

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 29 Número 1 Enero-junio 2019

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos
Centli Guillén Díaz-Barriga y Ana Luisa González-Celis Rangel

Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales
Michelle Flores-Terrones, Óscar Galindo-Vázquez, Janet Jiménez-Genchi, Liliana Rivera-Fong y Eva González-Rodríguez

Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana
Alejandro López Tello y Ana Beatriz Moreno Coutiño

Repercusiones físicas y sociales en la salud de portadoras que son a la vez cuidadoras primarias de pacientes con hemofilia
Maricela Osorio Guzmán, María del Carmen Puente Reyna y Georgina Eugenia Bazán Riverón

Depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso en mujeres en tratamiento nutricional
Cecilia Silva, Natalia Fernández y Natalia Rodríguez

Variables asociadas al síndrome de burnout en el área de la salud de una clínica de Villavicencio, Colombia
Karen Tatiana Castillo Parra, Nadyara Gestagalli Vargas, Juan Sebastián Vernaza Sánchez, Fernando Riveros Munévar, Liliana Bernal Vargas y Angie Paola Quiñonez Moreno

Intervenciones basadas en mindfulness para reducir el estrés en la enfermedad cardiovascular: ¿cómo funcionan?
Erika Yohanna Bedaya Cardona

Pérdidas a lo largo del ciclo vital en adultos mayores
Karen Cecilia Sandoval Carlos, María Dolores García Sánchez y Oliva Eréndira Luis Delgado

Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario
María Esperanza Durán-Flórez y Diana Marcela Casallas-Murillo

La violencia relacional en la adolescencia: un análisis psicosocial
Ana Romero-Abria, María Elena Villarreal-González, Juan Evaristo Callejas-Jerónima, Juan Carlos Sánchez-Sosa y Gonzalo Musitu

Cáncer y depresión: una revisión
Rosario Fátima Diz Ramírez, Alberto Garza de la Cruz, Elivier Kristina Olivas Verduzco, José Guadalupe Montes Esqueda y Guadalupe Selene Fernández Luciano

Religión y discapacidad: tramas que construyen la calidad de vida de los creyentes
Carolina Mora Huerta y María Eugenia Patiño López

Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve
Humberto Valle-Soto, Susana Robles-Montija, John S. Wiebe y Juan José Sánchez-Sosa

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 29, Número 1 • Enero-junio de 2019

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 29, Número 1
Enero-junio de 2019

Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos <i>Centli Guillén Díaz-Barriga y Ana Luisa González-Celis Rangel</i>	5
Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales <i>Michelle Flores-Terrones, Óscar Galindo-Vázquez, Janet Jiménez-Genchi, Liliana Rivera-Fong y Eva González-Rodríguez</i>	17
Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana <i>Alejandro López Tello y Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	25
Repercusiones físicas y sociales en la salud de portadoras que son a la vez cuidadoras primarias de pacientes con hemofilia <i>Maricela Osorio Guzmán, María del Carmen Puente Reyna y Georgina Eugenia Bazán Riverón</i>	33
Depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso en mujeres en tratamiento nutricional <i>Cecilia Silva, Natalia Fernández y Natalia Rodríguez</i>	41
VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁREA DE LA SALUD DE UNA CLÍNICA DE VILLAVICENCIO, COLOMBIA <i>Karen Tatiana Castillo Parra, Nadyara Cestagalli Vargas, Juan Sebastián Vernaza Sánchez, Fernando Riveros Munévar, Liliana Bernal Vargas y Angie Paola Quiñonez Moreno</i>	51
Intervenciones basadas en mindfulness para reducir el estrés en la enfermedad cardiovascular: ¿cómo funcionan? <i>Erika Yohanna Bedoya Cardona</i>	63
PÉRDIDAS A LO LARGO DEL CICLO VITAL EN ADULTOS MAYORES <i>Karen Cecilia Sandoval Carlos, María Dolores García Sánchez y Oliva Eréndira Luis Delgado</i>	79
Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario <i>María Esperanza Durán-Flórez y Diana Marcela Casallas-Murillo</i>	91
La violencia relacional en la adolescencia: un análisis psicosocial <i>Ana Romero-Abrio, María Elena Villarreal-González, Juan Evaristo Callejas-Jerónimo, Juan Carlos Sánchez-Sosa y Gonzalo Musitu</i>	103
Cáncer y depresión: una revisión <i>Rosario Fátima Diz Ramírez, Alberto Garza de la Cruz, Elivier Kristina Olivas Verduzco, José Guadalupe Montes Esqueda y Guadalupe Selene Fernández Luciano</i>	115
Religión y discapacidad: tramas que construyen la calidad de vida de los creyentes <i>Carolina Mora Huerta y María Eugenia Patiño López</i>	125
Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve <i>Humberto Valle-Soto, Susana Robles-Montijo, John S. Wiebe y Juan José Sánchez-Sosa</i>	139

SUMMARY

Volume 29, Number 1
January-June 2019

Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in Mexican asthmatic adults <i>Centli Guillén Díaz-Barriga and Ana Luisa González-Celis Rangel</i>	5
Validation of the Zarit Burden Interview in informal primary caregivers of patients with diagnosis of mental disorders <i>Michelle Flores-Terrones, Óscar Galindo-Vázquez, Janet Jiménez-Genchi, Liliana Rivera-Fong and Eva González-Rodríguez</i>	17
Compassion Scale (ECOM) for Mexican population <i>Alejandro López Tello and Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	25
Physical and social repercussions on the health of carriers, who are also primary caregivers of hemophilic patients <i>Maricela Osorio Guzmán, María del Carmen Puente Reyna and Georgina Eugenia Bazán Riverón</i>	33
Depression, anxiety and self-efficacy to lose weight in women in a nutritional treatment <i>Cecilia Silva, Natalia Fernández and Natalia Rodríguez</i>	41
Variables associated with burnout syndrome in the health area of a clinic at Villavicencio, Colombia <i>Karen Tatiana Castillo Parra, Nadyara Cestagalli Vargas, Juan Sebastián Vernaza Sánchez, Fernando Riveros Munévar, Liliana Bernal Vargas and Angie Paola Quiñonez Moreno</i>	51
Mindfulness-based interventions for reducing stress in cardiovascular disease: How do they work? <i>Erika Yohanna Bedoya Cardona</i>	63
Losses throughout the life span in old age people <i>Karen Cecilia Sandoval Carlos, María Dolores García Sánchez and Oliva Eréndira Luis Delgado</i>	79
Evaluation of compliance of the mental health guide for perinatal grief care in the hospital setting <i>María Esperanza Durán-Flórez and Diana Marcela Casallas-Murillo</i>	91
Relational violence in adolescence: A psychosocial analysis <i>Ana Romero-Abrio, María Elena Villarreal-González, Juan Evaristo Callejas-Jerónimo, Juan Carlos Sánchez-Sosa and Gonzalo Musitu</i>	103
Cancer and depression: A review <i>Rosario Fátima Diz Ramírez, Alberto Garza de la Cruz, Elivier Kristina Olivas Verduzco, José Guadalupe Montes Esqueda and Guadalupe Selene Fernández Luciano</i>	115
Religion and disability: Weaves that build the believers' quality of life <i>Carolina Mora Huerta and María Eugenia Patiño López</i>	125
Depression and adherence to antiretroviral medication: Effects of a brief behavioral intervention <i>Humberto Valle-Soto, Susana Robles-Montijo, John S. Wiebe and Juan José Sánchez-Sosa</i>	139

Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos¹

Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in Mexican asthmatic adults

Centli Guillén Díaz-Barriga y Ana Luisa González-Celis Rangel²

Citación: Guillén D.B., C. y González C.R., A.L. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16.

RESUMEN

Los individuos con asma suelen exhibir un elevado índice de sintomatología ansiosa que, a su vez, se asocia con un control deficiente de la enfermedad. Por lo anterior, se requiere una herramienta práctica que identifique a pacientes con tales síntomas para así brindarles una atención psicológica oportuna. El Inventario de Ansiedad de Beck es uno de los instrumentos más utilizados en población general y con enfermedades crónicas; sin embargo, no se han estudiado sus características en población asmática. Así, el objetivo del presente estudio fue determinar las propiedades psicométricas y estructura factorial de dicho instrumento en adultos asmáticos mexicanos, para lo cual se empleó un diseño ex post facto transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron 157 asmáticos usuarios de un instituto de salud pública de la Ciudad de México que aguardaban consulta médica. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Control del Asma. El análisis factorial exploratorio inicial produjo cuatro factores y excluyó dos reactivos. Los 19 reactivos restantes se agruparon en cuatro factores y explicaron 59.93% de la varianza. El factor denominado “síntomas de respiración” agrupó síntomas de ansiedad similares a los asmáticos. El valor del coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio y se obtuvieron valores de correlación moderados con el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Control del Asma. Se concluye que el Inventario de Depresión de Beck es válido y confiable para emplearse población asmática mexicana.

Palabras clave: BAI; Ansiedad; Asma; Análisis factorial exploratorio; Propiedades psicométricas.

ABSTRACT

Individuals with asthma show high rates of anxious symptomatology, which is in turn associated with poor asthma control. Therefore, a practical tool that identifies patients with anxiety symptoms is required to provide timely psychological care. The Beck Anxiety Inventory is one of the most used instruments in general population and with chronic diseases; however, its characteristics among asthmatic population have not been studied. The aim of this study was to determine the psychometric properties and factor composition of the BAI on a sample of Mexican asthmatic adults. A descriptive, ex post facto transversal design was used with a non-probabilistic convenience sampling. Participants included 157 asthmatic outpatients of a public health institute in Mexico City. The evaluation was carried out in the waiting room while patients waited for medical consultation. The instruments answered by the patient were the Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, and the Asthma Control Questionnaire. The initial exploratory factor analysis produced

¹ El presente artículo forma parte de la tesis doctoral de la primera autora bajo la dirección de la segunda.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. De los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)27-01-97-74, correos electrónicos: centlig@hotmail.com y alger10@hotmail.com. Artículo recibido el 15 de junio y aceptado el 31 de agosto de 2017.

four factors with two deleted items. The remaining 19 items were grouped into four factors and explained 59.93% of the variance. The factor "breathing symptoms" grouped the symptoms of anxiety which share similarities with the signs of asthmatic crises. The Cronbach alpha value was satisfactory, and moderate correlation values were obtained with the Beck Depression Inventory and the Asthma Control Questionnaire. It is concluded that the Beck Anxiety Inventory is a valid and reliable instrument to be used in the Mexican asthmatic population.

Key words: BAI; Anxiety; Asthma; Factorial exploratory analysis; Psychometric properties

INTRODUCCIÓN

En diversos estudios realizados en el mundo se ha reportado que los adultos que padecen asma bronquial tienen hasta seis veces más probabilidades de exhibir un trastorno de ansiedad que la población general (Goodwin, Jacobi y Thefeld, 2003). En algunas investigaciones se ha reportado que entre 36.9% (Ciprandi, Schiavetti, Rindone y Ricciardolo, 2015) y 47.3% (Cooper et al., 2007) de la población asmática presentan o presentarán dichos síntomas en algún momento de la enfermedad. Incluso se ha reportado que tales pacientes tienen niveles de ansiedad más altos que aquellos con otras enfermedades crónicas, como EPOC (Braket et al., 2015). En el caso de México, Lugo, Reynoso y Fernández (2014) identificaron que 39.6% de los pacientes con asma padecen síntomas de ansiedad.

Lo anterior es relevante porque se ha encontrado que la ansiedad tiene diversas consecuencias perjudiciales, como un deterioro significativo del control de la enfermedad (Lavoie, Bodreau, Plourde, Campbell y Bacon, 2011), un mayor riesgo de exacerbaciones asmáticas (Liu et al., 2014) y una mayor frecuencia de visitas a la sala de urgencias y hospitalizaciones (Tany y Saha, 2017). El paciente ansioso percibe con más intensidad los síntomas del asma (Li et al., 2015); es más propenso a sufrir otros problemas psicológicos, como la depresión (Brumpton et al., 2013); muestra una escasa adhesión terapéutica al tratamiento médico (Ritz, Meuret, Trueba, Fritzsche y von Leupoldt, 2013) y en general experimenta un deterioro de su nivel de calidad de vida relacionada con la enfermedad

(Lomper, Chudiak, Uchmanowicz, Rosinczuk y Jankowska-Polanska, 2016) y de su calidad de vida en general (Coban y Aydemir, 2014; Correia et al., 2013). Por consiguiente, la valoración de la ansiedad en pacientes asmáticos se vuelve necesaria, por lo que es indispensable contar con un instrumento sensible que aporte mediciones válidas y confiables y que garantice la detección certera y oportuna de los síntomas de ansiedad en esta población, a fin de no confundir la sintomatología ansiosa con otros síntomas asociados a la enfermedad.

Entre la amplia gama de instrumentos que se han diseñado para evaluar la sintomatología de ansiedad, el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), conocido como BAI por sus siglas en inglés, es una de las herramientas que se emplean con mayor frecuencia en todo el mundo, tanto en el ámbito de la investigación psicológica como en el campo clínico (Bardhoshi, Duncan y Erford, 2016). Si bien no es un instrumento que tenga como fin diagnosticar los trastornos de ansiedad, pues no los clasifica y solamente indica la severidad de la sintomatología, su popularidad radica en su aplicación sencilla e interpretación práctica, y en que provee datos valiosos para una primera aproximación a dichos trastornos (Sanz, 2014).

El BAI surgió como una propuesta para valorar la gravedad de los síntomas de ansiedad de una persona y discriminar entre síntomas de ansiedad y de depresión. En su evaluación original, Beck et al. (1988) obtuvieron una consistencia interna alta ($\alpha = .92$), una confiabilidad test-retest de .75, y además una correlación moderada con la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1969) ($r = .51$), y baja con la Escala de Depresión del mismo autor (Hamilton, 1967) ($r = .25$). La estructura factorial obtenida fue de dos dimensiones: una compuesta por síntomas somáticos (doce reactivos) y la otra por los síntomas subjetivos de la ansiedad relacionadas con el trastorno de pánico (nueve reactivos).

Posteriormente, Beck y Steer (1991) llevaron a cabo una validación en 367 participantes con diagnósticos de trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. La aportación principal de ese estudio fue que el análisis factorial arrojó cuatro factores: síntomas subjetivos, neurofisiológicos, autonómicos y característicos de ataques de pánico. Desde la

publicación del mismo a la fecha se han generado diversas investigaciones en población general y psiquiátrica para determinar las propiedades del BAI. Por tal motivo, Bardhoshi et al. (2016) llevaron a cabo un exhaustivo metaanálisis de sus propiedades psicométricas mediante la recolección de los estudios comprendidos entre 1993 y 2013. Los resultados obtenidos proporcionan estimaciones de consistencia interna fuerte tanto en población clínica ($\alpha = .91$, $k = 61$, $n = 18,015$) como en población general ($\alpha = .91$, $k = 56$, $n = 25,917$). En lo referente a la composición factorial, nueve estudios de los dieciocho reportados eran similares al estudio original y arrojaron dos dimensiones: síntomas somáticos y síntomas subjetivos (Contreras, Fernández, Malcame, Ingram y Vaccarino, 2004; Kabacoff, Segal, Hersen y Van Hasselt, 1997; Kumar, Steer y Beck, 1993; Lovibond y Lovibond, 1995; Peterson, 1995; Sanford, Bush, Stone, Lichstein y Aguillard, 2008; Steer, 2009; Steer, Kumar, Ranieri y Beck, 1995; Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck, 1993); cuatro estudios propusieron un modelo de cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autónomo y pánico (Durham, 2010; Osman, Barrios, Aukes, Osman y Markway, 1993; Steer, Kumar y Beck, 1993; Osman et al., 2002). Un estudio más propuso un modelo de cinco factores: somático, subjetivo, síntomas somáticos relacionados con la temperatura, síntomas físicos de asfixia, y pánico (Lindsay y Skene, 2007), y finalmente otro propuso seis factores: somático, miedo, hiperactividad autonómica, pánico, nerviosismo y tensión motora (Morin et al., 1999).

En el caso específico de la población mexicana, Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) obtuvieron una estructura de cuatro factores: síntomas subjetivos, neurofisiológicos, autonómicos y de pánico. Esta versión en español mostró una alta consistencia interna, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, de .84 en estudiantes universitarios y de .83 en adultos de población general. Al comparar población general y pacientes con trastorno de ansiedad, se reportaron diferencias significativas entre las puntuaciones promedio de la escala ($t = 19.11$, $p < .05$), lo que indica su poder de discriminación.

Por otra parte, la estructura factorial del BAI también ha generado interés en lo que atañe a la población con enfermedades fisiológicas, debido principalmente a la posible superposición que

hay entre los síntomas somáticos asociados con el diagnóstico médico y los síntomas somáticos que reflejan ansiedad (Clark et al., 2016; Kagee, Coetzee, Saal y Nel, 2015; Phan et al., 2016). En la investigación realizada por Clark et al. (2016) se hace énfasis en que los pacientes que sufrieron un evento cardíaco manifiestan una estructura similar en los procesos de pensamiento que los de la población general o psiquiátricos; empero, los síntomas somáticos se agrupan de forma diferente debido a las experiencias orgánicas debidas a la enfermedad que han tenido los pacientes.

En el caso específico de la población asmática mexicana, el BAI ha sido el instrumento de elección de los investigadores. Se ha empleado tanto para obtener las cifras de prevalencia de la ansiedad (Lugo et al., 2014), como para evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual dirigida a la adherencia terapéutica y el tratamiento de la ansiedad (Caballero, Fernández, Salas, Chapela y Sánchez-Sosa, 2009). Sin embargo, no se cuenta con datos de la estructura factorial del instrumento en dicha población.

Debe apuntarse que Robles et al. (2001) señalan que el BAI tiene propiedades psicométricas idóneas para ser utilizado en población mexicana con trastornos psiquiátricos y población general, pero recomiendan que se evalúe la pertinencia del BAI estandarizado en otras muestras.

A pesar de que la interpretación del BAI se hace con base en el resultado total y no por sus factores, conocer las dimensiones que subyacen al instrumento puede proporcionar información para generar estrategias de tratamiento específicas a la población de estudio, sobre todo considerando la gran variabilidad de la composición factorial en otras muestras de pacientes crónicos, y que los síntomas característicos del asma (dificultad para respirar, falta de aire, sensación de asfixia, opresión torácica y palpitaciones cardíacas) (Iniciativa Global para el Asma [GINA], 2015) también son síntomas fisiológicos que aparecen en la ansiedad.

De ahí que el objetivo del presente estudio no experimental, descriptivo-correlacional, con diseño ex post facto transversal, haya sido determinar las características psicométricas y la estructura factorial del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en una muestra de pacientes adultos con diagnóstico de asma bronquial.

MÉTODO

Participantes

Los participantes fueron reclutados a lo largo de tres meses en la clínica de asma de un instituto de salud pública de tercer nivel de atención ubicado en la Ciudad de México.

Los criterios de inclusión fueron tener una edad igual o mayor a 17 años y un diagnóstico de asma confirmado por el neumólogo tratante del instituto, sin importar el grado de severidad de la enfermedad. A su vez, los de exclusión fueron dejar inconcluso 15% o más de algún instrumento de evaluación o retirarse voluntariamente de la investigación.

Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se estableció el tamaño de la muestra teniendo en cuenta que para poder llevar a cabo los procedimientos factoriales se necesitan al menos cinco participantes por cada reactivo del instrumento que se somete al análisis (Carretero y Pérez, 2005). En virtud de que el BAI se compone de 21 reactivos, la cifra mínima de participantes se estableció en 105. En el estudio se alcanzó un tamaño muestral de 157 pacientes adultos asmáticos.

Instrumentos

Ficha de identificación. Contiene información de algunas características sociodemográficas de los pacientes, esto es, sexo, edad, estado civil y escolaridad.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988). La variable de ansiedad se evaluó mediante este instrumento, conformado por 21 reactivos. Al aplicarse, se pide a los respondientes que indiquen cuánto han sido afectados por una serie de síntomas durante la última semana. La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. El puntaje total se obtiene de la suma de cada uno de los reactivos, siendo 0 el puntaje mínimo y 63 el máximo. Las normas de calificación en población mexicana son, a saber:

de 0 a 5 puntos, ansiedad mínima; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30 puntos, ansiedad moderada, y de 31 a 63, ansiedad severa. El criterio para considerar la ansiedad como clínicamente relevante es obtener 16 puntos o más. La versión mexicana para adultos se caracteriza por una alta consistencia interna ($\alpha = .83$), elevado coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = .75$) y una estructura factorial de cuatro componentes principales (Robles et al., 2001).

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer y Brown, 1996). Instrumento autoadministrable de 21 reactivos con los que se evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. Cada reactivo se califica de 0 a 3. La suma de todas sus respuestas varía de 0 a 63 puntos. Cuanto mayor es el resultado obtenido, mayor es la severidad de los síntomas depresivos. Un resultado superior a 10 revela presencia de depresión. Este instrumento está traducido, adaptado y estandarizado por Jurado et al. (1998) para población mexicana, con una validez concurrente adecuada ($r = .70$) y alta consistencia interna ($\alpha = .87$). El índice de confiabilidad del cuestionario obtenido en la presente investigación fue de .88.

Cuestionario del Control del Asma (ACT) (Nathan et al., 2004). La función de este instrumento fue medir el control de la enfermedad asmática. Se encuentra conformado por cinco preguntas que evalúan la frecuencia con que los síntomas asmáticos han interferido con las actividades diarias durante el último mes. Cada pregunta cuenta con cinco opciones de respuestas tipo Likert que se califican de 1 a 5 puntos; un mayor puntaje indica un mejor control del asma, y puntajes menores a 19 indican que el asma no está controlada. Es utilizado y recomendado por neumólogos mexicanos para evaluar el control de los síntomas asmáticos (Larenas et al., 2017). El índice de confiabilidad del cuestionario obtenido en la presente investigación fue de .77.

