con niveles apropiados de validez y confiabilidad, garanticen una adecuada operacionalización de las variables y se ajusten a las necesidades y características de la población a estudiar y al contexto donde se lleva a cabo la intervención. Algunas de las herramientas más utilizadas

son las entrevistas, autorregistros, autoinformes, instrumentos psicométricos y medidas de evaluación psicofisiológica. Después, se identifican las respuestas conductuales, cognitivas y emocionales que se han de modificar, así como las variables que las originan y mantienen, y la interrelación entre las mismas, para luego seleccionar las técnicas que, de acuerdo con la evidencia, son las idóneas para conformar el tratamiento. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser el modelo teórico con mayor eficacia en pacientes con enfermedades crónicas, pues identifica y modifica la causa que en ese momento está generando sufrimiento y previene su empeoramiento (Cabrales et al., 2017). Las técnicas derivadas de este enfoque favorecen la adaptación del paciente a la condición de salud y le ayudan a poner en práctica estrategias para su regulación emocional y mejorar su calidad de vida (Sánchez, Velazco, Rodríguez y Baranda, 2006).

Se describen a continuación las técnicas de intervención basadas en el enfoque cognitivo-conductual que más se utilizan en pacientes con ERC y en sus cuidadores primarios.

Control de estímulos

Se trata de una técnica dirigida a moderar o eliminar los estímulos que producen o fomentan la aparición y el mantenimiento de conductas que se desea suprimir o, en caso contrario, los que impiden o dificultan aquellas que se quiere implementar o aumentar. Para ello, el primer paso consiste en identificar y registrar los estímulos que producen o dificultan una conducta, según sea el caso, para luego seleccionar los que pueden manipularse según los objetivos terapéuticos. Con base en lo anterior, se planifica el ambiente del sujeto y finalmente se le proporcionan las instrucciones necesarias para modificar la conducta (Gavino, 2009).

En el servicio de nefrología, esta técnica se utiliza para lograr objetivos relacionados con la adherencia al tratamiento, como el apego al régimen alimenticio y la reducción de la ingesta de líquidos y el consumo de sal.

Solución de problemas

Es este un proceso cognitivo-conductual desarrollado por D'Zurilla y Goldfried (1971) que ayuda

al paciente a disponer de una serie de alternativas de respuesta para afrontar situaciones problemáticas y aumentar así la probabilidad de elegir la solución más eficaz entre esas opciones. De acuerdo con Rodríguez y Gavino (2009), puede considerarse como un método de tratamiento que resalta la importancia de las operaciones cognitivas para comprender y resolver problemas, teniendo como ventajas el poder utilizarse para la resolución de conflictos y fomentar la autonomía, así como para mantener los resultados terapéuticos.

Los pasos para su aplicación son los siguientes: 1) Identificar y formular el problema y establecer objetivos; 2) Proponer diferentes alternativas de solución; 3) Evaluar las ventajas y desventajas de cada opción propuesta, para luego seleccionar la que se considere más adecuada; 4) Instrumentar la alternativa de solución elegida, y 5) Evaluar los resultados de esa solución.

En el servicio de nefrología, el objetivo de esta técnica radica en desarrollar en el paciente y en el cuidador primario las herramientas que les permitan generar por sí mismos las alternativas con las que cuentan para resolver los problemas y retos cotidianos que se presenten, así como para aprovechar los recursos cognitivos y conductuales de los que ya disponen.

Frecuentemente, debido a las características de la enfermedad, el rigor del tratamiento y el elevado requisito de respuesta implicado, los pacientes y cuidadores primarios perciben múltiples barreras para modificar su estilo de vida de manera óptima. A través de este procedimiento, se fomenta en ellos el desarrollo de habilidades instrumentales para producir y seleccionar opciones que les permitan enfrentarse de un modo realista y efectivo a las barreras percibidas. Su aplicación con pacientes con ERC resulta con frecuencia de utilidad en la toma de decisiones respecto a la modalidad del tratamiento de sustitución renal que elegirán, la mejora de la adherencia a la dieta, la ideación de alternativas para conseguir entradas adicionales de recursos económicos y la extensión de las redes de apoyo primarias y secundarias.

Terapia cognitiva

Desarrollada por Beck en 1962, opera bajo la hipótesis de que los pensamientos tienen efectos

sobre las emociones y la conducta, por lo que la reestructuración de dichos pensamientos puede mejorar el estado de ánimo del paciente (Beck, 1976). Esta terapia sustenta el modelo llamado ABC, que representa el ciclo de interacción entre pensamientos y conductas. Así, A son los estímulos o situaciones disparadoras; B los pensamientos automáticos, que no son resultado del razonamiento, que aparecen de manera espontánea, que se pueden presentar de forma visual o verbal y de los cuales surgen las creencias, mismas que son ideas que interpreta el sujeto como verdades absolutas, y que son las definiciones, evaluaciones o interpretaciones que hace de sí mismo, de los demás y del mundo; por último, la C se refiere a las consecuencias emocionales y conductuales.