Procedimiento

El reclutamiento de los pacientes se realizó en las instalaciones de la clínica de asma del instituto. Todos los pacientes que aguardaban en la sala de

espera de la clínica de asma para entrar a consulta médica eran candidatos a participar. Únicamente debían confirmar los criterios de inclusión, para lo cual se les preguntó su edad y si contaban con el diagnóstico de asma confirmado por su médico tratante.

Luego, el investigador explicó de manera sencilla los objetivos de la investigación e invitó a los pacientes a formar parte de la misma. Se les informó que los instrumentos debían ser completados en una única sesión y mientras esperaban la consulta con el neumólogo tratante. La batería de instrumentos fue llenada de forma individual. Con aquellos participantes que no supieran leer, escribir o tuvieran impedimentos visuales, el investigador aplicó los instrumentos en forma de entrevista. El tiempo para llenar los instrumentos varió entre 15 y 30 minutos por participante. Todos ellos colaboraron de manera voluntaria, confidencial, consentida e informada.

Análisis de datos

Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS, versión 20.0. En las variables categóricas (sexo, estado civil y escolaridad), se calcularon sus frecuencias y porcentajes, mientras que en las variables continuas (edad, ansiedad, depresión y control de la enfermedad) se obtuvieron medidas de tendencia central: media y desviación estándar.

Para el análisis factorial exploratorio se recurrió al método de componentes principales con rotación varimax ortogonal. Los criterios para considerar un factor fue que tres o más reactivos con cargas mayores a .40 se agruparan y que hubiera congruencia teórica entre ellos (Reyes y García, 2008), y para obtener el índice de consistencia interna del instrumento se calculó el coeficiente alfa de Cronbach.

Para calcular la validez convergente del BAI, se computó el coeficiente de correlación de Pearson con las medidas totales los instrumentos BDI y ACT. De igual manera, se calculó el coeficiente de Pearson de las preguntas del BAI que hacen alusión a síntomas respiratorios (reactivos 7, 11 y 15) con el reactivo de la escala ACT que pregunta específicamente al paciente por la sensación de

falta de aire debida al asma (reactivo 2). Para este análisis, se invirtió el sentido original del reactivo del ACT, indicando así que a menor puntaje, mejor control de la enfermedad.

Asimismo, se compararon los puntajes totales de mujeres y hombres por medio de una prueba *t* de Student para grupos independientes.

Luego del análisis factorial, y con el propósito de adecuar los puntos de corte a los puntajes mínimos y máximos obtenidos en el estudio, así como determinar los puntos de corte para los distintos niveles de ansiedad, se empleó la fórmula de relación de linealidad

$Valor\ calculado = (x * 100 / n)$, donde *x* representa la puntuación que se va a transformar y *n* es igual a la puntuación máxima total de la escala.

Los puntajes que se emplearon para comparar y determinar los puntos de corte para los distintos niveles de ansiedad fueron los obtenidos por Robles et al. (2001) en población mexicana, que también fueron convertidos mediante la relación de linealidad. Finalmente, se obtuvieron los valores percentilares para mujeres, varones y muestra total.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las características socio-demográficas de la muestra. Participaron un total de 157 asmáticos de entre 17 y 68 años de edad ($M = 40.98$, $D.E. = 13.97$). La mayoría se encontraba casado (52.9%) y contaba con estudios de educación básica (64.4%). El promedio de puntuación del BAI fue de 11.45 y D.E. de 9.35; el BDI obtuvo una media de 11.03 y D.E. de 9.95, y el ACT una media de 17.31 y D.E. de 4.13.

El índice de adecuación Kayser-Meyer-Olkin (KMO) fue de .86, por lo que se llevó a cabo el análisis factorial. El análisis factorial exploratorio inicial arrojó cuatro factores (diecinueve reactivos) y un indicador (dos reactivos) que explican 62.05% de la varianza (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

	Categoría	n (%)	Categoría		n (%)
Sexo	Mujeres	112 (71.3)	Estado civil	Soltero	56 (35.7)
	Hombres	45 (28.7)		Casado	83 (52.9)
				Divorciado	10 (6.4)
				Viudo	5 (3.2)
				No especifica	3 (1.9)
Edad	17 a 29	37 (23.6)	Escolaridad	Analfabetos	5 (3.2)
	30 a 39	37 (23.6)		Educación básica	101 (64.4)
	40 a 49	43 (27.4)		Licenciatura	31 (19.7)
	50 a 59	23 (14.6)		Posgrado	6 (3.8)
	60 a 69	13 (8.3)		No especifica	14 (8.9)
	70 a 78	4 (2.5)			

Tabla 2. Matriz factorial rotada del Inventario de Ansiedad de Beck para asmáticos mexicanos.

Reactivos	Factores				
	1	2	3	4	5
9. Terror	.807				
17. Asustado	.717				
8. Inseguridad	.650				
14. Miedo a perder el control	.574				
10. Nerviosismo	.561				
16. Miedo a morir	.551				
4. Dificultad para relajarse	.475				
5. Miedo a que pase lo peor	.406				
13. Cuerpo tembloroso		.743			
3. Debilitamiento de las piernas		.727			
19. Debilidad		.611			
12. Manos temblorosas		.607			
6. Sensación de mareo		.460			
15. Dificultad para respirar			.864		
11. Sensación de ahogo			.684		
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados			.662		
2. Oleadas de calor (bochornos)				.770	
20. Ruborizarse, sonrojamiento				.767	
21. Sudoración (no debida a calor)				.748	
18. Indigestión o malestar estomacal					.651
1. Entumecimiento					.641
% Varianza explicada	34.19	8.90	7.19	6.46	5.290
% Varianza acumulada	34.19	43.10	50.29	56.76	62.050
Alfa de Cronbach	.858	.755	.783	.757	.456

Nota: Método de extracción de análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación convergió en siete iteraciones.

El primer factor agrupó ocho reactivos, los cuales hacen alusión a los síntomas subjetivos de la ansiedad, con 34.19 % de la varianza explicada y un valor α de .85; el segundo factor, conformado por cinco reactivos, agrupó los síntomas neurológicos con una varianza explicada de 8.9% y un valor α de .75; el tercer factor, compuesto por tres reactivos que agrupaban síntomas respiratorios y que

obtuvieron un valor α de .78, explicó 7.78% de la varianza; el cuarto factor, respuestas autonómicas, se compuso de tres reactivos y obtuvo un valor α de .757, con 6.94% de la varianza explicada. Finalmente, para un indicador compuesto de dos reactivos (reactivos 1 y 18), con α de .456, una varianza explicada de 5.29% y un índice de confiabilidad α de .89. Se tomó la decisión de excluir

los reactivos 1 y 18 debido a que no cumplían con los requisitos previamente establecidos para ser considerados un factor (esto es, que se agrupen tres o más reactivos con cargas mayores a .40 y que haya congruencia teórica entre ellos) y a que la confiabilidad del instrumento no se veía comprometida con tal eliminación. Por lo tanto, se llevó a cabo un segundo análisis exploratorio sin los mencionados reactivos.

En este segundo análisis exploratorio, el índice KMO obtenido fue de .89. Como puede observarse en la Tabla 3, se conservaron los cuatro

factores que explican 59.9% de la varianza acumulada: el primer factor, síntomas subjetivos (seis reactivos), con 35.78% de la varianza explicada y un índice α de .85; el segundo factor, síntomas neurofisiológicos (seis reactivos), con 9.42% de varianza explicada y un índice α de .75; el tercer factor, síntomas de respiración (tres reactivos), con 7.78% de varianza explicada y un índice α de .78, y finalmente el cuarto factor, síntomas autonómicos (tres reactivos), con 6.9 % de varianza acumulada y un índice α de .75.

Tabla 3. Matriz factorial rotada del Inventario de Ansiedad de Beck para asmáticos mexicanos sin reactivos eliminados.

Factores	Reactivos	Factores			
		1	2	3	4
1. Síntomas subjetivos	9. Terror	.799			
	8. Inseguridad	.704			
	17. Asustado	.668			
	14. Miedo a perder el control	.598			
	16. Miedo a morir	.545			
	5. Miedo a que pase lo peor	.545			
2. Síntomas neurofisiológicos	3. Debilidad de piernas		.732		
	12. Manos temblorosas		.708		
	13. Cuerpo tembloroso		.703		
	6. Sensación de mareo		.554		
	15. Dificultad para relajarse		.545		
	19. Debilidad		.494		
3. Síntomas respiratorios	15. Dificultad para respirar			.870	
	11. Sensación de ahogo			.724	
	7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados			.624	
4. Respuesta autonómica	2. Oleadas de calor (bochornos)				.773
	20. Ruborizarse, sonrojamiento				.772
	21. Sudoración (no debida a calor)				.759
% Varianza explicada		35.78	9.42	7.78	6.94
% Varianza acumulada		35.78	45.21	52.99	59.93
Coefficiente alfa de Cronbach		.858	.755	.783	.757

Método de extracción de análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación convergió en siete iteraciones.

La escala compuesta por los reactivos indicados mantuvo un índice de confiabilidad α de .89. En esta versión se obtuvo un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 57 puntos; la puntuación media de la muestra fue de 10.25 (D.E. = 9.26). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($t = 2.49$, $gl = 155$, $p < .05$), de manera que la puntuación total media de las

mujeres ($M = 11.39$, D.E. = 9.37) fue mayor que la de los varones ($M = 7.38$, D.E. = 8.42).

En la Tabla 4 se muestra que los índices de correlación (r) de los factores con el total de la escala oscilaron entre muy alto y alto (de .87 a .65). Asimismo, el factor 3 (síntomas de respiración) obtuvo una correlación negativa moderada con el ACT ($r = -.55$).

Tabla 4. Índices de correlación entre los factores obtenidos y el total de las escalas de ansiedad, depresión y control del asma.

Factor	1	2	3	4	5	6
1. Síntomas subjetivos						
2. Síntomas neurofisiológicos	.56**					
3. Síntomas de respiratorios	.54**	.52**				
4. Respuesta autonómica	.45**	.43**	.34**			
5. BAI	.87**	.82**	.74**	.65**		
6. BDI	.87**	.44**	.34**	.19*	.53**	
7. ACT	-.35**	-.27**	-.55**	-.16*	-.43**	.45**

** $p < .01$ (dos colas).* $p < .05$ (dos colas).

Por otro lado, el reactivo 2 del ACT (falta de aire) correlacionó moderadamente con el total del factor 3 (síntomas de respiración) ($r = .57, p < .01$), así como con el reactivo de opresión en el pecho o latidos acelerados ($r = .56, p < .01$) y dificultad para respirar ($r = .58$) del BAI, aunque también obtuvo una correlación baja con sensación de ahogo ($r = .35, p < .01$).

Con los puntos de corte propuestos por Robles et al. (2001) para el instrumento de 21 ítems, se obtuvo una ansiedad mínima de 33.8%, ansiedad leve de 36.9%, ansiedad moderada de 22.9% y ansiedad severa de 6.4%. Una vez realizado el

procedimiento de relación de linealidad para la versión de 19 ítems, se sugiere un punto de corte de 0 a 4 puntos para ansiedad mínima, de 5 a 14 para ansiedad leve, de 15 a 27 para ansiedad moderada y de 28 puntos en adelante para ansiedad severa. Con estos puntos de corte se obtuvo una prevalencia de 31.2% de la muestra con ansiedad mínima, 40.8% con ansiedad leve, 21.7% con ansiedad moderada y 6.4% con ansiedad severa. En la Tabla 5 se muestran los valores percentiles para la muestra total de pacientes asmáticos, así como de hombres y mujeres.

Tabla 5. Puntuaciones percentiles del BAI para muestra total de adultos mexicanos con asma.

Percentiles	Total (n = 157)	Mujeres (n = 112)	Hombres (n = 45)
5	0	0	0
10	0	1	0
20	2	3	1
25	3	5	1
30	4	6	2
40	6	7	3
50	8	9	4
60	10	11	6
70	13	15	9
75	16	16	9
80	17	17	13
90	23	25	21
95	32	34	29
99	39	41	—
M	10.24	11.39	7.38
D.E.	9.26	9.37	8.42

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio apuntan a que la versión en español del BAI es una medida confiable y válida para ser utilizada con población asmática mexicana y muestra una consistencia interna adecuada de .89, que es un valor ligeramente más bajo que el reportado en el estudio de Beck et al. (1988) ($\alpha = .92$), superior al referido por Robles et al. (2001) en población mexicana ($\alpha = .83$) e idéntico al obtenido en dos muestras de pacientes con enfermedades crónicas (Clark et al., 2016; Kagee et al., 2015).

Los resultados entre ansiedad y depresión obtenidos ($r = .53, p < .01$) señalan que estas dos sintomatologías están interrelacionadas moderadamente, pero el instrumento cuenta con la capacidad de discernir entre ambas entidades, lo que indica que la validez divergente es adecuada. La relación negativa moderada entre los síntomas de ansiedad y el control asmático ($r = -.43, p < .01$) confirma que los asmáticos con ansiedad suelen exhibir una mayor sintomatología asmática y viceversa, lo que concuerda con lo reportado por Lavoie et al. (2011) y Lomper et al. (2016).

Un primer análisis factorial arrojó la presencia de cuatro factores y un indicador compuesto por dos reactivos: 1 “entumecimiento” y 18 “indigestión o malestar estomacal”. En virtud de los criterios que se emplearon para dejar una matriz factorial resultante (Reyes y García, 2008), se decidió prescindir de esos reactivos.

Una posible explicación de por qué estos síntomas no se agruparon en algún factor, es que podrían no ser considerados por los participantes como característicos de ansiedad, sino debidos a otras patologías médicas.

Por ende, se llevó a cabo un segundo análisis factorial en el que se conservaron cuatro factores: síntomas subjetivos, síntomas neurofisiológicos, síntomas de respiración y respuesta autonómica. Los factores obtenidos son muy similares a los obtenidos por Robles et al. (2001) en población mexicana y, en general, con lo reportado por otras investigaciones (p. ej., Bardoshi et al., 2016).

Es importante resaltar el factor denominado “síntomas de respiración”, que hace referencia a los síntomas de ansiedad relacionados con el mecanismo de inhalación-exhalación. Dichos sínto-

mas también son característicos de la enfermedad asmática (disnea, sensación de ahogo y opresión torácica). En una investigación de Borden, Peterson y Jackson (1991), realizada con población universitaria, y en otra de Lindsay y Skene (2007) con población con discapacidades intelectuales, se identificaron factores relacionados con síntomas de respiración y sensación de asfixia, respectivamente; sin embargo, en ninguno de esos estudios los tres reactivos que aquí se reportan se agruparon para formar un solo factor.

Tal factor, relacionado con los síntomas de respiración, se destaca aún más cuando se observa su fuerte relación con el ACT ($r = -.55, p < .01$), a diferencia de los demás factores; además, obtuvo una asociación moderada con el reactivo del ACT que específicamente cuestiona al paciente acerca de su sensación de falta de aire debida al asma ($r = .57, p < .01$).

De acuerdo con autores como Clark et al. (2016) y Phan et al. (2016), los pacientes con enfermedades médicas pueden interpretar los síntomas somáticos de la ansiedad de diferentes maneras dependiendo las características del padecimiento físico que les afecta, y la población asmática no parece ser la excepción.

En la práctica clínica, se podrían considerar los reactivos de este factor de síntomas respiratorios para contrastar el mismo con las pruebas pertinentes de función pulmonar. Si se indica un funcionamiento dentro de los criterios considerados como asma controlada, entonces se podría descartar que los síntomas sean una consecuencia de la enfermedad, y proceder entonces a tratar los síntomas mediante un tratamiento psicológico para la ansiedad.

Los hallazgos aquí presentados son consistentes con lo reportado en otras investigaciones en las que se observan diferencias significativas entre las puntuaciones de mujeres y hombres (Sanz, 2014). Autores como Bardoshi et al. (2016) han planteado que habría que cuestionar si los puntos de corte para indicar una ansiedad clínicamente relevante deben ser los mismos para estos dos grupos.

Por lo anterior, resulta útil el uso de tablas percentilares en virtud de que permiten acceder a una interpretación fácil de un grupo de referencia. Por ejemplo, según Robles et al. (2001), la norma para clasificar ansiedad severa es de 31 puntos y se ubica dentro del percentil 95. En los resultados

aquí reportados, las mujeres obtuvieron resultados similares, con un puntaje de 34 puntos ubicado en el baremo 95; en el caso de los varones, una puntuación cruda de 29 puntos es indicativa de que el participante se ubica por encima de 95% de su grupo, lo que podría considerarse una ansiedad más severa.

De este modo, conocer la puntuación del paciente en términos de su percentil y no sólo de un determinado punto de corte ayuda a entender la ansiedad no únicamente como una categoría, sino también a conocer cómo se ubica un individuo res-

pecto a su grupo particular de referencia, lo que ayudaría al profesional de la salud a llevar a cabo una evaluación más certera y a tomar mejores decisiones clínicas respecto a su manejo y tratamiento.

Es recomendable que futuros estudios se auxilien de pruebas de función pulmonar para realizar la contrastación entre la disnea reportada por el paciente y la obstrucción real del flujo aéreo. De igual manera, sería de provecho emplear una medida de comparación, como una entrevista clínica diagnóstica, que haga posible establecer la presencia de trastornos de ansiedad.

REFERENCIAS

- Bardhoshi, G., Duncan, K. y Erford, B. (2016). Psychometric meta-analysis of the English version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling & Development, 94*(3), 356-373. doi: 10.1002/jcad.12090.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897. doi: 10.1037/0022-006x.56.6.893.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 213-223. doi: 10.1016/0887-6185(91)90002-B.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Borden, J., Peterson, D. y Jackson, E. (1991). The Beck Anxiety Inventory in nonclinical samples: Initial psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13*(4), 345-356.
- Braket, A., Zawada, K., Beil-Gawetytz, J., Beil, S., Sozanska, E., Krysta, K. y Pierzchala, W. (2015). Depressiveness, symptoms of anxiety and cognitive dysfunctions in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): possible associations with inflammation markers: a pilot study. *Journal of Neural Transmission, 122*, 83-91. doi: 10.1007/s00702-014-1171-9.
- Brumpton, B.M. Leivseth, L., Romundstad, P., Langhammer, A., Chen, Y. y Camargo, A. (2013). The joint association of anxiety, depression and obesity with incident asthma in adults: the HUNT Study. *International Journal of Epidemiology, 42*(5), 1455-1463. doi: 10.1093/ije/dyt151.
- Caballero S., N., Fernández V., M., Salas H., J., Chapela M., R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2009). Efectos de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad en pacientes asmáticos. *Revista Española de Asma, 1*, 6-15.
- Carretero D., H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 521-551.
- Ciprandi, G., Schiavetti, I., Rindone, E. y Ricciardolo, F. (2015). The impact of anxiety and depression on outpatients with asthma. *Annals of Allergy and Asthma Immunology, 115*(5), 408-414. doi: 10.1016/j.anai.2015.08.0071-7.
- Clark, J., Marszalek, J., Bennett, K., Harry, K., Howarter, A., Eways, K. y Reed, K. (2016). Comparison of factor structure models for the Beck Anxiety Inventory among cardiac rehabilitation patients. *Journal of Psychosomatic Research, 89*, 91-97. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.08.007.
- Coban, H. y Aydemir, Y. (2014). The relationship between allergy and asthma control, quality of life, and emotional status in patients with asthma: a cross-sectional study. *Allergy, Asthma and Clinical Immunology, 10*, 78-90. doi: 10.1186/s13223-014-0067-4.
- Contreras, S., Fernandez, S., Malcarne, V.L., Ingram, R.E. y Vaccarino, V.R. (2004). Reliability and validity of the Beck Depression and Anxiety inventories in Caucasian Americans and Latinos. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 26*, 446-462. doi: 10.1177/0739986304269164.
- Cooper, C., Parry, G., Saul, C., Morice, A., Hutchcroft, B., Moore, J. y Esmonde, L. (2007). Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary care. *BMC Family Practice, 8*(1), 62. doi: 10.1186/1471-2296-8-62.
- Correia de S., J., Pina, A., Cruz, A., Quelhas, A., Almada L., F., Cabrita, J. y Yaphe, J. (2013). Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study. *Primary Care Respiratory Journal, 22*(2), 181-187. doi: 10.4104/pcrj.2013.00037.

- Durham, T.L. (2010). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory for deaf college students. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 70(8), 51-57.
- Global Initiative for Asthma (GINA) (2015). 2015 GINA Report. Disponible en <http://www.ginasthma.org/>.
- Goodwin, R.D., Jacobi, F. y Thefeld, W. (2003). Mental disorders and asthma in the community. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1125-30. doi: 10.1001/archpsyc.60.11.1125.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hamilton, M.C. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 3, 76-79.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kabacoff, R.I., Segal, D.L., Hersen, M. y Van Hasselt, V.B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 33-47. doi: 10.1016/S0887-6185(96)00033-3.
- Kagee, A., Coetzee, B., Saal, W. y Nel, A. (2015). Using the Beck Anxiety Inventory Among South Africans Living With HIV: Exploratory and Higher Order Factor Analyses. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 48(3), 204-213. doi: 10.1177/0748175615578734.
- Kumar, G., Steer, R.A. y Beck, A.T. (1993). Factor structure of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatry inpatients. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 125-131. doi: 10.1080/10615809308248374.
- Larenas L., D., Salas H., J., Vázquez G., J.C., Ortiz A., I., Fernández V., M. y Del Río N., B.E. (2017). Guía mexicana del asma. *Revista Alergia México*, 64(1), 11-128.
- Lavoie, K., Bodreau, M., Plourde, A., Campbell, T. y Bacon, S. (2011). Association between generalized anxiety disorder and asthma morbidity. *Psychosomatic Medicine*, 73, 504-513. doi: 10.1097/PSY.0b013e318222e9fc.
- Li, L.H., He, X. L., Liang, B.M., Zhang, P.H., Wang, Y. y Wang, G. (2015). Anxiety but not depression symptoms are associated with greater perceived dyspnea in asthma during bronchoconstriction. *Allergy and Asthma Proceedings*, 36(6), 447-457. doi: 10.2500/aap.2015.36.3897.
- Lindsay, W.R. y Skene, D.D. (2007). The Beck Depression Inventory II and the Beck Anxiety Inventory in people with intellectual disabilities: Factor analyses and group data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 401-408. doi: 10.1111/j.1468-3148.2007.00380.x.
- Liu, S., Wu, R., Li, L., Li, G., Zhang, X., Guo, Y., Wang, Y. y Li, H. (2014). The prevalence of anxiety and depression in Chinese asthma patients. *PLoS ONE*, 9(7), e103014. doi: 10.1371/journal.pone.0103014.
- Lomper, K., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Rosinczuk, J. y Jankowska-Polanska, B. (2016). Effects of depression and anxiety on asthma-related quality of life. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 84(4), 212-221. doi: 10.5603/PiAP.2016.0026.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075.
- Lugo G., I., Reynoso E., L. y Fernández V., M. (2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: una primera aproximación. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 73(2), 114-121.
- Morin, C.M., Landreville, P., Colecchi, C., McDonald, K., Stone, J. y Ling, W. (1999). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties with older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5, 19-29. doi: 10.1023/A:1022986728576.
- Nathan, R.A., Sorkness, C.A., Kosinski M., Schatz, M., Li, T., Marcus, P., Murray, J. y Pendergraft, T. (2004). Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113, 59-65.
- Osman, A., Barrios, F.X., Aukes, D., Osman, J.R. y Markway, K. (1993). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties in a community population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 287-297. doi: 10.1007/BF00965034.
- Osman, A., Hoffman, J., Barrios, F.X., Kopper, B.A., Breitenstein, J.L. y Hahn, S.K. (2002). Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 443-456. doi: 10.1002/jclp.1154.
- Peterson, D.R. (1995). Structural analysis of the Beck Anxiety Inventory across a clinical and student population. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 56(3), 1741.
- Phan, T., Carter, O., Adams, C., Waterer, G., Ching, L. P. y Strobel, N. (2016). Discriminant validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale, Beck Depression Inventory (II) and Beck Anxiety Inventory to confirmed clinical diagnosis of depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Respiratory Disease*, 13(3), 220-228. doi: 10.1177/1479972316634604.
- Reyes L., I. y García B., L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving y R. Sánchez-Aragón, R. (Eds.) *La Psicología Social en México*, 12 (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.

- Ritz, T., Meuret, A.E., Trueba, A., Fritzsche, A. y von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(2), 231-250. doi: 10.1037/a0030187.
- 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.
- Sanford, S.D., Bush, A.J., Stone, K.C., Lichstein, K.L. y Aguillard, N. (2008). Psychometric evaluation of the Beck Anxiety Inventory: A sample with sleep-disordered breathing. *Behavioral Sleep Medicine, 6*, 193-205. doi: 10.1080/15402000802162596.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clinica y Salud, 25*, 39-48.
- Steer, R.A. (2009). Amount of general factor saturation in the Beck Anxiety Inventory: Responses of outpatients with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 31*, 112-118. doi: 10.1007/s10862-008-9098-9.
- Steer, R.A., Kumar, G. y Beck, A.T. (1993). Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 1096-1099. doi: 10.1037/0022-006X.61.6.1096.
- Steer, R.A., Kumar, G., Ranieri, W.F. y Beck, A.T. (1995). Use of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric outpatients. *Psychological Reports, 76*, 459-465. doi: 10.2466/pr0.1995.76.2.459.
- Steer, R.A., Rissmiller, D.J., Ranieri, W.F. y Beck, A.T. (1993). Structure of the computer-assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment, 60*, 532-542. doi: 10.1207/s15327752jpa6003_10.
- Tany, R.F. y Saha, A.K. (2017). A study on stress and anxiety in relation to asthma. *Journal of Psychosocial Research, 12*, 117-126. doi: 10.1186/s40733-015-0007-1.

Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales¹

Validation of the Zarit Burden Interview in informal primary caregivers of patients with diagnosis of mental disorders

Michelle Flores-Terrones², Óscar Galindo-Vázquez³⁻⁴, Janet Jiménez-Genchi⁵, Liliana Rivera-Fong¹ y Eva González-Rodríguez¹

Citación: Flores T., M., Galindo V., O., Jiménez G., J., Rivera F., L. y González R., E. (2019). Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales. *Psicología y Salud*, 29(1), 17-24.

RESUMEN

Introducción: Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración del estado cognitivo, la regulación o el desarrollo del individuo. Este grupo de pacientes puede requerir un cuidador primario informal (CPI en lo sucesivo) que lo asista en sus necesidades físicas, emocionales, sociales, de atención médica o cohesión familiar. En este contexto, la Entrevista de Carga de Zarit (ECZ) es un instrumento utilizado en la evaluación de dichos CPI. *Objetivo:* Validar la ECZ en una muestra de CPI de pacientes con diagnóstico psiquiátrico. *Método:* Se empleó un diseño transversal, con un muestreo no probabilístico. Participaron 235 CPI, quienes contestaron concurrentemente la ECZ y el cuestionario SF-36. *Resultados y Discusión:* La versión obtenida en el presente estudio mostró un instrumento de 17 ítems con una consistencia interna satisfactoria de la escala global. Se obtuvieron tres subescalas: Impacto del cuidador, Relaciones interpersonales y Expectativas de autoeficacia, así como un indicador cognitivo. La validez concurrente mostró resultados significativos. El análisis psicométrico realizado indica que la ECZ en CPI de pacientes con diagnóstico psiquiátrico tiene una buena consistencia interna, mayor que la de la versión original. Comparada con las demás validaciones del Zarit, mostró una estructura factorial similar. La relevancia de los resultados obtenidos radica en su utilidad clínica y de investigación en grupos de cuidadores que pueden requerir atención psicosocial.

Palabras clave: Cuidadores primarios informales; Pacientes; Psiquiatría; Salud mental; Sobrecarga.

ABSTRACT

Introduction: A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant impairment of cognitive, regulatory or behavioral status of an individual. These patients may require informal primary caretakers (IPC) to assist them in physical, emotional, social, health care and / or family cohesion. In this context, the Zarit Burden Interview (ZBI) is an instrument used in the evaluation of IPCs. *Objective:* To validate the ZBI in a sample of informal primary caregivers of patients with psychiatric diagnoses. *Method:* A cross-sectional design was used, with a non-probability sampling. A total of 235 informal primary caregivers of patients with psychiatric diagnosis participated, they concurrently answered the ZBI and the SF-36 health questionnaire. *Results:* the version used in this

¹ Los autores agradecen a Lundbeck por su apoyo en la impresión de los instrumentos para esta investigación. Artículo recibido el 2 de abril y aceptado el 2 de julio de 2018.

² Universidad Latina, Campus Sur, Pedro Henríquez Ureña 173, Col. Los Reyes, Del. Coyoacán, Ciudad de México, México.

³ Servicio de Psicooncología del Instituto Nacional de Cancerología, Av. San Fernando 22, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28-04-00, ext. 60259, correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx.

⁴ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

⁵ Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". San Buena Aventura 2, Del. Tlalpan, 14000 Ciudad de México, México.

study revealed a successful 17-item instrument regarding internal consistency of the global scale. Three subscales were obtained: Caregiver impact, Interpersonal relationships, and Self-efficacy expectations, as well as a cognitive indicator. The concurrent validity showed significant results. Discussion: The psychometric analysis performed in this research indicates that the ZBI of patients with psychiatric diagnosis has an internal consistency higher than the original version. Compared with other Zarit validations, and it has a similar factorial structure. The relevance of these results lies in its clinical and research usefulness in a group of IPC who may require psychosocial care.

Key words: Informal primary caregivers; Patients; Psychiatry; Mental health; Overload.

INTRODUCCIÓN

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínica significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, misma que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen a su función mental (American Psychiatric Association, 2014).

La Organización Mundial de Salud señaló en 2004 que la esquizofrenia, la depresión, la epilepsia, la demencia y los trastornos neurológicos y por uso de sustancias representaban 13% de la carga mundial de las enfermedades discapacitantes, superando así a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer (cf. también Secretaría de Salud, 2006).

Hasta las últimas décadas del siglo pasado se subestimaba el impacto de los trastornos mentales, entre los cuales la depresión (de 4.6 a 4.8%), la fobia social (de 5.4 a 5.8%) y el trastorno por estrés postraumático (de 5.6 a 5.4%) son los que producen los mayores niveles de discapacidad (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007).

Los trastornos mentales ocupan un importante lugar en la carga global de la enfermedad en el mundo y aumentaron de 5.4% en 1990 a 7.4% en 2010 (Murray et al., 2012).

Por ejemplo, la depresión es una enfermedad que tiene un impacto significativo en la calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano de la persona. Se observa que sólo una proporción pequeña

de quienes se ven afectados acuden a tratamiento, y quienes lo hacen han demorado mucho tiempo su decisión de hacerlo; aunado a esto, únicamente la mitad recibe un tratamiento mínimo adecuado (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Este grupo de pacientes puede llegar a requerir atención en labores de higiene, administración de medicamentos, transporte a los centros hospitalarios, coordinación de citas médicas, atención emocional y comunicación con el equipo de salud, por lo que sus CPI desempeñan un importante papel en la atención domiciliar y hospitalaria de los pacientes (Astudillo, Martínez, Muñoz, Pacheco y Sepúlveda, 2012; Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006).

La atención que el CPI da al paciente aumenta conforme progresa la discapacidad de la enfermedad (Camacho, Yokehed y Jiménez, 2010). El CPI extiende progresivamente el tiempo de cuidado de la persona, disminuye su propio tiempo de descanso, y sobreprotege a aquélla, lo que implica un mayor tiempo, trabajo y dedicación, haciendo más probables los riesgos asociados al estrés y el agotamiento (Aguilar, 2014). Esto ha llevado analizar la carga de los CPI, que suele estar provocada por la dificultad que conlleva estar a cargo de una persona enferma, el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido pierde progresivamente sus facultades físicas y psíquicas. En la literatura se describe el “síndrome del cuidador primario informal” como el fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga física y emocional (Kessler et al., 2007).

El CPI es “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable para el cuidado en un amplio sentido. Este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta” (Vázquez et al., 2015).

Entre las principales afectaciones en el CPI de pacientes con diagnóstico psiquiátrico están las emocionales (irritabilidad, angustia, enojo), de 25 a 72%; problemas económicos en 58%; problemas físicos en 44%, afectaciones sociales, como falta de convivencia con amigos, vecinos, pareja o familia, y disminución en actividades recreativas en 33%. Los CPI pueden desarrollar trastornos mentales como la depresión, más aún en el

género femenino, con nivel socioeconómico bajo, con menor nivel educativo y estrategias de afrontamiento insuficientes (Astudillo et al., 2012).

De acuerdo con Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa (2008), el síndrome de sobrecarga que presentan los CPI presenta dos dimensiones: la carga objetiva, que implica la atención a un paciente, la dedicación al desempeño del rol del cuidado, el aumento de las demandas de cuidado, el tiempo dedicado, la carga física y la exposición a situaciones estresantes, mientras que la carga subjetiva se ha definido como las actividades y relaciones emocionales ante la experiencia del cuidado, así como la percepción de la situación del cuidado.

En este contexto, la Entrevista de Carga de Zarit (ECZ en lo sucesivo) (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980) para CPI de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas es un instrumento

sumamente utilizado para identificar la sobrecarga en CPI. Aun así, se carece de datos sobre la validez y confiabilidad en CPI de pacientes con diagnóstico psiquiátrico, por lo que el objetivo de este estudio fue obtener las propiedades psicométricas del instrumento en ese grupo de CPI.

MÉTODO

Participantes

Participaron 235 CPI de ambos sexos, con un promedio de 51.40 años de edad, que atendían a pacientes con diagnóstico psiquiátrico (Tabla 1). La muestra se obtuvo por disponibilidad en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, ubicado en la Ciudad de México.

Tabla 1. Descripción de la muestra de cuidadores primarios informales (CPI).

Características	Frec.	%	Diagnóstico	Frec.	%
Número	235	100.0	Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos	145	61.7
Sexo			Trastornos del estado de ánimo	27	11.4
Masculino	59	25.1	Trastornos de personalidad	12	5.1
Femenino	176	74.9	Trastornos neurodegenerativos	16	6.8
Escolaridad			Trastornos obsesivo-compulsivos	1	0.4
Ninguna	14	6.0	Trastornos orgánicos afectivos	1	0.4
Primaria	55	23.4	Trastornos del desarrollo	6	2.6
Secundaria	66	28.1	No se sabe	27	11.5
Bachillerato	54	23.0	Tratamiento del paciente		
Licenciatura	39	16.6	Fármacos	229	97.4
Posgrado	7	3.0	Terapia electroconvulsiva (TEC)	1	0.4
Estado civil			Fármacos más TEC	5	2.1
Solteros	40	17.0	Tiempo de diagnóstico		
Casados o en unión libre	97	41.3	0-5 años	138	61.7
Separados o divorciados	48	20.4	6-10 años	19	8.1
Viudos	30	12.8	11-15 años	24	10.2
Otro	20	8.5	16-20 años	20	8.5
Relación con el paciente			> 20 años	27	11.5
Hermano	35	14.9	Tiempo a cargo del paciente		
Esposo(a)	22	9.4	0-5 años	141	59.9
Padre o madre	150	63.8	6-10 años	24	10.2
Amigo(a)	3	1.3	11-15 años	22	9.4
Hijo(a)	18	7.7	16-20 años	18	7.7
Sobrinos, tíos o abuelos	7	3.0	> 21 años	24	10.2
			> 31 años	5	2.1
			> 41 años	1	0.4

Procedimiento

Durante las visitas que hacían los CPI antes o después de la consulta de su paciente en los servicios ambulatorios o en hospitalización, se les solicitó su participación, para lo cual debían firmar una carta dando su consentimiento informado para colaborar en el estudio bajo los lineamientos de la investigación aprobados por los Comités de Investigación y de Ética del citado hospital.

Los criterios de inclusión fueron, a saber: ser mayor de edad, CPI de un paciente con diagnóstico psiquiátrico, aceptar voluntariamente participar en el estudio y saber leer y escribir. Los criterios de exclusión establecidos fueron los de sufrir afectaciones visuales o auditivas severas y tener conocimientos y preparación profesional para atender a una persona enferma. El único criterio de eliminación fue que el CPI decidiera no continuar en la investigación.

Instrumentos

Cedula de identificación.

Se incluyó una cédula de identificación del participante en la que se recabaron los siguientes datos: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, condición física, relación con el paciente, tiempo que tenían a su cargo el paciente, tiempo transcurrido desde el diagnóstico del paciente, y diagnóstico, edad y sexo del mismo.

Entrevista de Carga de Zarit para Cuidadores Primarios (ECZ) (Zarit et al., 1980).

La ECZ es un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems y tres subescalas (Impacto de la atención, Relación interpersonal y Expectativas para la autoeficacia). Con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.88, es un instrumento que ha sido validado en cuidadores de población geriátrica y de pacientes con alzheimer, donde alcanza un coeficiente alfa de entre .83 y .91. Mide la carga percibida por el cuidador a través de una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). Sumando los 22 reactivos se obtiene un índice único de la carga, con un rango de puntuación de 0-88. En otras poblaciones de CPI, ha mostrado coeficientes alfa de Cronbach de .83 a .91.

Es un instrumento continuamente usado en investigaciones sobre CPI de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en todo el mundo (Alpuche et al., 2008; Galindo et al., 2015; Montero et al., 2014; Zarit et al., 1980; Zarit, Orr y Zarit, 1985).

Cuestionario del Estado de Salud (SF-36) (Ware, 2000).

El SF-36 detecta tanto estados positivos de salud como negativos, salud física y salud mental. Consta de 36 ítems que exploran ocho dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol, problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general.

Análisis

Para el análisis de los datos se usó el paquete estadístico SPSS, versión 20, de Windows. Se determinó la *t* de Student para muestras independientes a fin de comparar los grupos; se determinó la estructura factorial por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. La relación entre la ECZ y el SF-36 se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y con el coeficiente alfa de Cronbach la consistencia interna.

RESULTADOS

Estructura factorial

Se realizó el análisis de distribución de frecuencias y se determinó el sesgo de la prueba en esa población; a la vez, se identificaron los cuartiles por extremos y se creó la nueva variable para grupos extremos, hecho lo cual se calculó la *t* de Student para muestras independientes con $p < 0.05$; se calculó asimismo la consistencia interna y el análisis factorial exploratorio (método de componentes principales y rotación varimax), terminando con 17 reactivos que arrojaron un modelo con tres factores y un indicador con valores arriba de 1.00. El índice de adecuación muestral KMO fue significativo: 0.893 (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis factorial de la validación del ECZ para cuidadores primarios informales.

<i>Escala global $\alpha = 0.89$ Varianza explicada = 55.7%</i>	Carga factorial	Varianza explicada	Alfa de Cronbach
Factor 1: Impacto del cuidado			
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0.521	33.4%	0.863
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0.621		
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o con su familia?	0.657		
10. ¿Cree que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	0.780		
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	0.618		
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	0.622		
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	0.720		
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0.421		
22. ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar?	0.720		
Factor 2: Relación interpersonal			
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0.772	10.3%	0.609
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente su relación con otros miembros de la familia?	0.627		
18. ¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros?	0.679		
Factor 3: Expectativas de autoeficacia			
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?	0.825	7.37%	0.659
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea quien lo cuide como si fuera la única persona de quien depende?	0.681		
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0.584		
Indicador cognitivo			
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	0.877	6.35%	0.733
21. ¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar?	0.821		

Consistencia interna

La consistencia interna de la escala global mostró un índice adecuado ($\alpha = 0.89$). Se identificó una estructura de tres factores: impacto del cuidado, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia, así como un indicador cognitivo, los cuales tuvieron valores α de .86 a .60, que explican 55.7% de la varianza. En términos generales, la consistencia puede considerarse adecuada.

Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes

Se identificaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas (r de Pearson). Fue el rol emocional el que correlacionó con todos los factores de la ECZ y la función física, el rol físico,

y el dolor corporal con la mayoría de ellos, obteniéndose una $p < 0.05$ (Tabla 3).

Así, la ECZ de cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico psiquiátrico muestra una adecuada consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de .86 en una versión de 17 reactivos, con tres factores y un indicador específicos para esta población. Comparada con otras validaciones del instrumento, presenta una estructura factorial similar (Alpuche et al., 2008; Galindo et al., 2015; Montero et al., 2014; Zarit et al., 1980; Zarit et al., 1985), útil para el objetivo con el que originalmente se construyó; adicionalmente, se identificó una aceptable validez concurrente teóricamente relevante con el SF-36 (Ware, 2000). Se halló que en la comparación con diferentes validaciones en poblaciones de CPI (Tabla 4) es una de las versiones con una varian-

za explicada superior a 55.7, por lo que puede ser empleada en la atención clínica y la investigación para detectar qué CPI muestran sobrecarga, y así

poder ser un instrumento específico para esta población.

Tabla 3. Correlación entre la ECZ y el SF-36.

	Prom. Zarit	Factor 1 Impacto de cuidado	Factor 2 Relación interpersonal	Factor 3 Expectativas de autoeficacia	Indicador cognitivo
Total SF-36	-0.130*	-0.121	0.004	0.022	-0.122
Salud general	-0.005	0.047	-0.002	0.012	0.035
Función física	-0.207**	-0.194**	-0.179**	-0.143*	-0.054
Rol físico	-0.265**	-0.333**	-0.154*	-0.132*	-0.101
Rol emocional	-0.326**	-0.371**	-0.170**	-0.181**	-0.170**
Función social	0.048	0.079	0.062	0.048	0.021
Dolor corporal	0.313**	0.328**	0.199**	0.242**	0.087
Vitalidad	-0.024	0.015	0.060	0.052	-0.075
Salud mental	-0.127	-0.163*	0.034	-0.033	-0.089

**Significativa al 0.01 (bilateral).

*Significativa al 0.05 (bilateral).

Tabla 4. Comparación de diferentes validaciones del ECZ en población mexicana.

Versiones	Número total de reactivos	Alfa de Cronbach	Varianza explicada	Factores
Zarit original (Zarit, Orr y Zarit, 1985).	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.	.83		1. Impacto del cuidado. 2. Relación interpersonal. 3. Expectativas de autoeficacia.
Alpuche et al., (2008): CPI de pacientes adultos con diferentes enfermedades crónicas.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.	.90	50.3%	1. Impacto del cuidado 2. Relación interpersonal. 3. Expectativas de autoeficacia.
Montero et al., (2014): CPI de niños con alguna enfermedad crónica.	2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 20, 21.	.84	50.0%	1. Impacto del cuidado. 2. Relación interpersonal. 3. Expectativas de autoeficacia.
Galindo et al., (2015): CPI de pacientes adultos con cáncer.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22.	.90	51.6%	1. Impacto del cuidado. 2. Relación interpersonal. 3. Expectativas de autoeficacia.
Pablo, Domínguez, Hernández, Salazar y Tejeda (2016): CPI de pacientes con insuficiencia cardíaca.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 22.	.90	51.6%	1. Presión. 2. Carga social.
Flores, Rivas y Seguel (2018): CPI de pacientes adultos mayores con dependencia severa.	1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22.	.89	55.7%	1. Impacto del cuidado. 2. Relación interpersonal. 3. Expectativas de autoeficacia Indicador cognitivo

CPI = Cuidadores primarios informales.