La terapia cognitiva consiste en aprender a identificar los pensamientos irracionales que producen malestar emocional, para luego aprender a sustituirlos por ideas alternativas más realistas mediante un proceso de discusión y evaluación de los pensamientos negativos, cuestionando su veracidad, fomentando siempre un pensamiento crítico y apoyándose en hechos ajustados a la realidad (Ibáñez y Manzanera, 2011).

En los pacientes con ERC, es este un procedimiento utilizado con frecuencia. En el caso de las personas con reciente diagnóstico, con hospitalizaciones frecuentes, con trasplantes en los que hubo rechazo del injerto, por solo mencionar algunos ejemplos, se utiliza esta técnica para modificar pensamientos de poca valía, ideas de desesperanza, visión de túnel y pensamiento catastrófico acerca de su pronóstico y futuro. En los cuidadores primarios, es común encontrar pensamientos poco realistas acerca de la enfermedad y el tratamiento, los que usualmente son reforzados por algunos mitos populares. De igual modo, sobre todo en el caso de cuidadores con síndrome de sobrecarga, surgen ideas de autoculpabilización, pensamiento dicotómico, exigencias de perfeccionismo, despersonalización, ideas de poca valía e inutilidad, todo lo cual genera malestar emocional. Es necesario modificar estos pensamientos para promover la autorregulación emocional y aumentar la funcionalidad y las conductas de adherencia de pacientes y cuidadores.

Técnicas de relajación

Estas técnicas buscan producir una respuesta contraria a la activación fisiológica que se genera en situaciones de estrés a fin de facilitar la recuperación de la calma (Barrera, Fuentes y González-For-teza, 2013). Los cambios se encuentran mediados por el equilibrio del sistema nervioso autónomo en sus dos ramas: simpática, que regula la función de alerta y defensa, y la rama parasimpática, encargada de regular las funciones de ahorro y reposo. Mediante las técnicas de relajación se produce también un aumento en los niveles de serotonina, neurotransmisor que induce emociones como la alegría y las sensaciones de tranquilidad (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Diversas investigaciones han documentado la eficacia de estas técnicas en el manejo del estrés, la ansiedad, el miedo, la depresión, la hipertensión arterial, el dolor y el insomnio (Johnson y Rober-son, 2013; Linden y Moseley, 2006; Vázquez et al., 2009), aplicaciones que son congruentes con sus objetivos en los servicios de nefrología, donde además se suelen utilizar antes de llevar a cabo procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos.

Intervenciones psicoeducativas

Consisten en programas estructurados en los cuales se provee información acerca de la enfermedad y el proceso de la misma, el tratamiento, los recursos y servicios de los que dispone, además de entrenar a los cuidadores para responder de manera adecuada a los desafíos relacionados con su labor y en el manejo de sus emociones. Este formato de intervención suele incluir materiales de lectura, discusiones en grupo y materiales impresos (Sörensen, Pinquart y Duberstein, 2002).

Las intervenciones psicoeducativas se emplean de manera recurrente en el área de la psiconefrología dado que frecuentemente los pacientes y sus familiares reciben el diagnóstico de forma inesperada y desconocen los términos relacionados con la ERC, motivo por el cual surgen en ellos múltiples dudas sobre el padecimiento y su tratamiento. Cabe mencionar que alrededor de la ERC y el tratamiento sustitutivo de la función renal hay múltiples mitos populares que producen una per-

cepción equivocada acerca de los mismos, lo que conlleva el riesgo de que los pacientes y los cuidadores rechacen la propuesta de incorporarse a la diálisis o hemodiálisis, o bien tengan expectativas poco realistas acerca del trasplante renal. En virtud de lo anterior, este tipo de intervención suele ser útil para que conozcan la enfermedad y el tratamiento, desarrollen estrategias para afrontarlos y reduzcan el nivel de ansiedad que unos y otros manifiestan ante el diagnóstico y el tratamiento, ya que les da mayor sensación de seguridad y control en cuanto que logran saber más sobre ellos.

Desafíos de la psiconefrología

Uno de los desafíos más importantes a enfrentar es diseñar programas de calidad, y de intervención breve basados en la evidencia y que resulten adecuados para aplicarse en instituciones públicas en las que la demanda supera en gran medida al personal sanitario, donde los pacientes disponen de pocos recursos económicos para trasladarse en múltiples ocasiones al hospital, y no se cuenta con el espacio físico suficiente para cubrir las necesidades de atención.