Finalmente, según los resultados de este estudio, hubo un predominio de mujeres que fungen como cuidadores primarios (74.9%), lo que coincide con otros trabajos que reportan porcentajes que van de 62 a 83% (Alfaro et al., 2008; Barrón y Alvarado, 2009; Vázquez et al., 2017), lo cual implica una mayor afectación psicosocial para este grupo, ya

que las mujeres en la cultura mexicana frecuentemente realizan una actividad de cuidado a diferentes miembros de la familia.

De acuerdo con Caquero, Segovia, Urritia, Miranda y Navarro (2013), cabe resaltar que la importancia de evaluar e intervenir oportunamente en los cuidadores no solamente los beneficia a

ellos, sino que se ha documentado que el estado funcional del paciente correlaciona significativamente con dolor, vitalidad, función social, salud mental, bienestar y evaluación general de la salud del cuidador.

DISCUSIÓN

Al disponer de un instrumento específico para la población de cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico psiquiátrico que cuente con la estructura psicométrica adecuada, es posible facilitar la identificación de las personas o grupos que requieran atención debido al desgaste físico, emocional y económico que genera esa tarea, que además ven afectadas sus actividades laborales, su tiempo libre y sus relaciones sociales (Montorio, Iza, López y Sánchez, 1998).

La versión de la Entrevista de Carga de Zarit para cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico psiquiátrico es válida y confiable, y cuenta con una estructura factorial similar a la versión original, lo que la hace más útil en la clínica y la investigación, toda vez que su aplicación

puede generar programas que coadyuven a atención de la sobrecarga de esa población, toda vez que la enfermedad psiquiátrica es una enfermedad crónico-degenerativa que implica un alto nivel de dependencia del cuidado.

Los programas de intervención para los CPI de la referida población deben establecerse como un proceso de atención integrado al sistema de salud, coadyuvando así a la obtención y mantenimiento de interacciones de apoyo social, sentimientos de dominio e interacciones positivas (Vázquez et al., 2015).

Dentro de las limitaciones de este estudio están el haber contado con una muestra por conveniencia, que la población es de primer ingreso al cuadro de enfermedad y que no se genera un elevado nivel de sobrecarga, como ocurre con una persona que ya lleva muchos internamientos, cuyos cuidadores están más sobrecargados. Una perspectiva futura de investigación es que se requieren estudios longitudinales para identificar apropiadamente el nivel de sobrecarga que padecen, y que sería importante realizar un análisis confirmatorio de la estructura de la escala.

REFERENCIAS

- Aguilar, J. (2014). *Correlación del síndrome de desgaste y co-morbilidad psiquiátrica del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia con el apego a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Tesis de residencia médica de 4^a año. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alfaro R., O.I., Morales V., T., Vázquez P., F., Sánchez R., S., Ramos R., B. y Guevara L., U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46,485-494.
- Alpuche, V., Ramos, B., Rojas, M. y Figueroa, C. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: APA.
- Astudillo, A., Martínez, A., Muñoz, C., Pacheco, M. y Sepúlveda, G. (2012). Acompañamiento familiar en la hospitalización del usuario pediátrico de 6 a 12 años. *Ciencia y Enfermería*, 1, 67-75.
- Barrón B., S. y Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4, 39-46.
- Berenzon, S., Lara, M.A., Robles, R. y Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 74-80.
- Camacho, L., Yokehed, G. y Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Revista Enfermería Universitaria*, 7(4), 35-44.
- Caquero U., A., Segovia L., P., Urritia U., Ú., Miranda, C. y Navarro, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10, 95-108.
- Flores E., G., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 28(1), 29-41.
- Galindo V., O., Benjet, C., Cruz N., H., Rojas C., E., Riveros R., A., Meneses G., A. y Alvarado A., S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(5), 612-615. doi: 10.1002/pon.3686.

- Islas N., L., Ramos R., B., Aguilar, M. y García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271.
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K. y Gasquet, I. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-176.
- Lara, C., Medina-Mora, M.E., Borges, G. y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11.
- Montorio, C., Iza, F., López, L. y Sánchez, C. (1998). La entrevista de carga del cuidador primario. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Montero, P., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J. y Mora, I. (2014). Escala de Carga del Cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918.
- Murray, C.J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A.D., Michaud, C. y Aboyans, V. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197-2223.
- Secretaría de Salud (2006). *Programa de acción: Salud Mental 2006*. México: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: OMS.
- Pablo R., S., Domínguez B., T., Hernández V., P., Salazar S., R. y Tejeda A., O. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Carga de Zarit para cuidadores de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Integración Académica en Psicología*, 4(11), 93-100.
- Vázquez, O., Castillo, E., Huertas, L., García, A., Ponce, J.L., Manzanilla, E. y Aguilar, S.A. (2015). Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 87-104. doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48906.
- Vázquez O., G., García A., M., Gómez Á., H., Galeana P., C., Bernal L., S., Rivera F., L. y Ponce J., L.A. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de la Salud de Goldberd (GHQ-28) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 71.
- Ware, E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 24, 3130-3139.
- Zarit, S., Reever, E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi: 10.1093/geront/20.6.649.
- Zarit, S., Orr, N. y Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press.

Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana¹

Compassion Scale (ECOM) for Mexican population

Alejandro López Tello y Ana Beatriz Moreno Coutiño²

Citación: López T., A y Moreno C., A.B. (2019). Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana. *Psicología y Salud*, 29(1), 25-32.

RESUMEN

El constructo *compasión* utilizado en el presente estudio se definió como el profundo deseo de aliviar el sufrimiento propio y el de los demás. En esta investigación se describe el proceso de construcción y evaluación de las propiedades psicométricas de una escala de compasión para población mexicana. La muestra estuvo compuesta por 385 personas de al menos 16 años de edad de la población general. El análisis de consistencia interna de la escala mostró una alta confiabilidad, y el análisis factorial exploratorio una estructura de tres factores de primer orden y un factor general de segundo orden que explicaron 44.7% de la varianza. El análisis factorial confirmatorio comprobó esta estructura y arrojó buenos índices de ajuste relativo y general para la escala. En conclusión, el instrumento que aquí se presenta es confiable para evaluar la compasión en la población mexicana.

Palabras clave: Compasión; Sufrimiento; Reacción afectiva; Alivio del sufrimiento.

ABSTRACT

Compassion, as a construct used in the present study, was defined as the deep desire to alleviate one's own suffering and that of others. The present study describes the process of construction of a compassion scale for Mexican population, as well as the evaluation of its psychometric properties. The sample included 385 participants from the general population, who were at least 16 years old. The analysis of the internal consistency of the scale showed high reliability; the exploratory factor analysis obtained a structure of three factors of first order, and a general factor of second order explaining 44.7% of the variance. The confirmatory factor analysis proved this structure and showed good indexes of both relative and general adjustment of the scale. In conclusion, this instrument is a reliable tool to assess compassion in the Mexican population.

Key words: Compassion; Suffering; Affective reaction; Alleviating suffering.

INTRODUCCIÓN

Compasión es un concepto que ha suscitado controversias relacionadas con su definición debido a que se ha intentado explicar desde diferentes perspectivas teóricas y filosóficas con resultados que en ocasiones han sido incluso contradictorios (Goetz, Keltner y Simon-Thomas, 2010). Al margen de dichas controversias, la psicología basada en evidencias ha retomado el concepto pretendiendo una definición operacional que permita su estudio sistemático, y ha proporcionado puntos de referencia confiables para la comprensión del fenómeno (Goetz et al., 2010; Singer y Steinbeis, 2009).

Una de las definiciones más utilizadas en el estudio de la compasión señala que es una profunda conciencia del sufrimiento de otro y el subsecuente deseo de aliviarlo (Bornemann y Singer, 2013; Goetz et al., 2010; Gyatso, 2001; Ozawa, Dodson, Raison y Negi, 2012; Singer y Kilmecki, 2014).

¹ Se agradece a la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), ya que el presente trabajo fue posible gracias a la beca no. 449437 otorgada al primer autor del presente artículo con no. de becario 299644 durante sus estudios doctorales.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, Ciudad de México, México, correos electrónicos. moca99_99@yahoo.com y alejandrolopez2024@gmail.com. Artículo recibido el 22 de enero y aceptado el 20 de febrero de 2018.

Singer y Steinbeis (2009) apuntan que tal definición está relacionada con las tradiciones contemplativas orientales, las cuales frecuentemente se refieren a la compasión de dos maneras: como un estado emocional caracterizado por sentimientos de calidez, amor y preocupación por el bienestar de los demás, y como una motivación o aspiración de ayudar a otros y promover su bienestar.

El concepto de compasión ha estado siendo integrado consistentemente a las psicoterapias occidentales (Germer y Siegel, 2012), y aunque en un principio se señalaba su semejanza (y posible equivalencia) con conceptos como *empatía* (Phillips y Taylor, 2009), los avances en la investigación en psicología y las neurociencias han mostrado paulatinamente que la compasión es un fenómeno bien diferenciado de otros procesos que pudieran parecer similares, principalmente por la participación de estructuras cerebrales asociadas con el bienestar y los afectos positivos, así como por la existencia de una clara motivación para aliviar el sufrimiento, lo que se traduce en el aumento de conductas prosociales (Gilbert y Choden, 2013; Singer y Kilmecki 2014). Por consiguiente, es importante señalar que la compasión no debe confundirse con la empatía, pues esta última es solo un componente afectivo de la compasión (Mercadillo, 2012).

Desde una perspectiva evolutiva, se considera que la compasión evolucionó con el apego en los mamíferos y está arraigada en la capacidad de experimentar sentimientos afiliativos, de ser amado y ser capaz de amar a otros como elementos indispensables de un proceso adaptativo; la compasión, como una respuesta ante el sufrimiento de uno mismo y de los demás, se puede considerar un elemento que forma parte de una serie de repertorios conductuales que sirven para apoyar la supervivencia propia y del resto de los miembros de la especie (Gilbert, 2013).

La evidencia obtenida hasta ahora indica que la compasión tiene efectos benéficos en la salud, toda vez que ayuda a las personas a estar fisiológicamente mejor reguladas en relación a las hormonas de estrés, el sistema inmunológico, el procesamiento cortical frontal y la creatividad, al tiempo que fomenta estados de bienestar y ayuda a las personas a hacer frente de mejor manera a toda una variedad de deseos, fantasías, miedos, enojos, re-

cuerdos traumáticos y situaciones de estrés (Gilbert, 2013; Leaviss y Uttley, 2015; Ozawa et al., 2012).

Las intervenciones psicológicas centradas en la compasión se han analizado de manera sistemática en el ámbito aplicado, y diversos estudios han utilizado estas intervenciones en poblaciones con trastornos como esquizofrenia (Braehler et al., 2013; Laithwaite et al., 2009; Mayhew y Gilbert, 2008), sintomatología ansiosa y depresiva (Gilbert y Irons, 2004; Gilbert y Procter, 2006), trastorno bipolar (Laithwaite et al. 2009), desórdenes crónicos de personalidad (Lucre y Corten, 2013), acné crónico (Kelly, Zuroff y Shapira, 2009), trastornos alimentarios (Gale, Gilbert, Read y Goss, 2014), efectos posteriores a traumas (Beaumont et al. 2012), lesiones cerebrales por accidentes de tráfico (Ashworth, Gracey y Gilbert, 2011), tabaquismo (Kelly, Zuroff, Foa y Gilbert, 2010), depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad social y autolesiones deliberadas (Judge, Cleghorn, McEwan y Gilbert, 2012).

La creciente incorporación de protocolos de entrenamiento en compasión en el ámbito psicoterapéutico tiene implicaciones importantes para los profesionales del área, pues se traduce en una creciente necesidad de disponer de métodos de medición confiables que permitan evaluar los efectos de las intervenciones utilizadas y, tal como señalan Martins, Nicholas, Shaheen, Jones y Norris (2013), identificar con claridad los niveles de compasión necesarios para producir cambios conductuales.

Actualmente, es posible encontrar en la literatura internacional tres escalas específicas que han medido la compasión en población universitaria (Chang, Fresco y Green, 2014; Martins et al., 2013; Sprecher y Fehr, 2005), así como instrumentos psicométricos que miden constructos asociados a la compasión, como la autocompasión (Neff, 2003), que se dirige al propio sufrimiento y el deseo de aliviarlo, en tanto que la compasión está orientada a aliviar el sufrimiento de los demás.

La literatura existente acerca de la compasión suele mostrar algunas variaciones en las dimensiones que conforman el constructo. En los estudios en que se han desarrollado escalas específicas de compasión, la estructura factorial del constructo ha sido diversa; por ejemplo, la Escala

de Amor Compasivo por los Otros Cercanos y la Humanidad, de Sprecher y Fehr (2005), fue diseñada inicialmente para ser una escala de tres factores; sin embargo, se mostró como una escala de un solo factor que incluía reactivos que evalúan ternura ante el sufrimiento, comprensión, ayuda y sacrificio. Por su parte, Martins et al. (2013) obtuvieron en su escala una estructura de dos factores, el primero de los cuales indaga la cantidad de diversos tipos de apoyo o ayuda a los demás que proporcionan las personas (p.e. “¿Cuánto de su tiempo libre dedicaría a trabajar para un extraño que necesita sus habilidades pero no puede pagarlo?”), y el segundo la frecuencia con que se proporciona algún tipo de ayuda a otros o en cuántas ocasiones se dejan de emitir conductas que pudieran generar daño a otros (p.e. “¿Cuántas veces te negarías el placer de algo que causa dolor a otros?”). Por último, la escala desarrollada por Chang et al. (2014) posee asimismo una estructura de dos factores: el primero mide la empatía como una reacción afectiva ante la situación de vida de otros, y el segundo el deseo de aliviar el sufrimiento de otros.

Como se puede observar, la estructura factorial de las escalas existentes resulta variable; no obstante, dos de esas escalas coinciden en incorporar reactivos que evalúan la existencia de una reacción afectiva ante el sufrimiento (Chang et al., 2014; Sprecher y Fehr, 2005), y todas ellas coinciden en la necesidad de incorporar reactivos que evalúen la motivación para ayudar a otros o de aliviar su sufrimiento, particularmente la escala de Martins et al. (2013), que concentra la cantidad y frecuencia de formas de ayuda o apoyo muy específicas.

A pesar de la falta de coincidencia en cuanto a los factores en los citados estudios, los resultados obtenidos coinciden de manera general con lo señalado por Ozawa et al. (2012), quienes indican que, estrictamente hablando, los principales ingredientes o condiciones preestablecidas para que la compasión tenga lugar son al parecer la capacidad de reconocer el sufrimiento en los otros y experimentar una reacción afectiva ante ese sufrimiento, de modo que si ambos están presentes, el deseo de aliviar este sufrimiento es posible, pero si falta alguno, dicha compasión no se produce.

El estudio formal de la compasión en México en el ámbito de la psicoterapia es muy reciente; sin embargo, la posibilidad de que pueda producir resultados confiables depende en gran medida de la existencia de una escala psicométrica adecuada para la población mexicana.

Así, el objetivo de este estudio fue el desarrollo de dicha escala, al considerar que la relevancia cultural de un instrumento que indague la compasión resulta evidente; de igual modo, el tipo de población a partir de la cual se construyeron las escalas existentes, muchas de hechas destinadas a estudiantes universitarios, podría dificultar la evaluación del constructo en la población general de México, por lo cual el desarrollo desde cero de esta escala representa un beneficio para la investigación aplicada.

MÉTODO

Participantes

Participaron 385 hombres y mujeres de la población general. Como criterios de inclusión se consideraron la nacionalidad mexicana, una edad mínima de 16 años y la disposición explícita a participar en el estudio.

Instrumento

Para construir los reactivos se utilizaron diversos métodos; algunos de ellos se desarrollaron por medio de la revisión de la teoría existente acerca de la compasión, otros fueron contruidos a partir de una lista de situaciones en las cuales pudiera manifestarse la compasión, lista la cual fue solicitada a cuatro profesionales estudiosos del tópico incorporados al programa de posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; finalmente, también se elaboraron reactivos por medio de un análisis de contenido realizado con las respuestas de cincuenta informantes de la población general.

A partir de este trabajo, se obtuvo un listado inicial de 133 reactivos distribuidos en tres dimensiones propuestas a partir de la revisión de la literatura: una dimensión cognitiva en la que se incorporaban reactivos encaminados a evaluar la

capacidad de las personas para reconocer situaciones de sufrimiento en los demás; una segunda dimensión que contenía reactivos orientados a evaluar las reacciones afectivas de las personas ante situaciones de sufrimiento, y una más que analizaba el deseo de las personas de aliviar el sufrimiento. Después, se realizó un piloteo de esta primera versión del cuestionario con diez personas, luego del cual se eliminaron 37 reactivos ya que su redacción se consideró poco clara, ambigua, o porque resultaban redundantes con otros reactivos presentes en la misma dimensión.

Los 96 reactivos restantes se sometieron al análisis de tres expertos que evaluaron su importancia a partir de la definición teórica y las dimensiones propuestas, así como que se cubrieran las dimensiones de interés por los reactivos incluidos en cada una de ellas. A partir de esta revisión se eliminaron 20 reactivos más que no cumplieron con los criterios de validez establecidos, permaneciendo 76 reactivos que se incorporaron a una versión del cuestionario para su aplicación en una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta, que iban de “nunca” a “siempre”.

La escala fue autoaplicable, por lo cual se elaboró una versión de lápiz y papel que podía responderse directamente, así como un formulario digital en la plataforma Google Docs.

Recolección de datos

Durante la aplicación, la mitad de los participantes contestó el cuestionario de lápiz y papel, y la otra mitad el formulario digital; los participantes que respondieron este último recibían una invitación única por correo electrónico, la cual incluía un enlace al formulario para que respondieran el cuestionario en caso de que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio. Los datos se codificaron y procesaron mediante el paquete SPSS, versión 21.

RESULTADOS

Características de los participantes

De los participantes, 70% fueron mujeres y 30% hombres; 24% contaba con el nivel básico de edu-

cación y 76% con estudios profesionales; de igual modo, 69% reportó tener una práctica espiritual (religión, filosofía, idea propia de espiritualidad o actividad espiritual), mientras que 31% restante respondió no tener esas prácticas.

Del total de personas que respondieron practicar alguna forma de espiritualidad, 64.7% dijeron profesar el catolicismo, 11.2% el cristianismo, 8.9% alguna forma de budismo o alguna práctica que ellos relacionaban con dicha creencia, y 10.1% manifestó llevar otro tipo de práctica que consideraba formas de espiritualismo, como el yoga, la meditación o una idea de espiritualidad propia.

La media de edad fue de 37.6 años, con una desviación estándar de 12.7. De esos participantes, 228 residían en la Ciudad de México, 65 en el Estado de México, 43 en el de Veracruz, 22 en el de Coahuila y los 28 restantes en diversos estados de la República Mexicana.

Confiabilidad y validez

Tras llevar a cabo un análisis de discriminación de reactivos por distribución de frecuencias, discriminación de reactivos por sesgo y curtosis y discriminación de reactivos por diferencias en grupos extremos, se eliminaron ocho reactivos por concentrar más de 50% de respuestas en una sola opción de la codificación; dos reactivos por poseer puntajes de curtosis mayores a 2, y uno mediante una prueba *t* para muestras independiente por no discriminar entre grupos extremos.

Con los 66 reactivos así obtenidos, se hizo un análisis de confiabilidad por medio de una prueba alfa de Chronbach, a partir de la cual se eliminó un reactivo más cuya correlación elemento-total corregida fue menor de .20, y se solicitó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El valor de la prueba KMO fue .943, lo que lleva a suponer que el tamaño de la muestra tenía suficiente adecuación, y el de la prueba de esfericidad de Bartlett fue igual a 10940.824 ($df = 861$, $p < 0.001$). Estos resultados confirmaron que era factible realizar un análisis factorial exploratorio con los datos obtenidos.

El primer análisis factorial exploratorio con el método de extracción de máxima verosimilitud y una rotación varimax permitió eliminar 31 reac-

tivos que no registraron cargas mayores a .40, o que no se agruparon adecuadamente dentro de un factor con al menos tres reactivos; luego, los 34 reactivos restantes se sometieron nuevamente al análisis de confiabilidad y al análisis factorial exploratorio, de los que se obtuvo una estructura de tres factores: Motivación para aliviar el sufrimiento, Reacción afectiva ante el sufrimiento y Compasión hacia los animales.

Después, mediante la utilización del programa AMOS 24, se realizó un análisis factorial confirmatorio con base en el programa de ecuaciones estructurales (Byrne, 2001; Kline, 2005). A partir de dicho análisis se eliminaron aquellos reactivos

que no tuvieron una carga mayor a .40. De igual modo, se analizó la matriz de covarianzas residuales estandarizadas con la finalidad de mejorar el ajuste del modelo eliminando aquellos reactivos cuya covarianza con otros reactivos fuera alta (≤ 2). Al final de este proceso se eliminaron 17 reactivos más.

Con los 17 reactivos restantes se repitieron el análisis alfa de Cronbach y el factorial exploratorio. El coeficiente alfa total resultante fue de .90; de igual modo, la confiabilidad de los tres factores resultantes fue alta, y la varianza total explicada de 53.59%. Dichos coeficientes, así como los reactivos de cada factor, se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Subescalas, cargas factoriales obtenidas para los reactivos y varianza explicada de la Escala de Compasión para Población Mexicana.

REACTIVOS	Factores		
	1 Motivación para aliviar el sufrimiento	2 Reacción afectiva ante el sufrimiento	3 Compasión hacia los animales
70. Cuando veo que alguien está pasando un momento difícil, le pregunto si puedo ayudarlo.	.744		
28. Si veo a alguien pasando un momento difícil, trato de ayudar a esa persona.	.733		
64. Cuando alguien está sufriendo un duelo soy el primero en intervenir y ayudar.	.670		
66. Cuando otros sienten tristeza, trato de confortarlos.	.668		
20. Cuando veo que una persona se siente sola, siento deseos de ofrecerle mi compañía.	.632		
12. Procuo cuidar de las personas.	.602		
1. Cuando me doy cuenta que alguien se siente mal, le ofrezco mi ayuda sin dudar.	.590		
36. Si veo que alguien necesita un consejo, trato de decirle algo que le ayude.	.578		
60. Dedico parte de mi tiempo libre a ayudar a los demás.	.530		
2. Si alguien necesita ayuda económica, se la proporciono si tengo la posibilidad.	.506		
55. Siento gran tristeza cuando veo a personas sin hogar.		.800	
65. Me duele la pobreza en el mundo.		.796	
48. Me entristece el sufrimiento de los seres humanos.		.731	
24. Siento gran pena por las personas que no tienen que comer.		.662	
58. Cuando veo a un animal sufriendo maltrato, siento deseos de protegerlo.			.798
54. Si veo a un animal en peligro, trato de ayudarlo.			.774
26. Procuo cuidar de los animales.			.720
Varianza explicada: Total = 53.59%	40.54%	10.94%	9.30%
Consistencia interna: $\alpha = .90$	$\alpha = .88$	$\alpha = .88$	$\alpha = .84$

Al analizar la correlación entre factores (Tabla 2), fue posible observar que existía una correlación significativa entre los factores ($p < .01$), por lo que se llevó a cabo un análisis factorial de segundo

orden mediante el método de extracción de factorización de ejes principales, a través del cual se comprobó la existencia de un factor de orden superior que explicó 44.7% de la varianza.

Tabla 2. Índices de correlación entre los factores de la Escala de Compasión.

Subescala	Motivación para aliviar el sufrimiento	Reacción afectiva ante el sufrimiento	Compasión hacia los animales
Deseo de aliviar el sufrimiento	1.000		
Reacción afectiva ante el sufrimiento	.527**	1.000	
Compasión hacia los animales	396**	384**	1.000

**Significativos ($p < .01$)

Hecho lo anterior, se realizó un análisis factorial confirmatorio de segundo orden con el propósito de examinar empíricamente la estructura factorial de la escala, fijándose en 1 las varianzas de las variables latentes.

Las varianzas de los términos de error se especificaron como parámetros libres. Se empleó el método de estimación de máxima verosimilitud. Los indicadores de bondad de ajuste absoluto obtenidos para la escala fueron, a saber: 1) χ^2 entre los grados de libertad (el cociente debería ser < 4.00 , pues a menor índice, mejor ajuste) = $236.837 / 115 = 2.05$; 2) índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI [*Comparative fit index*]). El valor debería acercarse a 0.90, pues cuanto mayor sea el valor, mejor ajuste) = 0.962, y 3) raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA [*Root mean square error of approximation*]). Para

un buen ajuste el valor debería ser ≤ 0.05) = 0.05. Los indicadores obtenidos de ajuste relativo, los cuales oscilaron entre 0 y 1 ($\leq .90$ generalmente se considera un buen ajuste), fueron los siguientes: 1) índice de ajuste normalizado (NFI [*Normed fit index*]) = .92; 2) índice de ajuste incremental (IFI [*Incremental fit index*]) = .96; 3) índice de ajuste comparativo [CFI, *Comparative fit index*] = .96. En suma, los indicadores de bondad de ajuste para la Escala de Compasión para población mexicana mostraron niveles adecuados de ajuste a los datos, lo que confirma la estructura factorial obtenida en el análisis exploratorio.

En la Tabla 3 se expresan la media y desviación estándar de las puntuaciones de compasión por cada factor, así como la media total de la escala para toda la población participante en el estudio.

Tabla 3. Medias y desviaciones estándar de las subescalas de la Escala de Compasión.

Subescala	Media*	D. E.
Motivación para aliviar el sufrimiento	4.99	0.87
Reacción afectiva ante el sufrimiento	5.74	1.13
Compasión hacia los animales	5.51	1.19
Compasión total	5.42	0.84

DISCUSIÓN

La escala aquí presentada se diseñó a partir de una estructura de tres factores (cognitivo, afectivo y motivacional); sin embargo, de manera muy similar a lo hallado por Sprecher y Fehr (2005), la estructura factorial final de la escala se modificó ligeramente, conservando sin embargo el número de tres factores de primer orden (Deseo de

aliviar el sufrimiento, Reacción afectiva ante el sufrimiento y Compasión hacia los animales), al que se agregó un factor de segundo orden llamado Compasión total.

En general, los factores obtenidos en la presente escala coincidieron conceptualmente con lo hallado en estudios como el de Sprecher y Fehr (2005) y Chang et al. (2014), quienes obtuvieron factores en los que se incorporaban reactivos que

evalúan la reacción afectiva hacia el sufrimiento de otros, así como la motivación de disminuir el sufrimiento.

Otro aspecto importante del presente estudio es el modo consistente en que la motivación de aliviar el sufrimiento (aquí encontrada en el factor 1 por medio de reactivos que evalúan el acercamiento a los otros, la intención y la conducta orientada a aliviar el sufrimiento) es el elemento con mayor presencia y peso en la medición de la compasión, lo que concuerda con lo señalado por autores como Gilbert y Choden (2013) y Singer y Kilmecki (2014), que subrayan que este es un elemento que distingue la compasión de procesos que pudieran parecer semejantes, como la empatía.

Si bien durante el desarrollo de la escala se decidió incluir un factor cognitivo, mismo que indagaba el reconocimiento del sufrimiento en otros a partir de la sugerencia de Ozawa et al. (2012), quienes apuntan que el reconocimiento del sufrimiento en otros es un elemento sin el cual la compasión no se produce, tal proceso cognitivo parece estar implícito en la reacción afectiva ante el sufrimiento, y el motivo que podría explicar su ausencia en la estructura factorial final de la escala podría ser que dicho proceso ocurre frecuentemente fuera del control consciente de las personas que entran en contacto con el sufrimiento de otros seres vivos, reconociéndolo únicamente hasta que se produce una reacción afectiva.

Un elemento que resulta distinto en la presente escala al compararla con otras es la incorporación de reactivos que evalúan la compasión

hacia los animales y que se agruparon en un solo factor. En términos teóricos, este es un resultado interesante ya que sugiere que la compasión no es un fenómeno que se limite a la interacción que el ser humano tiene con miembros de su misma especie (nivel en el que se han desarrollado las otras escalas existentes), sino que se extiende a otros seres vivos, en la medida en que reconoce en ellos la capacidad de experimentar sufrimiento y que posee la motivación para aliviarlo.

En conclusión, los resultados obtenidos en la presente investigación indican que el instrumento de compasión desarrollado es una medida válida y confiable de este constructo en la población mexicana.

Sobresale su similitud con la estructura factorial reportada en otros estudios, en los cuales es constante un factor que involucra el acercamiento a los otros, la intención de ayudarlos y la emisión de conductas muy específicas orientadas al alivio del sufrimiento, así como de un factor que evalúa reacciones emocionales ante el sufrimiento; la contribución del presente estudio es que a los dos factores mencionados se agrega por primera vez un factor que evalúa la compasión hacia los animales.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran la imposibilidad parcial de generalizar los resultados a poblaciones distintas a la estudiada aquí, por lo cual su aplicación en grupos con distintas características es un área de oportunidad importante para el desarrollo de futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- Ashworth, F., Gracey, F. y Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12, 128-139. Recuperado de <https://doi.org/10.1375/brim.12.2.128>.
- Bonermann, B. y Singer T. (2013). A cognitive neuroscience perspective. The resource model of compassion. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science* (pp. 179-191). Munich: Max Planck Society.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. y Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199-214. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjc.12009/abstract>.
- Chang J., Fresco, J. y Green, B. (2014). The development and validation of the Compassion of Others' Lives Scale (The COOL Scale). *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(5), 33-42. Recuperado de http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_4_No_5_March_2014/4.pdf.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N. y Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 1-12. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22740105>.

- Germer, C. y Siegel, R. (2012). Wisdom and compassion: two wings of a bird. En R. Siegel y C. Germer (Eds.): *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 7-34). New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2013). The flow of life. An evolutionary model of compassion. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science* (pp.127-149). Munich: Max Planck Society.
- Gilbert, P. y Choden (2013). *Mindful compassion*. London, UK: Constable-Robinson.
- Gilbert, P. e Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15487546>.
- Gilbert, P. y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Goetz, J.L., Keltner, D. y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/a0018807>.
- Gyatso, T. (2001). *An open heart: Practising compassion in every day life*. New York: Little, Brown and Company.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K. y Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5, 420-429. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217864>.
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Foa, C.L. y Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 727-755. Recuperado de <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2010.29.7.727>.
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C. y Shapira, L.B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: the treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 301-313. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-008-9202-1>.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S. y Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 511-526. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19765353>.
- Leaviss, J. y Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945. Recuperado de <http://doi.org/10.1017/S0033291714002141>.
- Lucre, K. y Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 86, 387-400. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217864>.
- Martins, D., Nicholas, N.A., Shaheen, M., Jones, L. y Norris, K. (2013). The development and evaluation of a compassion scale. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(3), 1235-1246. Recuperado de <http://doi.org/10.1353/hpu.2013.0148>.
- Mayhew, S. y Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-138. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19115433>.
- Mercadillo, R. (2012). *Retratos del cerebro compasivo: una reflexión en la neurociencia social, los policías y el género*. México: Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano.
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/2003-05728-004>.
- Ozawa S., B., Dodson L., B., Raison, C. y Negi, L. (2012). Compassion and ethics: Scientific and practical approaches to the cultivation of compassion as a foundation for ethical subjectivity and well-being. *Journal of Healthcare, Science and the Humanities*, 2(1), 145-161.
- Phillips, A. y Taylor, B. (2009). *On kindness*. London: Hamish Hamilton.
- Singer, T. y Kilmecki, O.M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875-878. Recuperado de [http://www.cell.com/current-biology/abstract/S0960-9822\(14\)00770-2](http://www.cell.com/current-biology/abstract/S0960-9822(14)00770-2).
- Singer, T. y Steinbeis, N. (2009). Differential roles of fairness-and compassion-based motivations for cooperation, defection, and punishment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167, 41-50. Recuperado de <http://doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04733.x>.
- Sprecher, S. y Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 629-651. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0265407505056439>.

Repercusiones físicas y sociales en la salud de portadoras que son a la vez cuidadoras primarias de pacientes con hemofilia

Physical and social repercussions on the health of carriers, who are also primary caregivers of hemophilic patients

Maricela Osorio Guzmán, María del Carmen Puente Reyna
y Georgina Eugenia Bazán Riverón¹

Citación: Osorio G., M., Puente R., M.C. y Bazán R., G.E. (2019). Repercusiones físicas y sociales en la salud de portadoras que son a la vez cuidadoras primarias de pacientes con hemofilia. *Psicología y Salud*, 29(1), 33-40.

RESUMEN

La hemofilia es una enfermedad hemorrágica ligada al cromosoma X, caracterizada por la deficiencia funcional o cuantitativa de los factores de coagulación VIII para la hemofilia A o IX para la hemofilia B. Las mujeres son las portadoras de esta enfermedad, que puede ser asintomática o sintomática. El objetivo de este trabajo fue analizar y describir sus repercusiones físicas y sociales en la salud de portadoras que son a la vez cuidadoras primarias de pacientes con hemofilia. Participaron 42 mujeres a quienes se aplicó un cuestionario construido *ad hoc* que evalúa las áreas de salud y actividades físicas, rol de cuidadoras y repercusiones sociales. Los resultados obtenidos reportan falta de energía para realizar actividades de esparcimiento, así como serias repercusiones en su salud física; sin embargo, casi ninguna de ellas recibía algún tipo de medicamento para tratar sus molestias. En conclusión, es importante evidenciar la problemática de las portadoras y cuidadoras para que reciban una atención multidisciplinaria integral.

Palabras clave: Hemofilia; Portadoras; Cuidadoras primarias; Repercusiones físicas.

ABSTRACT

Hemophilia is an hemorrhagic illness linked to the X chromosome, characterized by functional or quantitative deficiency of coagulation factors VIII for hemophilia A, or IX for hemophilia B. Women are the carriers of this illness, which may be asymptomatic or symptomatic. The aims of this study were to analyze and to describe its physical and social health repercussions on the carrier women, primary caregivers of hemophilic patients. Forty-two female carriers participated. An ad hoc questionnaire was designed to evaluate health and physical activities, caregiver's role, and social repercussions. The results obtained revealed a lack of energy to carry out recreational activities, and other repercussions on physical health. However, almost no participant received any type of medication to treat the experienced discomfort. In conclusion, it is important to highlight the problem of carriers and caregivers, so that they receive comprehensive multidisciplinary care.

Keywords: Hemophilia; Carriers; Primary caregivers; Physical repercussions.

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de Los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correo electrónico: psic.carmenpuente@gmail.com. Artículo recibido el 16 de enero y aceptado el 12 de abril de 2018.

A lo largo del tiempo, muchos autores han definido la relación entre la psicología y la salud física; sin embargo, no fue sino hasta 1984 cuando Matarazzo definió la psicología de la salud como la suma de contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina para la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de la enfermedad; la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada; el mejoramiento del sistema sanitario, y la formulación de políticas de la salud.

Por otra parte, las enfermedades crónicas son una de las áreas de interés para la psicología de la salud, ámbito en el que desde hace treinta años se hacen investigaciones para analizar la calidad de vida, diseñar instrumentos para evaluar comportamientos de riesgo y protección, modificar estilos de vida y llevar a cabo actividades de educación para la salud, entre otras (Osorio, 2014). Dichas enfermedades consisten en un trastorno orgánico funcional que obliga a modificar el modo de vida del paciente (Brannon y Feist, 2001). Debido a que los síntomas de las enfermedades crónico-degenerativas son de larga duración, tienen un considerable efecto en los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona (González y Reyes, 2012). Este efecto será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad del mismo, pero también de los aspectos biográficos del sujeto, de su personalidad y de los recursos psicológicos de que disponga (Olvera y Soria, 2008).

Una de las enfermedades crónicas en la que se ha trabajado recientemente es la hemofilia. La expresión clínica de la hemofilia es la hemorragia en diversas localizaciones del organismo: las articulaciones, los músculos de los miembros inferiores y superiores o los aparatos digestivo, urinario y otros; con menor frecuencia entre estos últimos, las hemorragias en el sistema nervioso central son las más graves de la hemofilia y las que ocasionan la mayor morbimortalidad (Federación Mexicana de Hemofilia, 2012).

La hemofilia es un trastorno hemorrágico que se origina en el cromosoma X en el que hay una disminución o ausencia de los factores VIII (hemofilia A) y IX (hemofilia B), lo cual provoca que las hemorragias persistan más en las personas afecta-

das ya que su sangre no cuenta con el suficiente factor de coagulación.

La Federación Mundial de Hemofilia (2012) indica que por lo general dicha enfermedad es hereditaria, lo que quiere decir que se transmite de padres a hijos a través de los genes. En este sentido, Gerzso (1983) apunta que los patrones de transmisión más comunes en ambos tipos de hemofilia son los siguientes: la unión de una mujer portadora con un varón sano hará que aproximadamente la mitad de sus hijos varones sufra hemofilia; la unión de una mujer sana con un varón con el padecimiento hará que la totalidad de sus hijas sean portadoras y que todos sus hijos varones sean sanos. En dos tercios de los casos, la hemofilia se debe a genes recesivos de la madre (portadora) y se manifiesta en los hijos varones (Rodríguez, 2011).

Hasta hace poco tiempo se creía que solamente los hombres podían manifestar síntomas de hemofilia, no así las mujeres portadoras; no obstante, Chávez y Majluf (2013) hallaron que aunque generalmente las portadoras son asintomáticas, algunas muestran tendencia hemorrágica, aunque en la mayoría de los casos los síntomas clínicos son comparables a los de la hemofilia leve. A una mujer con 40-60% de la cantidad normal del factor de coagulación –lo que hace que experimente hemorragias anormales– se le conoce como portadora *sintomática* (Chávez y Majluf, 2013); además, algunas portadoras tienen síntomas de hemofilia pese a que sus cantidades de factor de coagulación son mayores de 40%.

Existen dos tipos de portadoras: *obligadas* y *probables*. Las portadoras obligadas tienen necesariamente el gen de la hemofilia, el cual heredaron de sus padres varones. Las probables son aquellas que tienen un hijo con hemofilia, pero sin familiares que sufran la enfermedad, como hijas de madres portadoras, o madres, abuelas maternas o sobrinas de portadoras. Cabe resaltar que muchas de las portadoras, aun siendo portadoras obligadas, ignoran que se hallan en esta condición (Altisent, 2009).

Recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica como la hemofilia repercute en muchos aspectos de la vida del paciente y en los de su familia. Reyes, Garrido y Torres (2001) señalan que la familia desempeña un importante papel en el diagnóstico de una enfermedad crónica porque es

la principal red de apoyo e influye en las estrategias de afrontamiento que vaya adoptando el paciente.

Por otra parte, la persona que asume la responsabilidad de un paciente y permanece alerta para que éste pueda llevar a cabo las actividades que generalmente no puede realizar sin ayuda, es decir, que atiende sus necesidades físicas y emocionales, es llamado *cuidador primario* (Expósito, 2008). Al respecto, Ruiz y Nava (2012) afirman que generalmente el cuidador primario no dispone de capacitación, no es remunerado por su labor ni tampoco reconocido, pese a lo cual tiene un alto grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y por una atención sin límites ni horarios.

La importancia del cuidador aumenta conforme progresa la incapacidad del paciente; ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todo tipo dentro y fuera del domicilio, sirve de apoyo emocional y toma decisiones respecto a su atención (Expósito, 2008).

En la mayoría de las ocasiones son las mujeres las que toman el rol de cuidador primario, lo que se ve influido por roles sociales estereotipados, ya que en muchas partes del mundo se considera que el hombre es el encargado de proveer todo lo necesario en el hogar, mientras que la mujer es la que debe ocuparse de los miembros de la familia y el cuidado del hogar; además, cuando una mujer es cuidadora primaria, recibe una carga excesiva adicional a sus tareas cotidianas, lo que implica frecuentemente un obstáculo para su desarrollo profesional y personal (la mayoría tiene solamente estudios básicos), así como una enorme presión sobre las relaciones familiares y los presupuestos domésticos (Araya, Guamán y Godoy, 2006; Bazán, Rodríguez, Osorio y Sandoval, 2014; Osorio, Bazán y Hernández, 2015).

Asimismo, varias investigaciones desarrolladas en los últimos años sobre el cuidado en el manejo de las diversas enfermedades crónicas en niños y adolescentes indican que las madres son las principales personas que participan en el proceso del cuidado (Macedo, Rangel, Santos y Pereira, 2015; Osorio et al., 2015). Además, otras llevadas a cabo en Estados Unidos y Europa muestran que 83.6% de las personas cuidadoras son mujeres.

Ante esa tarea, la salud física del cuidador se ve afectada y desarrolla síntomas como fatiga,

alteraciones del sueño, náusea, trastornos del apetito, estreñimiento, dolores y malestar general (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011; Ferrell B., ONS/Bristol-Myers Oncology Division Distinguished, 1996).

Los mencionados síntomas se manifiestan más comúnmente en los cuidadores que dedican todo su tiempo a las necesidades del paciente, aunque los cuidadores que ocupan menos tiempo en dicha labor no están exentos de manifestar síntomas ya que por lo regular tienen otras actividades, como el trabajo o la familia; aun así, puede llevarlos a padecer dolores de cabeza, cansancio o problemas para dormir, entre otros (Macedo et al., 2015).

Llantá, Hernández y Martínez (2015) realizaron un estudio en un instituto de oncología en el cual los cuidadores indicaron sentirse cansados, despertaban con dolores, tenían dificultad para recordar las cosas, se sentían tristes y angustiados, además de que, según dijeron, el estrés los hacía agresivos.

A pesar de que los cuidadores muestran síntomas como los anteriormente mencionados, es común que no presten atención a su salud física porque consideran que es más importante el enfermo a su cargo, según afirman González y Reyes (2012); en ellos, la principal razón para no atender sus malestares es la falta de tiempo para acudir al médico.

Por su parte, Ruiz y Nava (2012) señalan que el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan a su familiar es muy frecuente entre los cuidadores.

La edad media de los cuidadores principales, de acuerdo a la literatura revisada, es de 52 años, y 20% son mayores de 65, lo que subraya que los malestares físicos sean más recurrentes en ellos conforme experimentan los cambios que van aparejados con la edad.

Araya et al. (2006), por su parte, encuentran que el desgaste del cuidador no es algo que “sucede”, sino que es un proceso por el cual las tensiones y ansiedades no resueltas de cada día minan gradualmente su salud psicológica y física, de modo que su función de cuidador y sus relaciones personales acaban también por alterarse.