Otro reto a superar es la inclusión de los profesionales de la psiconefrología que deciden formarse en esta disciplina, pues en la mayoría de los hospitales generales de México solo hay un psicólogo para atender las necesidades de todos los pacientes que acuden a recibir los servicios (Rivera, Díaz, Chapa, López y Zavala, 2015). Un desafío adicional es que los psicólogos que se integren al campo de la psiconefrología cuenten con el entrenamiento profesional necesario para la atención de esta población, que utilicen métodos de inter-

vención basados en la evidencia, que conozcan a fondo la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial y que posean las aptitudes necesarias para trabajar de manera interdisciplinaria con el equipo de salud.

La psiconefrología requiere profesionales comprometidos que busquen promover cambios físicos, cognitivos, emocionales y conductuales en los pacientes con ERC. Esta actuación profesional especializada requiere el diseño y la inclusión de programas de formación. En México se han abierto espacios en diversos foros académicos, congresos, diplomados y programas de posgrado cuya meta es introducir al psicólogo en el trabajo con pacientes que padecen ERC, pero sin que se ofrezcan aún programas completos de entrenamiento en esta área, tal como existen ya en la de la psicooncología.

Para finalizar, es importante subrayar que uno de los objetivos primordiales de la psiconefrología es el de trabajar de manera interdisciplinaria para impulsar el bienestar del paciente con ERC y de su familia. Los equipos de salud incluyen idealmente al médico nefrólogo y a especialistas en enfermería, nutrición, trabajo social y psicología (María, 2003); sin embargo, en México, tal como apuntan Rivera et al. (2015), en las instituciones de salud todavía no se tienen las condiciones óptimas para desarrollar un trabajo verdaderamente interdisciplinario que incluya entre sus actores principales al psiconefrólogo. Por ello, se requiere de un esfuerzo común para generar espacios que permitan el entrenamiento y la intervención del psicólogo, y se favorezca así la diversificación de su labor con el propósito de brindar oportunamente un trato ético y digno al paciente con ERC.

REFERENCIAS

- Aggarwal, H.K., Jain, D., Dabas, G. y Yadav, R.K. (2017). Prevalence of depression, anxiety and insomnia in chronic kidney disease patients and their co-relation with the demographic variables. *Prilozi*, 38(2), 35-44. doi: 10.1515/prilozi-2017-0020.
- Amigo, I. (2014). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Andrés, B. (2004). Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología*, 7(3), 158-163.
- Ascencio, L. (2015). Psicooncología y cuidados paliativos. En J. A. Piña y J. Ybarra (Coords.): *La psicología en el ámbito de la salud en México, investigación y aplicación del conocimiento* (pp. 25-46). Ciudad Victoria, Tamps. (México): Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Ávila S., M.N., Conchillos O., G., Rojas B., I.C., Ordoñez C., A.E. y Ramírez F., H.J. (2013). Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Medicina Interna de México*, 29, 473-478.