Específicamente en el campo de la hemofilia, el que una mujer sea portadora y cuidadora primaria puede tener repercusiones en su salud, ya que,

por ejemplo, sus periodos menstruales son generalmente abundantes y prolongados y pueden ser particularmente difíciles para las jóvenes, quienes deben aislarse de familiares y amigos, faltar a la escuela o evitar sus actividades sociales debido al dolor, la incomodidad y el miedo a manchar la ropa; también pueden sufrir hemorragias prolongadas después de someterse a cirugías y soportar la aparición de moretones, tener más probabilidades de presentar hemorragias posparto y después de traumatismos, así como necesitar suplementos de hierro o ser sometidas a histerectomías (Federación Mundial de Hemofilia, 2012).

Hernández (2013) llevó a cabo una investigación con madres de pacientes hemofílicos, hallando que éstas consideraban tener una demanda importante de tiempo para dedicarse a las labores del hogar y la crianza, lo que reducía el tiempo que destinaban a su cuidado personal y actividades de recreación.

De acuerdo a lo anterior, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar y describir las repercusiones físicas y sociales en la salud de portadoras, cuidadoras primarias de pacientes con hemofilia, tomando en cuenta cuatro aspectos: 1) las portadoras no reciben una atención médica integral, principalmente porque la literatura especializada no las considera como pacientes en riesgo en virtud del bajo porcentaje de portadoras sintomáticas; 2) el tratamiento es muy costoso y se destina sobre todo a los paciente varones con hemofilia (Osorio, Santoyo y Bazán, 2017); 3) hay falta de información e investigación sobre ser a la vez portadoras de hemofilia y cuidadoras principales de pacientes con este padecimiento, y 4) no se conoce bien el impacto que tienen estas dos condiciones en su salud.

MÉTODO

Participantes

Se incluyó en el estudio a 42 mujeres portadoras de hemofilia que cubrieran los siguientes requisitos: participar de manera voluntaria, ser mayores de edad, ser cuidadoras primarias de un paciente con hemofilia y estar en el registro nacional de la Federación de Hemofilia de la República Mexicana A. C. (FHRMAC).

Instrumento

Se aplicó un cuestionario construido *ad hoc* que evaluó las repercusiones en la salud física de las portadoras, cuidadoras principales, compuesto por 19 ítems, 14 de los cuales evalúan la salud y las actividades físicas, tales como sentirse cansadas durante el día, sentirse mal físicamente o tener problemas para dormir, y 5 más que valoran el rol de cuidadoras y sus implicaciones, como dejar de hacer actividades personales debido al tiempo que se dedica al cuidado del paciente. El instrumento se responde en una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 0 corresponde a “nunca” y 4 a “casi siempre”, cuenta con una fiabilidad de 0.77 y fue elaborado porque al momento de la búsqueda de información no se encontró ningún instrumento con los contenidos que interesaban en este trabajo. El proyecto general del cual se desprende el presente estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Procedimiento

El mencionado cuestionario fue elaborado por el equipo de investigación, tomando en cuenta las repercusiones físicas del rol de cuidadoras reportadas en la literatura. Se redactaron 30 reactivos (15 correspondientes a cada área explorada), los cuales fueron evaluados por tres profesoras miembros del grupo de investigación “Enfermedades Crónicas” de la citada institución y por una hematóloga asesora de la FHRMAC. Después de la evaluación, quedaron 20 reactivos. Este instrumento se aplicó a cinco voluntarias de la propia FHRMAC, a quienes se solicitó que evaluaran la claridad de cada enunciado. Cuatro de ellas coincidieron en que dos reactivos tenían un contenido similar, por lo que se procedió a redactar uno solo. De esta manera, la versión final quedó conformada por 19 reactivos.

La muestra fue seleccionada con base en el registro de la FHRMAC, y luego se citó a las participantes para la aplicación del cuestionario, a las cuales se les requirió que firmaran un formato de consentimiento informado. Una vez terminada la aplicación del cuestionario, se revisó cada cuestionario para cerciorarse que no estuvieran incompletos. Se diseñó la base de datos en el programa

SPSS, v. 22, tras de lo cual se capturaron las respuestas obtenidas y se procedió a su análisis.

Análisis de datos

Mediante el programa estadístico se hizo el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra. Así, usando la *t* de Student se determinaron las diferencias significativas entre algunas variables, como síntomas típicos, horas de cuidado o estado civil. Finalmente, se obtuvieron las correlaciones entre las variables ya señaladas y las áreas del cuestionario (salud, actividades físicas y rol de cuidadora).

RESULTADOS

Datos demográficos

En la investigación participaron 42 mujeres portadoras de hemofilia, con una media de edad de 40.12 (D.E. = 11.23) y un rango de edad de 21-65 años. De ellas, 35.7% contaba con estudios de secundaria, 26.2% de preparatoria y 21.4% de licenciatura. Respecto al estado civil, 64.3% eran casadas, 14.3% solteras y 11.9% vivían en unión libre. Todas se clasificaron como pertenecientes al nivel socioeconómico medio.

En cuanto al diagnóstico de portadora, solo 47.6% de las participantes lo había recibido por medio de una prueba de laboratorio efectuado por diferentes casas farmacéuticas, mientras que 52.4% lo ignoraba, aunque se consideraban portadoras debido a sus antecedentes familiares, como fue el caso de madres de hijos con hemofilia, o hermanas o hijas de pacientes. De estos porcentajes, 97.6% de las participantes no recibía ningún tipo de medicamento para tratar las molestias a pesar de sufrir menstruaciones abundantes, dismenorrea, anemia, dolor de las articulaciones, cansancio y dolores de cabeza intensos y frecuentes.

Asimismo, 95.2% dijo no haber consultado a profesionales para conocer su condición de portadora, y 2.4% reportó haber consultado a un hematólogo y a un psicólogo, aunque no compartieron la información recibida de ellos.

Es importante señalar que 91% de las participantes eran madres de un paciente con hemofi-

lia. Con relación a esos pacientes, su edad promedio fue de 17.7 años (D.E. = 12.6). De igual modo, las participantes reportaron que el tipo de hemofilia A fue el más frecuente, con 85.7% de los casos.

Finalmente, en cuanto al rol de cuidadoras, 55% de las participantes reportaron ser cuidadoras principales de un paciente hemofílico, y 31% indicó dedicarle más de ocho horas a su cuidado.

Repercusiones en la salud física

Al analizar las variables del área de la salud física de cada una de las participantes, se encontraron algunas repercusiones relacionadas a su condición de portadoras y cuidadoras de un paciente, mismas que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Sintomatología física relacionada con el cuidado.

Sintomatología	%
Cansancio al despertar por la mañana	50.0
Dolores de cabeza	43.0
Cólicos menstruales fuertes la mayoría del tiempo durante el periodo	29.0
Debilidad física	45.0
Malestares estomacales	29.0
Sangrados nasales abundantes	10.0
Cansancio durante el día	64.0
Sangrados vaginales abundantes	14.0
Problemas para dormir	26.0
Dolor en las articulaciones	24.0
Inflamación de las articulaciones	14.0
Aparición espontánea de moretones	41.0

Correlaciones

Al analizar la asociación entre los síntomas, se encontró una correlación positiva moderada entre sentirse cansada durante el día y sentirse demasiado cansada para hacer lo que le gusta ($r = 0.41$, $p < 0.01$), lo que indica que el cansancio es un factor importante que impide la realización de actividades gratificantes para las participantes. De igual forma, se halló una relación moderada positiva entre sentirse físicamente débil y sentirse demasiado cansada para hacer lo que le gusta ($r = 0.50$, $p < 0.01$).

De la misma manera, emergió una correlación moderada entre padecer dolores de cabeza y sentirse demasiado cansada para hacer lo que le gusta ($r = 0.42$, $p < 0.01$), lo que indica que esa afección se relaciona con el desempeño de las actividades recreativas realizadas por las participantes.

Asimismo, se encontraron dos correlaciones con el síntoma; tener dolores de cabeza se relaciona con tener problemas para dormir ($r = 0.47$, $p < 0.01$) y con tener malestares estomacales ($r = 0.42$, $p < 0.01$); ambas asociaciones fueron moderadas, positivas y significativas, es decir, entre mayor es la intensidad de los dolores de cabeza, mayores son los problemas para dormir y aumenta más la probabilidad de sufrir malestares estomacales. Se encontró también una correlación positiva entre la inflamación de las articulaciones y el dolor de las mismas ($r = 0.72$, $p < 0.05$).

Por otra parte, se halló que sentirse demasiado cansada para hacer lo que le gusta ($r = 0.64$, $p < 0.01$), tener dolores de cabeza ($r = 0.61$, $p < 0.01$), sufrir problemas para dormir ($r = 0.55$, $p < 0.01$) y padecer dolor en las articulaciones ($r = 0.72$, $p < 0.01$) tuvieron una correlación moderada significativa con las actividades físicas.

Por último, el hecho de ser cuidadora principal de un paciente con hemofilia está correlacionado significativamente con dedicarle más de ocho horas al día a su cuidado ($r = 0.67$, $p < 0.01$) y con dejar de hacer las actividades personales debido al tiempo que se dedica al paciente con hemofilia ($r = 0.61$, $p < 0.48$).

Diferencias entre variables

Para analizar las diferencias entre el estado civil de las participantes se aplicó la *t* de Student, encontrándose diferencias en el total del área de salud y actividades físicas entre las participantes que vivían en unión libre y las divorciadas ($t = 2.82$; $gl = 6$; $p < 0.03$). De la misma manera, se obtuvo una diferencia significativa ($t = 1.648$; $gl = 28$; $p < 0.02$) entre las participantes casadas y las divorciadas en la misma área.

DISCUSIÓN

Los datos de la investigación evidencian que el cuidado del paciente hemofílico afecta negativa-

mente la calidad de vida de las portadoras debido a la carga emocional y física que entraña, por lo que el presente estudio buscó resaltar tales repercusiones en mujeres cuidadoras, portadoras de hemofilia, y con ello llamar la atención sobre la importancia de que a ellas también se les considere en los programas de salud y se les brinde la atención que necesitan.

Las cuidadoras que participaron en la investigación reportaron sufrir tales repercusiones en su salud física, al igual que lo hallado por García, Mateo y Maroto (2004), en cuyo análisis casi la mitad de las mil personas cuidadoras entrevistadas opinaron que la tarea de cuidar personas enfermas había tenido consecuencias negativas en su propia salud en algún grado, y cerca de 15% percibía este impacto en una intensidad muy elevada. De igual manera, los presentes autores encontraron un conjunto de indicadores que ponen de manifiesto que las personas que cuidan la salud de otras exhiben con frecuencia una salud precaria.

Larrañaga et al. (2008) reportan que el riesgo de mala salud en las mujeres cuidadoras es significativamente más elevado que en las no cuidadoras, por lo que tal deterioro puede tener como consecuencia una tasa de mortalidad mayor que el resto de la población.

El cansancio durante el día, los dolores frecuentes de cabeza, la debilidad física, los problemas para dormir, los malestares estomacales y los dolores en las articulaciones no solo afectan la salud física sino también las actividades sociales. Al respecto, Rogero (2010) indica que la supervisión de la persona dependiente altera las relaciones sociales de los cuidadores en cuanto que aumenta el tiempo destinado a las actividades domésticas y reduce su tiempo libre, lo que interfiere con la posibilidad de establecer y mantener relaciones sociales. Asimismo, Martínez y De la Cuesta (2016) afirman que los problemas de salud de las propias cuidadoras y la enfermedad progresiva del familiar que cuidan requieren de ellas un esfuerzo y una entrega mayores, lo que las conduce a perder sus capacidades, libertad personal y vida social, de lo que deriva el cuestionamiento del sentido de sus vidas.

El hecho de cuidar a una persona puede también generar conflictos entre el cuidador y la familia ante el eventual desacuerdo con los cuidados que éste le proporciona al enfermo o el modo en

que los brinda, lo que hace que el cuidador considere y exprese que la familia no aprecia el esfuerzo que realiza.

De igual forma, ver afectada la salud física tiene efectos negativos en la relación familiar. Roca et al. (2000), en un estudio realizado en Barcelona con 240 cuidadoras, encontraron que una de cada cuatro consideraba que sus relaciones con la persona cuidada eran particularmente difíciles.

Por último, aunque los resultados de la presente investigación se consideran relevantes, deben abordarse otras variables asociadas a las consecuencias del cuidado; por ejemplo, los niveles emocional, personal y familiar, así como el ámbito laboral o educativo.

Sin embargo, los resultados obtenidos permiten hacer un llamado a las diferentes instancias de salud para que las mujeres portadoras y cuidadoras reciban una atención multidisciplinaria integral y se atiendan los síntomas manifestados, como el dolor en las articulaciones, el cansancio y los cólicos menstruales, que fueron los síntomas más frecuentes en la muestra estudiada y que en la mayoría de las ocasiones no se tratan adecuadamente.

De igual forma, se propone el desarrollo de talleres en los que, con la participación de los diferentes profesionistas de la salud, las portadoras puedan expresar sus necesidades particulares y aprender las formas de afrontamiento idóneas en su condición.

REFERENCIAS

- Achury, D., Castaño, H., Gómez, L. y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Imagen y Desarrollo*, 13(1), 27-43.
- Altisent, C. (2009). Portadoras de hemofilia. En Asociación Catalana para l'Hemofilia (Ed.): *Portadoras de hemofilia ¿Que es necesario saber?* (pp. 5-10). Barcelona: Fundació Privada Catalana de l'Hemofilia.
- Araya, C., Guamán, M. y Godoy, C. (2006). *Estrés del cuidador de un enfermo terminal. Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria* (Documento de trabajo). Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile. Disponible en http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/Estres_de_%20cuidado_%20de_%20enfermo_terminal.pdf.
- Bazán R., G.E., Rodríguez J., I., Osorio G., M. y Sandoval, J. (2014). Características sociodemográficas de las cuidadoras y problemas que enfrentan en la atención del niño con asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 73(1), 4-11.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Afrontar el estrés y el dolor*. Madrid: Paraninfo.
- Chávez, J. y Majluf, A. (2013). Hemofilia. *Gaceta Médica de México*, 149(3), 308-321.
- Expósito, C. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), 2-7.
- Federación Mundial de Hemofilia (2012). *Portadoras y mujeres con hemofilia*. Montreal: FMH.
- Ferrell, B, ONS/Bristol-Myers Oncology Division Distinguished (1996). The quality of lives: 1,525 voices of cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(6). Disponible en <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id = 117>.
- García, M., Mateo, I. y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 1-16.
- Gerzso, F. (1983). *Patología heredada de la hemostasis plasmática*. En Sociedad Mexicana de Trombosis y Homeostasia (pp. 73-104). México: SMTH.
- González, U. y Reyes, A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 636-660. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122o.pdf>.
- Hernández, A. (2013). *Profilaxis en hemofilia*. México: Hospital General Centro Médico Nacional La Raza.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J., Valderrama, M. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidador informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 1-5.
- Llantá, M., Hernández, K. y Martínez, Y. (2015). Calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 97-106.
- Macedo, E., Rangel, L., Santos, M. y Pereira, M. (2015). Sobrecarga de vida de madres de niños y adolescentes con enfermedad crónica: revisión integradora. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 23(4), 769-777.
- Martínez, M. y De la Cuesta, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención Primaria*, 48(2), 77-84.

- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health science professions. En J. D. Matarazzo, S.M. Weiss, J. A. Herdy y N.E. Mechanic (Eds): The stability of health and illness behavior: Results from a 16 year followup. *American Journal of Public Health*, 69, 1142-1145.
- Olvera, J. y Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud en el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 149-158.
- Osorio, G.M. (2014). Escenarios de aplicación de la psicología de la salud: relevancia del trabajo multidisciplinario. En M. Orozco y K. Caballero (Eds.): *Psicología latinoamericana: experiencias, desafíos y compromisos sociales* (pp. 291-300). México: ALFEPSI Editorial.
- Osorio, M., Bazán, G. y Hernández, M. (2015). Niveles de autoestima en portadoras mexicanas de hemofilia. *Psicología y Salud*, 25(1), 83-90.
- Osorio, M., Santoyo, D. y Bazán, G. (2017). Repercusiones psicosociales en la salud de portadoras, cuidadoras primarias de pacientes pediátricos con hemofilia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1234-1248. Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/62799>.
- Reyes L., A., Garrido G., A. y Torres V., L.E. (2001). Relación familiar de enfermos en espera de trasplante cardiaco. *Psicología y Salud*, 11(1), 147-153.
- 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*, 28(4), 217-223.
- Rodríguez, E. (2011). Salud y autocuidado en madres con niños con hemofilia: Estudio de caso. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(46), 1-16.
- Rogero, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 1-8.
- Ruiz, A. y Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-168.

Depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso en mujeres en tratamiento nutricional

Depression, anxiety and self-efficacy to lose weight in women in a nutritional treatment

Cecilia Silva, Natalia Fernández y Natalia Rodríguez¹

Citación: Silva, C., Fernández, N. y Rodríguez, N. (2019). Depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso en mujeres en tratamiento nutricional. *Psicología y Salud*, 29(1), 41-49.

RESUMEN

Con la finalidad de explorar la relación entre depresión, ansiedad, autoeficacia para bajar de peso y cambio de peso corporal en mujeres con sobrepeso y obesidad sometidas a tratamiento nutricional, se llevó a cabo un estudio trasversal de tipo correlacional, donde se aplicaron el IDARE, el BDI-II y la Escala de Autoeficacia a 122 pacientes de dos clínicas de medicina familiar de Ciudad de México. Los resultados muestran que entre las personas obesas hubo una mayor prevalencia de depresión, y que mayores niveles de ansiedad y depresión se asociaron con una menor eficacia percibida para realizar acciones para bajar de peso. Entre mayor fue la ansiedad, menor fue la disminución del peso corporal en las pacientes.

Palabras clave: Obesidad; Nutrición; Ansiedad; Depresión; Sobrepeso; Autoeficacia.

ABSTRACT

In order to explore the relationship between depression, anxiety, self-efficacy for weight loss and body weight change in overweight and obese women undergoing nutritional treatment, the IDARE, the BDI-II and the Self-efficacy scales, were applied to 122 patients in two "family medicine" clinics in Mexico City. Results revealed higher prevalence of depression among obese participants, and higher levels of anxiety and depression associated with lower perceived efficacy for performing actions that promote weight loss. Higher anxiety levels related to a less weight reduction in the patients.

Key words: Obesity; Nutrition; Anxiety; Depression; Overweigh; Self-efficacy.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad han aumentado en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos (James, 2004; Stein y Colditz, 2004; Wang y Lobstein, 2006). Particularmente, México ocupa el segundo lugar en el mundo en cuanto a obesidad en adultos y el primer lugar en obesidad infantil. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Gutiérrez et al., 2012) reportó que 34.4% de los niños de entre 5 y 11 años de edad, 35% de los adolescentes y 71.2% de los adultos sufrían sobrepeso u obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, cuya causa fundamental es un desequilibrio entre las calorías que se consumen y las que se gastan. Para identificar estos padecimientos se

¹ División de Investigación y Posgrado, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Del. Coyoacán, Col. Copilco Universidad, 04510 Ciudad de México, México, tels. (55)56-23-70-76 y (55)54-15-65-60, correo electrónico: csilva@posgrado.unam.mx. Artículo recibido el 9 de abril y aceptado el 6 de junio de 2018.

emplea el índice de masa corporal (IMC), que es un coeficiente del peso expresado en kilogramos, dividido entre el cuadrado de la altura en centímetros. Según la OMS (2012), se considera sobrepeso un IMC entre 25 y 29 kg/m², y obesidad un IMC superior a 30 kg/m².

Al aumentar el grado de obesidad en una persona, aumenta igualmente el riesgo de padecer enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer (Stein y Colditz, 2004), padecimientos todos ellos que implican una mayor utilización de los servicios de salud y una disminución en la esperanza y calidad de vida de quienes las sufren (Hussain y Bloom, 2011).

Tanto el sobrepeso como la obesidad se han asociado también con alteraciones psicológicas. Diversos estudios han discutido la asociación entre la depresión y la obesidad. Por ejemplo, Fabricatore y Wadden (2004) y Wardle y Cooke (2005) reportan no haber encontrado diferencias significativas en los niveles de depresión entre personas obesas y con peso normal (normopeso); sin embargo, Roberts, Kaplan, Shema y Strawbridge (2000), Roberts, Deleger, Strawbridge y Kaplan (2003) y Cofré, Angulo y Riquelme (2014) hallaron importantes asociaciones entre un elevado nivel de depresión y el sobrepeso. A su vez, autores como Puhl y Brownell (2001) argumentan que las personas obesas enfrentan frecuentemente estereotipos, prejuicios o conductas discriminatorias por parte de quienes las rodean, lo que propicia tal sintomatología.

Según la OMS (2015), la depresión es un trastorno que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, y puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene un carácter moderado o grave se puede recurrir a ellos o requerir psicoterapia profesional.

En un metaanálisis realizado por Luppino et al. (2010), en el cual se analizaron artículos longitu-

dinales publicados entre 1997 y 2008, se observó una asociación entre la depresión y la obesidad, encontrándose que las personas obesas presentaban un riesgo de 55% de padecer depresión debido a su percepción de estar lejos del ideal corporal de delgadez, lo que sugiere que el nivel de depresión en las personas obesas no solo se explica por un IMC elevado, sino también por una elevada insatisfacción corporal (Werrij, Mulken, Hospers y Jansen, 2006). Esta interacción de variables explicaría por qué las personas obesas que buscan tratamiento para bajar de peso muestran mayores índices de depresión que las personas obesas que no lo hacen (Scott, McGee, Wells y Oakley, 2008; Wardle y Cooke, 2005).

Adicionalmente, la comorbilidad de la obesidad con la depresión también se asocia con problemas de salud en general y, lo que es más grave, los pacientes obesos parecen ser más resistentes a los antidepresivos que los pacientes con peso normal, lo cual dificulta el tratamiento de ambas condiciones (Jantaratnotai, Kanokwan, Lee y McIntyre, 2016).

Otra forma de alteración psicológica que se halla frecuentemente relacionada con el sobrepeso y la obesidad es la sintomatología ansiosa. Diversas investigaciones (de Wit, van Straten, van Herzen, Penninx y Cuijpers, 2009; Roberts et al., 2000; Scott et al., 2008) han dado cuenta de una asociación positiva entre el IMC y la sintomatología de ansiedad, definida como una reacción emocional que el individuo no puede controlar y que representa una preocupación o inquietud excesivas acerca de situaciones que tienen resultados inciertos (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2010). La diferencia entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última conduce a suponer amenazas irreales y es de larga duración e intensidad, por lo que se vuelve difícil de controlar (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). De hecho, los trastornos por ansiedad son los más comunes entre los pacientes con obesidad (Duarte, Mendonça, Santob, Lotufo y Wanga, 2017).

Algunos estudios (de Wit et al., 2009; Manzoni et al., 2009) señalan que las personas obesas que padecen ansiedad o depresión muestran un mayor riesgo a subir de peso debido a un aumento del apetito (síntoma que frecuentemente se en-

cuentra presente en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo), lo que las induce a aumentar la frecuencia de ingestas o a comer más.

Aunado a lo anterior, hay evidencia que apunta a que los niveles elevados de ansiedad y depresión parecen afectar el éxito del tratamiento para bajar de peso, lo que resulta en un problema para modificarlo (Faulconbridge et al., 2009). Una variable que parece predecir en buena medida el éxito de tal tratamiento es la autoeficacia para controlar el peso corporal, es decir, lo eficaz que se siente una persona para modificar su nivel de actividad, sus hábitos alimentarios y sus patrones de consumo, teniendo como objetivo la pérdida de peso (Bas y Donmez, 2009; Campos y Pérez, 2007; Olander et al., 2013; Shin et al., 2011). Así, en algunos estudios se ha explorado la relación entre ansiedad, depresión y autoeficacia. Faulconbridge et al. (2009) encontraron una relación entre los atracones frecuentes, la depresión elevada y la baja autoeficacia para controlar el peso en un grupo de mujeres con sobrepeso. De manera similar, Bas y Donmez (2009) mostraron una correlación negativa entre la ansiedad-rasgo y la autoeficacia para bajar de peso en personas obesas, así como entre la ansiedad-rasgo y la pérdida de peso corporal después de un tratamiento nutricional de veinte semanas. Se ha considerado que un manejo adecuado de los síntomas ansiosos puede facilitar una mayor adherencia a los tratamientos para reducir el peso (Scott et al., 2008).

Dado que parece haber una relación entre el IMC y algunas variables psicológicas, tales como la autoeficacia, y que las personas obsesas manifiestan niveles bajos de autorregulación porque no pueden demorar la gratificación inmediata del comer, es necesario que los investigadores y los profesionales de la salud incluyan y evalúen dichos factores en los tratamientos y programas preventivos de control de peso (Menéndez y Orts, 2017).

Por todo lo anterior, el objetivo de esta investigación fue explorar la relación entre la ansiedad, la depresión, la autoeficacia para bajar de peso y el cambio de peso corporal en un grupo de pacientes obesas sometidas a tratamiento nutricional, para lo cual se efectuó un estudio trasversal con un alcance correlacional.

MÉTODO

Participantes

Se llevó a cabo una selección intencional no probabilística, por medio de la cual se obtuvo la participación consentida e informada de 122 mujeres con sobrepeso u obesidad, cuyas edades fluctuaron entre 20 y 72 años ($M = 44.77$, $D.E. = 12.05$). Todas ellas recibían un tratamiento nutricional para el control de peso, para lo cual asistían a dos clínicas de medicina familiar de la Ciudad de México. Ambas clínicas pertenecen al sistema público de salud y en ellas se atiende a pacientes con diversos padecimientos por tratarse de clínicas de primer contacto. Las pacientes incluidas en este estudio fueron aquellas que habían solicitado los servicios del servicio de nutrición ya que mostraban interés por bajar de peso. Fueron excluidas de la investigación quienes sufrían padecimientos que pudieran alterar su peso corporal, como diabetes o alteraciones de la glándula tiroides, así como quienes recibían tratamientos con antidepresivos o ansiolíticos o estaban embarazadas.

Del total de participantes, la mitad de ellas presentaban sobrepeso al inicio del tratamiento ($IMC 25.63-29.94$; $M = 27.94$, $D.E. = 1.11$) y la otra mitad obesidad ($IMC 32.51-56.60$; $M = 37.37$, $D.E. = 4.84$). En la Tabla 1 se presenta la distribución de frecuencias de los distintos niveles de ansiedad y depresión en las participantes.

Tabla 1. Niveles de ansiedad y depresión por categoría de peso corporal.

Variable	Nivel	Sobrepeso		Obesidad	
		Total	%	Total	%
Ansiedad	Mínima	12	23.5	10	19.6
	Leve	17	33.3	10	19.6
	Moderada	11	21.6	12	23.5
	Severa	11	21.6	19	37.3
Depresión	Mínima	38	74.5	26	51.0
	Leve	8	15.7	7	13.7
	Moderada	3	5.9	10	19.6
	Severa	2	3.9	8	15.7

Aparatos

Para medir y pesar a las participantes se utilizaron las básculas con las que se trabajaba en cada una de las clínicas; así, en la primera se usó una báscula digital con estadímetro y cálculo automático de IMC con capacidad para 250 k, y en la segunda una báscula con estadímetro con capacidad para 140 k.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

Es un inventario autoaplicable, estandarizado para México por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), el cual evalúa dos conceptos de ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión a la ansiedad relativamente estable). En la presente investigación únicamente se empleó la escala de ansiedad-rasgo debido a que la presencia prolongada de ansiedad y depresión aumenta hasta en 70% la probabilidad de subir de peso y disminuye la probabilidad de perderlo (de Wit, van Straten, Farmers, Cuijpers y Pennix, 2015). Este instrumento consta de veinte ítems cuyas opciones de respuesta son “Casi nunca”, “Algunas veces”, “Frecuentemente” y “Casi siempre”, con las cuales se obtiene una puntuación total que puede ir de 20 a 80. La confiabilidad test-retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo es relativamente alta: entre .73 y .86; asimismo, la consistencia interna oscila entre .89 y .90. En este estudio la consistencia interna, medida por el coeficiente alfa de Cronbach (α), fue de .91. Dado que el IDARE no cuenta con puntos de corte, éstos se determinaron mediante cuartiles, considerándose como ansiedad mínima un puntaje entre 20 y 31 puntos, leve entre 32 a 40 puntos, moderada entre 41 a 50 puntos, y grave un puntaje de 51 puntos o más.

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

Es un instrumento de autoinforme compuesto por veintidós reactivos cuya finalidad es tamizar el nivel de depresión. Se emplea para diferenciar rápidamente los posibles casos de depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad.

Cada reactivo se evalúa mediante una escala de cuatro puntos, que van de 0 a 3, donde 0 es la ausencia del síntoma y 3 su intensidad más elevada. La puntuación final se determina mediante la suma de las elecciones en los ítems. Los niveles de depresión que se obtienen mediante el BDI-II son, a saber: mínimo, 0 a 13 puntos; leve, 14 a 19 puntos; moderado, 20 a 28 puntos, y severo, 29 a 63 puntos. En su validación mexicana (Jurado et al., 1998), se obtuvo una consistencia interna de .92 en pacientes psiquiátricos de consulta externa, y de .93 en estudiantes universitarios. La consistencia interna obtenida en el presente estudio fue de .90.

Escala de Autoeficacia para Bajar de Peso (Campos y Pérez, 2007).

Creada para identificar la eficacia percibida en pacientes mujeres, el instrumento está constituido por 38 reactivos, los cuales se dividen entre las tres dimensiones que evalúa: regulación de la compra de alimentos (diez reactivos); control de los hábitos alimentarios o ingesta (dieta) (quince reactivos), y adopción y mantenimiento de la actividad física (trece reactivos). Utiliza una escala tipo Likert de 7 puntos, que van de “No estoy segura de poder hacerlo”, hasta “Completamente segura de poder hacerlo”. Se considera un nivel alto de autoeficacia cuando se obtiene en la escala total una sumatoria de entre 190 y 228 puntos. En cuanto a las subescalas, hay un nivel alto cuando los puntajes se encuentran entre 50 y 60 puntos en la subescala de compra de alimentos, entre 75 y 90 en la de dieta y entre 65 y 78 puntos en la de ejercicio. Asimismo, se considera un nivel bajo de autoeficacia cuando se obtiene en la escala total una sumatoria de entre 0 y 189 puntos. Respecto a las subescalas, hay un nivel bajo cuando los puntajes van de 0 a 49 puntos en la subescala de compra de alimentos, de 0 a 74 en la de dieta y de 0 a 64 en la de ejercicio. Al momento de su elaboración con una muestra de 170 mujeres chilenas, se obtuvo una consistencia interna que osciló entre .93 y .96 en la escala total y en cada una de las subescalas. En el presente estudio la consistencia interna obtenida fue de .97 en la escala completa, de .94 en la subescala de control de los hábitos alimentarios, de .95 en la de adopción y mantenimiento de la actividad física, y de .92 en la de regulación en la compra de alimentos.

Procedimiento

Para realizar este estudio, se solicitó el apoyo institucional de dos clínicas de medicina familiar del sistema público de salud. Una vez aprobado el desarrollo de la investigación, se explicó al personal y a las pacientes el objetivo del estudio, y tras conseguir su firma del consentimiento informado, se recabaron los datos de interés. Las aplicaciones de los instrumentos se efectuaron de manera individual en los consultorios de los centros de salud y fueron hechas por psicólogos y nutriólogos expertos.

En un primer momento, se elaboró la historia clínica de las pacientes que acudían al servicio de nutrición. El formato de la historia clínica es el mismo que se utiliza en las clínicas cuando los pacientes asisten a consulta por primera vez, e incluye antecedentes heredo-familiares, historia de enfermedades o cirugías previos al momento de la consulta, el motivo de la misma y algunos datos sociodemográficos, como el nivel educativo, el número de hijos, la situación laboral y otros.

A cada paciente se le asignó una dieta de acuerdo a sus necesidades y a los hábitos que cada una de ellas reportó. En todos los casos, se consideraron dietas con una disminución calórica de 20% respecto a la ingesta reportada. En el caso de que cumplieran con los criterios de inclusión, se les invitaba a participar en el estudio. Antes de comenzar la evaluación se les brindó información sobre los objetivos, los riesgos y los beneficios del estudio; también se hizo hincapié en que su participación era totalmente voluntaria y estrictamente confidencial, pues la información sería utilizada únicamente con fines exclusivamente estadísticos. Si las participantes aceptaban participar, se procedía a la aplicación de los instrumentos psicológicos, lo que se hizo únicamente en la primera consulta. Finalmente, se les citó en cuatro ocasiones, con un intervalo de un mes entre cada consulta, para el seguimiento del tratamiento nutricional. En cada consulta se registró su peso corporal.

Se calculó el IMC de las participantes y se les dividió por categorías de peso corporal (sobrepeso y obesidad), según los criterios propuestos por la OMS.

RESULTADOS

Al comparar mediante pruebas *t* los puntajes de ansiedad obtenidos por las pacientes con sobrepeso y aquellas con obesidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t[100] = -.979, p > .05$); en cambio, se encontraron diferencias en los puntajes de depresión ($t[100] = -2.871, p < .01$), siendo mayor el grado de depresión en las pacientes con obesidad ($M = 15.7, D.E. = 11.0$), en comparación con las pacientes con sobrepeso ($M = 10.3; D.E. = 7.8$). La correlación entre los puntajes de ansiedad y depresión fue de $r = .77, p < .001$.

Considerando el puntaje total del instrumento, se observó una autoeficacia escasa para bajar de peso en 69.6% de las participantes. Al analizar cada una de las subescalas, se encontró que la mayoría de ellas se percibían como poco eficaces para controlar sus hábitos alimentarios (77.5%) y para adoptar y mantener actividades físicas (69.6%); 50% se percibían como poco eficaces para regular la compra de sus alimentos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con sobrepeso y con obesidad en ninguna de las subescalas de la Escala de Autoeficacia para Bajar de Peso ni en el puntaje total.

En la Tabla 2 pueden apreciarse las medias y las desviaciones estándar en los puntajes de cada una de las variables.

Tabla 2. Medias de ansiedad, autoeficacia y depresión por categoría de peso corporal.

Variable	Sobrepeso		Obesidad	
	M	D.E.	M	D.E.
Ansiedad	34.75	2.77	35.25	1.11
Compra de alimentos	55.12	3.09	58.37	3.25
Dieta	79.87	5.91	86.00	4.60
Ejercicio	73.62	7.58	79.12	6.11
Depresión	13.37	2.49	18.37	3.46

Hecho lo anterior, se obtuvieron correlaciones de Pearson entre los puntajes de autoeficacia para bajar de peso, ansiedad y depresión. Se hallaron correlaciones significativas superiores a .60 entre las tres subescalas de autoeficacia para bajar de peso (Tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre los factores de autoeficacia para bajar de peso, ansiedad y depresión.

Variables	2	3	4	5	6
1. Control de ingesta	.64**	.74**	.91**	-.30**	-.22*
2. Actividad física		.62**	.87**	-.25*	-.17
3. Compra de alimentos			.86**	-.25**	-.22*
4. Total de autoeficacia				-.31**	-.23*
5. Ansiedad					.77**
6. Depresión					

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

Asimismo, se encontró que entre mayores eran los niveles de ansiedad, menor fue la autoeficacia para bajar de peso y para llevar a cabo cada una de las actividades que ayudarían a lograr dicho fin, tales como controlar la ingesta de alimentos, iniciar y mantener la actividad física y regular la compra de alimentos. En cuanto a su relación con la depresión, se encontró que a mayor depresión, menor fue la autoeficacia para controlar la ingesta de alimentos y para regular su compra. En cambio, no se halló relación entre la depresión y la autoeficacia para realizar actividad física.

Se realizó una correlación parcial para conocer si, controlando estadísticamente el número de consultas al que asistieron las pacientes, había relación entre el cambio de peso corporal y la autoeficacia, la ansiedad y la depresión. El cambio de peso corporal se calculó restando el peso alcanzado en la última consulta del peso con el que las participantes habían llegado a la primera consulta. Cabe señalar que no todas las pacientes asistieron a las cuatro consultas y que solo 42 asistieron a tres de ellas. Únicamente se encontró una correlación significativa entre la ansiedad y el cambio de peso corporal ($r = -.202$, $p < .05$); esto es, a mayor ansiedad, menor cambio del peso corporal, con independencia del número de asistencias a la consulta nutricional.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con la finalidad de explorar la relación entre depresión, ansiedad, autoeficacia para bajar de peso y cambio de peso corporal en pacientes con sobrepeso y obesidad sometidas a tratamiento nutricional, por lo que se evaluó a 122 pacientes a quienes se les aplicaron

el IDARE, el BDI-II y la Escala de Autoeficacia para Bajar de Peso.

Los resultados indican que las pacientes sometidas al tratamiento de reducción de peso eran aquellas con mayor IMC y con mayores niveles de depresión, lo que coincide con lo reportado en otras investigaciones que han documentado esa misma relación en pacientes que buscan programas de reducción de peso (Bjerkeset, Romundstad, Evans y Gunnell, 2008; Gadalla, 2009; Rivenes, Harvey y Mykletunc, 2009; Wardle y Cooke, 2005; Werrij et al., 2006). El hecho de que las personas obesas muestren un mayor nivel de depresión que las personas con sobrepeso hace pensar en la posibilidad de que las dificultades que frecuentemente enfrentan, tanto de tipo físico como social (Puhl y Heuer, 2009; World Health Organization, 2000), constituyan una importante causa de dicha depresión; sin embargo, no es posible asumir que los problemas emocionales sean una consecuencia inevitable de la obesidad (Luppino et al., 2010; Wardle y Cooke, 2005) –por lo que será necesario el desarrollo de más líneas de investigación que aclaren tal relación–, ni que las intervenciones para el control de peso deban incluir el manejo de trastornos afectivos o del estado de ánimo (Romain, Marleau y Baillot, 2018).

En lo que refiere a la ansiedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con sobrepeso y con obesidad. Sin embargo, considerando el total de las participantes, poco más de la mitad de ellas sufrían ansiedad en un grado moderado o severo, por lo que parece importante detectar y tratar dicha sintomatología de manera específica, pues en otros estudios se ha observado que el manejo de la ansiedad en pacientes que buscan tratamiento para bajar de peso favorece la adherencia al tratamiento nutri-

cional y la disminución de la frecuencia o la cantidad de ingesta de alimentos (de Wit et al., 2009; Manzoni et al., 2009; Scott et al., 2008).

En general, se observó una baja autoeficacia para perder peso en la mayoría de las pacientes; casi 70% de ellas se percibían como poco eficaces para modificar sus hábitos de ingesta de alimentos y para iniciar y mantener una actividad física, lo que resulta ser un indicador negativo, pues si no se modifica el balance energético para que éste sea mayor al consumo, no se producirá la reducción de peso corporal (Cordero et al., 2014). Al mismo tiempo, las participantes reportaron sentirse menos eficaces para emprender dichas actividades cuando experimentaban emociones negativas, no disponían de tiempo para ello u otras personas interferían (por ejemplo, comer por el mero hecho de ver a otras personas comiendo). Coincidiendo con los resultados de otras investigaciones, también se observó que entre mayor era la ansiedad y la depresión, menor era la autoeficacia percibida para llevar a cabo acciones que favorecieran la reducción del peso corporal (Bas y Donmez, 2009; Faulconbridge et al., 2009), y asimismo que a mayor ansiedad, menor la disminución del peso corporal de las pacientes (Scott et al., 2008).

Dado lo anterior, se sugiere que en el tratamiento nutricional para la reducción de peso dirigido a personas con sobrepeso y obesidad se evalúen no sólo sus requerimientos fisiológicos para diseñar una propuesta nutricional, sino también las variables psicológicas que pueden obstaculizar

la disminución del peso. Es probable que la causa del malestar psicológico sea el peso corporal, pero ha de identificarse en cada caso individualizando la causa específica del malestar emocional.

Es necesario integrar en los protocolos de intervención nutricional el manejo psicológico o psiquiátrico de los pacientes, lo que podría elevar los buenos resultados del tratamiento en virtud de que se sabe que cuando surgen episodios de tristeza profunda o ansiedad, o de emociones negativas en general, se eleva la propensión a consumir grandes cantidades de comida, sobre todo carbohidratos (Acevedo y Gómez-Peresmitré, 2013; Geliebter y Aversa, 2003), lo que no ocurre en personas con normopeso (Ramos, González y Silva, 2016).

Entre las limitaciones de este trabajo debe decirse que, debido a que la población de las clínicas en las que se trabajó es fluctuante y que los recursos de que disponen obligan a que las intervenciones sean breves, en este estudio se empleó un diseño de corte trasversal, lo que solamente permitió obtener un pequeño segmento de información. Para alcanzar una mejor comprensión de este fenómeno es necesario utilizar un diseño longitudinal durante aproximadamente un año (Laquatra, 2004), tiempo en el que, según la literatura aquí revisada, se considera adecuada una disminución de 15% del peso corporal. Se podrán así hacer varios cortes con evaluaciones que hagan posible conocer las fluctuaciones e interacciones de las variables de ansiedad, depresión y autoeficacia para bajar de peso a lo largo del proceso.

REFERENCIAS

- Acevedo R., S.P. y Gómez-Peresmitré, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 251-259.
- Bas, M. y Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, 52(1), 209-216. doi: 10.1016/j.appet.2008.09.017.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bjerkset, O., Romundstad, P., Evans, J. y Gunnell, D. (2008). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: The HUNT Study. *American Journal of Epidemiology*, 167(2), 193-202. doi: 10.1093/aje/kwm280.
- Campos R., S. y Pérez E., C. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), 213-218.
- Cofré, A., Angulo D., P. y Riquelme M., E. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa Psicológica*, 11(1), 89-98.
- Cordero M., A., Piñero A., O., Vilar N., M., García J., S., Verazaluce J., G., García I., G. y López A., S. (2014). Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 30(04), 727-740. doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7680.