- Barrera, V.M., Fuentes, I.P. y González-Forteza, C. (2013). *Estrés y salud mental. Estrategias para el manejo integral del estrés*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Bazán R., G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 20-26.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Cabrales A., J., Sánchez E., M., Ojeda V., I., Monterrubio F., E. y Hernández G., C. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 9(1), 46-53.
- Calvanese, N., Feldman, L. y Weisinger, J. (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista de Nefrología Latinoamericana*, 11, 49-63.
- Conde, J.L. (1994). Aspectos económicos y organizativos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica permanente. *Nefrología*, 14, 3-9.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, J.C., Gutiérrez, C. y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universidad Psicología*, 5(3), 487-499.
- Cvengros, J., Christensen, A. y Lawton, W. (2004). The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(3), 155-161.
- Ćwiek, A., Czok, M., Kurczab, B., Kramarczyk, K., Drzyzga, K. y Kucia, K. (2017). Association between depression and hemodialysis in patients with chronic kidney disease. *Psychiatry Danub*, 3, 499-503.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. y Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: el papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22(3), 2245-2252.
- García, H. y Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18(1), 5-15.
- Gavino, A. (2009). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Hersh-Rifkin, M. y Stoner, M.H. (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner y A. Corea (Eds.): *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. St. Louis, MO: Mosby Inc.
- Ibáñez T., C. y Manzanera E., R. (2011). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). *Semergen*, 40(1), 34-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.020>.
- Iliescu, E.A., Yeates, K.E. y Holland, D.C. (2004). Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. *Nephrology, Dialysis & Transplantation*, 19, 95-99. doi: 10.1093/ndt/gfg423.
- Johnson, D. y Roberson, A. (2013). The evaluation of the effectiveness of relaxation training and sleep hygiene education for insomnia of depressed patients. *Clinical Scholars Review*, 6(1), 39-46. doi: <https://doi.org/10.1891/1939-2095.6.1.39>.
- Lerma, A. (2012). Ensayo clínico controlado para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante una intervención cognitivo-conductual comparada con la atención médica convencional (Tesis doctoral inédita). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Liaveri, P., Dikeos, D., Ilias, I., Lygkoni, E., Boletis, I., Skalioti, C. y Paparrigopoulos, T. (2017). Quality of sleep in renal transplant recipients and patients on hemodialysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 93, 96-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.013>.
- Linden, W. y Moseley, J. (2006). The efficacy of behavioral treatments for hypertension. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(1), 51-63. doi: 10.1007/s10484-006-9004-8.
- María, E. (2003). Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Orgs.): *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 395-419). Bilbao: Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología.
- Marques, M. y Barrientos, A. (2000). Insuficiencia renal crónica. En J. Arias, M. A. Aller, J. I. Arias e I. Aldamendi (Eds.): *Enfermería médico-quirúrgica*. Madrid: Tebar.
- Martínez C., A., Navarro G., J.F. y Górriz T., J. (2012). Concepto y epidemiología de la enfermedad renal crónica en la diabetes mellitus. En J. Górriz, A. Martínez C., C. Mora F. y J. Navarro G. (Eds.): *Diabetes y enfermedad renal crónica. Epidemiología, patogenia, factores de progresión y detección de la nefropatía diabética* (pp. 3-6). Barcelona: Sociedad Española de Nefrología. Recuperado de http://www.elsevier.es/ficheros/nefro/otros_pubs/nefropatía_diabética_mod_1.pdf.
- Martínez T., A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 63-78.
- Maza, B. (2013). *Realidad del cuidador informal. Una visión dirigida hacia el cuidador informal del enfermo en situación terminal*. Tesis inédita de grado. Santander (España): Universidad de Cantabria.
- Méndez D., A., Méndez B., J., Tapia Y., T., Muñoz, A. y Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7-11. doi: [org/10.1016/S1886-2845\(10\)70004-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1886-2845(10)70004-7).

- Montero, X. (2013). *Valoración integral y factores de cambio en la carga de cuidadores primarios informales de niños con cáncer*. Tesis doctoral inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Muñoz V., E., Vaca A., M., Romero, E., García, J., Bagdad, A. y Mahamed, N. (2010). Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología*, 13(2), 113-118.
- National Kidney Foundation (2002). K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification. *American Journal of Kidney Disease*, 39, 1-266.
- Oblitas, L. y Becoña, E. (Eds.) (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS.
- Ortega E., Z. (2009). La psiconefrología en el Perú. *Temática Psicológica*, 5(1), 27-33.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., Bortoli, M. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64712168010.pdf>.
- Pascoe, M., Thompson, D., Castle, D., McEvedy, S. y Ski, C. (2017). Psychosocial interventions for depressive and anxiety symptoms in individuals with chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-13. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00992.
- Pérez M., J., Llamas F., F. y Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*, 1(3), 1-10.
- Piña, J. y Rivera, V. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679.
- Piña, J.A. e Ybarra, J. (2015). *La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento*. México: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Rivera L., A., Díaz D., M., Chapa A., C., López L., M.M. y Zavala, S. (2015). Cambios comportamentales que favorecen la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica. En S. Camacho y S. Galán (Comps.): *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud* (pp. 93-110). México: El Manual Moderno.
- Rivera L., A., Montero L., L.A. y Sandoval Á., R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35(4), 329-337.
- Rodríguez N., C. y Gavino, A. (2009). Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas y el control de las cogniciones. En A. Gavino (Ed.): *Guía de técnicas de terapia de conducta* (pp. 111-131). Madrid: Pirámide.
- Rojas V., Y., Ruiz M., A.O. y González S., R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13.
- Ruiz M., A., Díaz M., I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductual*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Sánchez R., S., Velasco F., L., Rodríguez C., R. y Baranda S., J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 540-546.
- Santillán, C. (2010). Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención educativa para pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1(1), 37-46.
- Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? A updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372. doi: 10.1093/geront/42.3.356.
- Valdez, J. (2009). *Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal del Hospital General de Zona Número 8 IMSS "Gilberto Flores Izquierdo" en el periodo marzo, 2008-febrero, 2009*. Tesis inédita de especialidad. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vázquez M., I., Vital F., S., Bravo G., M., Jurado C., S. y Reynoso E., L. (2009). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(2), 35-43. doi: <http://dx.doi.org/10.5460/jbhsi.v1.2.18801>.
- Weiner, H. (1982). Psychobiological factors in bodily disease. En T. Millon, C. Green y R. Meagine (Eds.): *Handbook of clinical health psychology* (pp. 31-53). New York: Plenum Press.
- World Health Organization (1946). *Frequently asked questions*. Geneve: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.

REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos 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 en formato Word 2003 o 2007 al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, correo electrónico rbulle@uv.mx. Se acusará recibo de los textos, pero no se extenderán cartas de aceptación hasta que hayan sido programados para su publicación. Una vez publicado un artículo, se remitirá al autor principal por vía electrónica la separata del mismo para su reproducción.
3. Si bien se reciben los trabajos a través de nuestra plataforma al registrarse en <http://psicologiaysalud.uv.mx/>, es preferible que se envíen a la dirección electrónica indicada.
4. Los artículos se acompañarán de una declaración adjunta que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, a menos que medie la autorización expresa del Editor.
5. Una vez recibidos, los artículos serán remitidos a dictamen por parte de expertos en el tópico abordado, cuyas recomendaciones deberán seguir el o los autores, a reserva de que estos pueden inconformarse justificando plenamente el motivo de su inconformidad.
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 Comité Editorial se reservará el derecho de aceptar la publicación del mismo.
7. En el caso que un autor pretenda publicar un artículo ya aparecido en *PSICOLOGÍA Y SALUD* en otro medio, deberá solicitar el permiso por escrito al Editor, justificando las razones de tal petición.

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

8. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán presentar en ese idioma y en inglés el título, el resumen y un máximo de seis descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto.
9. El artículo no deberá incluir números de página ni exceder de quince páginas en *interlineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus direcciones electrónicas.
12. 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 pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. 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 de su contenido.
15. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados.
16. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

REFERENCIAS:

17. La referencias anotadas al final deberá corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
18. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.

CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

20. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2000 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara y ordenados con números sucesivos.
21. 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.

En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba. Sólo se remiten ejemplares impresos previa suscripción.



UNIVERSIDAD
VERACRUZANA

SUMMARY

Effects of an instructional procedure
to develop breast care skills

*Jesús Ernesto Valencia, Karla Fabiola Acuña, Juan José Irigoyen
and Miriam Yerith Jiménez*

Anxiety and quality of life in women with breast cancer:
A theoretical review

*Cecilia Mota González, Evangelina Aldana Calva,
Lyda M. Bohórquez Zambrano, Sandra Martínez Medina
and José Raúl Peralta López*

Social support and resilience: Predictors of psychological well-being
on adolescents with stressful life event

*Sandybell González Lugo, José Concepción Gaxiola Romero
and Edgar René Valenzuela Hernández*

Cognitive-behavioral treatment of children anxiety disorders

*Alejandra Viridiana Gutiérrez García, Mariana Gutiérrez Lara,
Cecilia Méndez Sánchez and Angélica Riveros Rosas*

Effect of affective valence of thinking on nasal temperature:
Guided imagery and psychosocial stress

*David Alberto Rodríguez-Medina, Benjamín Domínguez Trejo,
Mariana Ortíz Omaña, Gerardo Leija Alva
and Omar Arturo Chavarría Santiago*

Development of a attitude questionnaire
toward post-mortem organ donation

*Kristian Jasso, Roberto Lagunes-Cárdena,
José Manuel Martínez and María Luisa Marván*

Efficacy of a psychosocial intervention program
in women suffering from fibromyalgia

Silvia León Vega

Psychological considerations on approaches
to focal dystonia in musicians

Karla María Reymoso-Vargas and Yander Amin Rodríguez-Simental

Conceptualization of gender attributes
in university students from northern Mexico

*Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez,
Sandra Elvia Ibáñez Domínguez and Rosario Román Pérez*

Factorial structure of the Mindful Attention
and Awareness Scale for Mexican students

*Fabián Israel Balderas Molina, Angélica Riveros Rosas
and Ana Beatriz Moreno Coutiño*

Intervention based on the problem-solving model
for caregivers of chronic kidney disease patients

*Karla Nathalia Fernández Castillo, Teresa Iveth Satelo Quiñonez,
Raquel García Flores, Nora Hemi Campos Rivera
and Santa Magdalena Mercado Ibarra*

Psychoneurology: A field of study in development

Alejandra García-Arista and Aranel de Jesús Arredondo-Pantaleón