- de Wit, L.M., van Straten, A., van Herten, M., Penninx, B.W. y Cuijpers, P. (2009). Depression and body mass index, a u-shaped association. *BioMed Central Public Health*, 9. doi: 10.1186/1471-2458-9-14.
- de Wit, L.M., van Straten, A., Lamers, B., Cuijpers, P. y Penninx, B.W. (2015). Depressive and anxiety disorders: Associated with losing or gaining weight over 2 years? *Psychiatry Research*, 227, 230-237. doi: 10.1016/j.psychres.2015.02.025 0165-1781/y 2015.
- Duarte G., L., Mendonça C., B., Santo, M.A., Lotufo N., F. y Wanga Y., P. (2017). Morbidity persistence and comorbidity of mood, anxiety, and eating disorders among preoperative bariatric patients. *Psychiatry Research*, 257, 1-6.
- Fabricatore, A.N. y Wadden, T.A. (2004). Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology*, 22(4), 332-337. doi: 10.1016/j.clindermatol.2004.01.006.
- Faulconbridge, L.F., Wadden, T.A., Berkowitz, R.I., Sarwer, D.B., Womble, L.G., Hesson, L.A. y Fabricatore, A.N. (2009). Changes in symptoms of depression with weight loss: results of a randomized trial. *Obesity*, 17(5), 1009-1016. doi: 10.1038/oby.2008.647.
- Gadalla, T.M. (2009). Association of obesity with mood and anxiety disorders in the adult general population. *Chronic Diseases in Canada*, 30(1), 29-36.
- Geliebter, A. y Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347. doi: 10.1016/S1471-0153(02)00100-9.
- Gutiérrez J., P., Rivera D., J., Shamah L., T., Villalpando H., S., Franco, A., Cuevas N., L. y Hernández Á., M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hussain, S.S. y Bloom, S.R. (2011). The pharmacological treatment management of obesity. *Postgraduate Medicine*, 123(1), 34-44.
- James, P.T. (2004). Obesity: The worldwide epidemic. *Clinics in Dermatology*, 22(4), 276-280. doi: 10.1016/j.clindermatol.2004.01.010
- Jantaratnotai, N., Kanokwan, M., Lee, Y. y McIntyre, R.S. (2016). The interface of depression and obesity. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11, 1-10.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Laquatra, I. (2004). Nutrition for weight management. En L. K. Mahan y S. Escott-Stump (Eds.): *Krause's food nutrition and diet therapy* (11th ed.) (pp. 488-493). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co.
- Luppino, F.S., de Wit, L.M., Bouvy, P.F., Stijnjen, T., Cuijpers, P., Penninx, B.W. y Zitman, F.G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.
- Manzoni, G.M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E. y Riva, G. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1427-1432. doi: 10.1016/j.jada.2009.05.004.
- Martínez A., L., Fernández, C., Navarro I., G. y Martínez M., O. (2010). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En R. E. Ulloa, C. Fernández, H. D. Gómez, J. Ramírez y J. C. Reséndiz (Eds.): *Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"* (pp. 113-149). México: PSICOFARMA.
- Menéndez G., L. y Orts C., M.I. (2017). Factores psicosociales y conductuales en la regulación del peso: autorregulación, autoeficacia y locus de control. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11, 1-10.
- Olander, E.K., Fletcher, H., Williams, S., Atkinson, L., Turner, A. y French, D.P. (2013). What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behavior: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(29), doi: 10.1186/1479-5868-10-29.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311*. Ginebra: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs3/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Temas de salud. Depresión*. Ginebra: OMS. Disponible en <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Puhl, R. y Brownell, K.D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805. doi: 10.1038/oby.2001.108.
- Pull, R.M. y Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Ramos R., J.H., González A., K.E. y Silva, C. (2016). Efecto de la interacción entre el sexo y el peso sobre el comer emocional en adolescentes. *Psicología y Salud*, 26(1), 63-68.
- Rivenes, A.C., Harvey, S.B. y Mykletun, A. (2009). The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: results from the HUNT study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 269-275. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.07.012.
- Roberts, R.E., Deleger, S., Strawbridge, W.J. y Kaplan, G.A. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27(4), 514-521. doi: doi.10.1038/sj.ijo.0802204.
- Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J. y Strawbridge, W.J. (2000). Are the obese at greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology*, 152(2), 163-170. doi: doi.10.1093/aje/152.2.163.

- Romain, A.J., Marleau, J. y Baillet, A. (2018). Impact of obesity and mood disorders on physical comorbidities, psychological well-being, health behaviours and use of health services. *Journal of Affective Disorders*, 225, 381-388. doi: doi.10.1016/j.jad.2017.08.065.
- Scott, K.M., McGee, M.A., Wells, E. y Oakley, M.A. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 97-105. doi: doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.006.
- Shin, H., Shin, J., Liu, P.Y., Dutton, G.R., Abood, D.A. e Ilich, J.Z. (2011). Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutrition Research Journal*, 31(11), 822-828. doi: 10.1016/j.nutres.2011.09.022.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e Subjetividad*, 3(1), 10-59.
- Spielberger, C.D. y Díaz-Guerrero, R.I. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.
- Stein, C.J. y Colditz, G.A. (2004). The epidemic of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2522-2525. doi: doi:10.1210/jc.2004-0288.
- Wang, Y. y Lobstein, T.I.M. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(1), 11-25. doi: 10.1080/17477160600586747.
- Wardle, J. y Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 421-440. doi: 10.1016/j.beem.2005.04.006.
- Werrij, M.Q., Mulkens, S., Hospers, H.J. y Jansen, A. (2006). Overweight and obesity: The significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 126-131. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.016.
- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series 894*. Geneva: WHO.

VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁREA DE LA SALUD DE UNA CLÍNICA DE VILLAVICENCIO, COLOMBIA

Variables associated with burnout syndrome in the health area of a clinic at Villavicencio, Colombia

Karen Tatiana Castillo Parra¹, Nadyara Cestagalli Vargas¹, Juan Sebastián Vernaza Sánchez¹, Fernando Riveros Munévar¹, Liliana Bernal Vargas² y Angie Paola Quiñonez Moreno³

Citación: Castillo P., K.T., Cestagalli V., N., Vernaza S., J.S., Riveros M., F., Bernal V., L. y Quiñones M., A.P. (2019). Variables asociadas al síndrome de burnout en el área de la salud de una clínica de Villavicencio, Colombia. *Psicología y Salud*, 29(1), 51-62.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación descriptivo-correlacional fue establecer la relación entre las variables sociodemográficas, laborales y psicológicas asociadas al síndrome de burnout en 161 profesionales del área de la salud de una clínica de Villavicencio, Colombia, a quienes se aplicaron un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, los cuestionarios de Burnout de Maslach, el MOS de apoyo social, el de Formas de Afrontamiento, el de Orientación hacia la Vida LOT-R y la escala de resiliencia CD-RISC. Los resultados indican que una cuarta parte de la citada muestra manifestaba un alto nivel de agotamiento y baja realización personal, una tercera parte despersonalización, y diez de cada cien el síndrome de burnout completo. Los autores discuten los resultados basándose en los estilos de afrontamiento y el apoyo afectivo percibido.

Palabras clave: *Burnout; Trabajadores de la salud; Estrés laboral, Colombia.*

ABSTRACT

The objective of this descriptive-correlational study was to establish the relationship between sociodemographic, labor, and psychological variables associated with burnout syndrome in health-care workers in a clinic at Villavicencio, Colombia. Participants were 161 professional caregivers. A socio-demographic and labor data, the Maslach, the MOS, the Coping Forms, and the LOT-R questionnaires, as well as the CD-RISC resilience scale were applied. The results show the levels of exhaustion, low personal fulfillment, depersonalization, and complete burnout syndrome in the participants. The authors discuss their results on the basis of the coping styles and perceived affective support.

Keywords: Burnout; Health workers; Work stress; Colombia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las manifestaciones de estrés y las enfermedades psicosomáticas se han convertido en un fenómeno de gran interés debido a que se ha observado un aumento en su prevalencia, lo que afecta considerablemente la salud de las personas y su rendimiento laboral (Naranjo, 2009). Durante el desarrollo de las diferentes actividades laborales, las presiones y situaciones estresantes pueden originar

¹ Programa de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Carrera 8H # 172-20, 110141 Bogotá, Colombia, tel. (57)16-67-10-90, ext. 2602, correo electrónico: ktcastillo@gmail.com. Artículo recibido el 23 de marzo y aceptado el 7 de junio de 2018.

² Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Programa de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Villavicencio, Carrera 22 # 7-06, 500001 Villavicencio, Colombia, tel. 57(8)681-88-50, ext. 8497, correo electrónico: liliana_bernal1@hotmail.com.

³ Corporación Clínica, Universidad Cooperativa de Colombia, Calle 36 # 35-62, 500001 Villavicencio, Colombia, tel. 57(8)661-43-00, ext. 305, correo electrónico: aquinonez@clinicaucc.com.

efectos nocivos no solamente en el ámbito laboral, sino también en el personal, social y familiar (De la Cruz y Frutos, 2013).

El estrés es un factor que permea el vivir cotidiano, pues condiciones tales como los cambios tecnológicos, las excesivas cargas laborales y las crecientes responsabilidades producen en los trabajadores una considerable variación en sus estados emocionales, lo que genera a su vez que el nivel de estrés aumente y se sufra un deterioro global que afecta directamente su comportamiento, con lo que se manifiestan y desarrollan sintomatologías más complejas (De la Cruz y Frutos, 2013). Al respecto, el síndrome de *burnout*, también conocido como síndrome de desgaste profesional, y más recientemente como síndrome de quema laboral (Gil-Monte, 2007) o estrés asistencial (Rozo, 2007), se considera una enfermedad profesional caracterizada por agotamiento emocional, crisis vocacional, insatisfacción personal y fatiga, los que pueden acompañarse de muchos otros síntomas físicos, psíquicos y sociales.

El burnout, según Gil-Monte y Marucco (2008), genera un deterioro cognitivo que radica en la baja realización personal dentro de la organización debida a un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico, o que se traduce en actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la propia organización.

Rozo (2007) plantea que en la dimensión cognoscitiva se aprecia más intolerancia, inflexibilidad y cierre a toda innovación; aumenta el desapego, la desconfianza, el cinismo, el pesimismo, la sospecha, la despersonalización, el aburrimiento, la omnipotencia y la hipercrítica.

Respecto a la dimensión afectiva, el mismo Rozo, apoyado en varios autores, señala que aumentan la depresión, el abatimiento, la soledad, el miedo, la fatiga y el vacío emocional, la culpabilidad, la irritabilidad, la vulnerabilidad, la tensión, el enfado y la pérdida de control, todo lo cual genera el deseo de aislarse o apartarse de las demás personas.

En cuanto a la dimensión conductual, Correal, Posada y Pérez (2000) proponen que los cambios conductuales dependen de las variables personales y ambientales; hay aburrimiento durante el trabajo, pérdida del entusiasmo, dificultad para concentrarse, baja productividad y disminución de la

calidad del desempeño laboral; la persona muestra conductas agresivas; hay aumento o reducción en el consumo de comida, aumento en la accidentalidad y, en ocasiones, consumo de sustancias.

En lo tocante a la dimensión física, la revisión de Rozo (2007) muestra que las personas que sufren el síndrome de burnout pueden llegar a padecer cefaleas tensionales, dolores de columna, resfriados frecuentes, disminución del sueño, fatiga crónica, cansancio, tensión muscular, problemas gastrointestinales y, en algunos casos, cambios en el peso corporal. El mismo autor, en la dimensión de relación, indica que se ha observado que los profesionales de la salud interactúan de manera diferente con sus pacientes y colegas, tienen dificultades para comunicarse con los demás, su relación es mecánica o artificial y generan conflictos interpersonales (Rozo, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, hay personas que son más vulnerables al burnout debido a ciertos factores individuales y situacionales que las hacen más propensas. Entre esos factores personales, el que sean sujetos motivados pero obsesivos, entusiastas, entregados a su trabajo y con personalidad emocional, aumenta la probabilidad de desarrollar el síndrome; así, los profesionales en las disciplinas humanitarias o asistenciales, como medicina, psicología, enfermería, trabajo social y enseñanza, muestran una elevada vulnerabilidad (Hernández, 2002). Entre los factores situacionales, son las características organizacionales de la tarea, el reconocimiento o su ausencia y los recursos de que se dispone las que desempeñan un papel fundamental en las instituciones de salud (Rozo, 2007).

Respecto a la construcción y comprensión conceptual del burnout, Maslach (2009) plantea que el foco del fenómeno radica en el proceso de erosión psicológica y en los resultados psicológicos y sociales de una exposición crónica al estrés; es decir, el burnout es el resultado de una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo y tiende a ser bastante estable con el tiempo.

Revisiones metaanalíticas indican que este estilo de afrontamiento desadaptativo conduce a una falta de realización personal en la que hay una pérdida de recursos debido al agotamiento; las demandas del trabajo amenazan y agotan los re-

cursos propios; con el tiempo, la exposición prolongada a tales condiciones lleva al agotamiento emocional, el cinismo y la reducción de la realización personal (Alarcón, 2011). En otra revisión de Alarcón, Eschleman y Bowling (2009) se encontró que la personalidad del empleado está relacionada consistentemente con dicho agotamiento.

Diversos autores (Andrés, De Juan, Escobar, Jarado y Martínez, 1998; Benavides, Gimeno y Benach, 2002; Chacón y Grau, 2004) señalan algunas características o variables de tipo demográfico, como la edad, el sexo y el estado civil, y otras condiciones como el clima laboral, la profesión, el nivel de formación y la ambigüedad del rol, entre otras, como variables que cumplen una función antecedentes en el desarrollo del síndrome.

En relación al sexo, la revisión realizada por Bethelmy y Guarino (2008) apunta que ésta introduce variabilidad en los niveles de estrés laboral, en las estrategias de afrontamiento y en la sensibilidad emocional; en efecto, las mujeres suelen reportar más síntomas depresivos, un peor estado de salud general y mayores niveles de rumiación que los hombres. En esta misma línea, el estudio de Matud (2004) encontró diferencias por género en cuanto a los estilos de afrontamiento, la salud y el estrés en una muestra española de 2,816 residentes de las Islas Canarias, donde las mujeres reportaron niveles de estrés crónico, síntomas somáticos y estrés psicológico significativamente mayores que los hombres. En cuanto a los estilos de afrontamiento y el estilo emocional adoptado, los hombres utilizaron las estrategias de afrontamiento racional y la de desapego e inhibición emocional en mayor medida que las mujeres, y éstas mostraron un mayor uso de las estrategias de afrontamiento emocional y evitación que aquéllos.

Respecto al sexo, los estudios de Bergman, Ahmad y Stewart (2003) hallaron diferencias en el servicio médico en cuanto al estrés laboral, la salud física y mental, la satisfacción laboral, el estado civil, los estilos de vida saludable, las cargas laborales y el apoyo social cuando se experimenta estrés. En un análisis de regresión simple se encontró que, en las mujeres, la varianza de síntomas somáticos se explica por el apoyo de los pares en situaciones de estrés y por la carga laboral, mientras en los hombres lo hace por la salud

mental, el apoyo social cuando se está estresado y la carga laboral. Independientemente del sexo, los médicos muestran altas demandas o cargas laborales.

Olmedo (1997) y Chacón y Grau (2004) afirman que la autoestima y la autoeficacia afectan la manera en que los individuos desarrollan actitudes respecto a sí mismos, la que incide en su desempeño laboral y en el afrontamiento que realizan ante las condiciones estresantes de su puesto de trabajo. En relación al burnout y la resiliencia, tres estudios (Gil y Peiró, 1997; Moreno, González y Garrosa, 2002; Ríos, Carrillo y Sabuco, 2012) indican que la resiliencia desempeña un importante papel protector en el surgimiento del cuadro de desgaste profesional o síndrome de burnout. Sobre ello, se han relacionado los aspectos positivos de la resiliencia con el *engagement* (compromiso) y la menor vulnerabilidad de padecer dicho síndrome (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006), concluyéndose que los cuidadores más resilientes no llegan a experimentarlo, sino que logran más habilidades y competencias de compromiso laboral, y que en la medida que refuerzan estos atributos, mitigan su vulnerabilidad al burnout.

Kaschka, Korczak y Broich (2011) evidencian que, en Alemania, el índice de prevalencia de este problema ha tenido un rápido incremento, mientras que el Instituto de Investigaciones sobre Política, Medios de Comunicación y de Opinión de Alemania (TNS Enmid) (cf. Kaschka et al., 2011) encontró que 12.5% de todos los empleados de ese país se sentían abrumados en sus puestos de trabajo. Taris, Peeters, Le Blanc, Schreurs y Schaufeli (2001) llevaron a cabo un estudio con docentes, hallando que la inequidad en la relación entre un alto esfuerzo y una baja recompensa, particularmente la establecida con los receptores de sus servicios profesionales (esto es, los estudiantes), se asoció con estresores provenientes de estos últimos, así como con los componentes del síndrome de burnout. De tal suerte, este enfoque confirma, en el caso del burnout, la hipótesis que subyace al modelo de estrés, o sea, el desbalance entre esfuerzo y recompensa propuesto por Siegrist (1996), aplicable no solo al estrés en las relaciones sociales, sino en general a la relación del hombre con el trabajo.

Investigaciones realizadas en países como Estados Unidos y algunos europeos, como lo indican Moreno, González y Garrosa (2001), De las Cuevas (2003), Mingote, Moreno y Gálvez (2004) y Chacón y Grau (2004), sugieren la necesidad de establecer los niveles de salud y estrés en los profesionales de la medicina debido a que se les considera actualmente como una población vulnerable de padecer enfermedades físicas y psicológicas originadas por el estrés laboral en el ejercicio de su profesión (Gjerløw, 2001).

En un estudio desarrollado por García y Herrero (2008) se encontró una prevalencia mayor de síntomas de despersonalización en hombres que en mujeres, siendo así la única dimensión con diferencias significativas de acuerdo al género; por el contrario, variables como la edad, el tiempo de ejercicio en la profesión y el número de hijos no mostraron diferencias considerables. En cuanto a diferencias según la profesión, los datos normativos obtenidos de una población norteamericana identifican a los profesionales de la salud como uno de los grupos con medias más altas en los diferentes componentes del síndrome. Esto conlleva la necesidad de clarificar el proceso del burnout, específicamente entre profesionales del área de la salud.

De acuerdo a los criterios diagnósticos del síndrome, en un estudio publicado por Gil-Monte y Marucco (2008), quienes evaluaron a 123 pediatras con los criterios de detección de burnout en países como España, Argentina, Holanda y Estados Unidos, los resultados indican que, según los puntos de corte estipulados para Estados Unidos, la prevalencia fue de 10.6%, aumentando a 24.4% al ajustarse a los criterios de España. Este aumento fue aún mayor con los criterios empleados en Argentina (37.4%); en cambio, considerando los criterios clínicos establecidos en Holanda, el porcentaje se redujo a 3.2%, lo que demuestra que hay una dificultad general para determinar aspectos tales como la prevalencia del síndrome, que es un producto de la variabilidad de los criterios en las puntuaciones de corte.

Pérez, Iruarrizaga y Camuñas (2001) identificaron una alta relación entre la ansiedad generalizada a situaciones de la vida cotidiana y el desarrollo de burnout en personal hospitalario. Mostraron que la ansiedad fisiológica se asociaba

más al cansancio emocional, en tanto que la ansiedad cognitiva se hallaba más relacionada con la despersonalización. En un estudio realizado por Grau, Suñar y García (2005) con 2,290 empleados de cinco hospitales sanitarios de Girona, se hallaron asociaciones inversas entre la despersonalización y variables tales como los años dedicados al ejercicio de la profesión, el optimismo, la valoración de ser útiles en el trabajo y la sensación de ser valorado por otros, en tanto que altos niveles de cansancio emocional se asociaron inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad en el trabajo, el equipo de trabajo y la realización personal.

Ahora bien, los hallazgos son en ocasiones contradictorios entre sí, tal como ocurre con los de Díaz, Castro, Mendo y Olcese (2006), quienes revisaron los factores demográficos y el síndrome de burnout en practicantes de enfermería y psicología, teniendo en cuenta la relación entre algunos aspectos demográficos, como edad, sexo y estado civil, respecto al síndrome. En dicho estudio se obtuvo como resultado que los dos grupos participantes manifestaban un bajo agotamiento emocional y expresaban sentirse satisfechos personal y profesionalmente, mientras que el estudio de Sabogal, Herrera y Farfán (2015), hecho con trabajadores del área de la salud, como médicos, enfermeras, obstetras y nutricionistas de entre 18 y 65 años de edad, mostró que no había relación alguna entre el estilo de vida y el síndrome de burnout, y tampoco entre el agotamiento emocional y el estilo de vida con la despersonalización; solo se encontró una relación significativa entre el estilo de vida y la dimensión de realización personal.

En lo que respecta al burnout en trabajadores colombianos de la salud, Hernández (2002) realizó un estudio en el cual evaluó al personal sanitario de un hospital castrense, detectando manifestaciones de agotamiento emocional y baja realización personal como expresiones principales del síndrome, pero no síntomas de despersonalización. A su vez, Contreras, Juárez y Murrain (2008) valoraron a un grupo de auxiliares y profesionales de enfermería de Bogotá con el propósito de identificar las estrategias de afrontamiento ante el burnout, así como la calidad de vida y los factores socioeconómicos. En dicho estudio, identificaron una prevalencia baja del síndrome de burnout (18.3%

con severidad baja, 1.4% moderada y 2.8% alta), en contraste con los datos referenciales empleados, así como que entre más ajustados estaban los individuos a las condiciones sociodemográficas susceptibles de generar burnout, mejores eran sus respuestas de afrontamiento.

Un análisis de Muñoz, Osorio, Robles y Romero (2014), hecho en el hospital de Ibagué con enfermeras, trató de determinar la relevancia del síndrome en dicho personal e identificar su relación con las variables sociodemográficas. El estudio se realizó en una muestra aleatoria y representativa de 174 enfermeras, clasificadas como profesionales o auxiliares. Los resultados mostraron que la prevalencia de burnout fue de 20.1% y que 52.3% de las participantes en las pruebas se hallaban en riesgo de padecerlo. Quienes manifestaron no tener una pareja tenían una vinculación temporal con el síndrome; las personas con compromisos sentimentales y un contrato laboral fijo fueron quienes lo sufrían en mayor proporción, al igual que los hombres o mujeres con hijos.

Adicionalmente, en una revisión metaanalítica llevada a cabo por Gómez (2017) se halló que la prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras de urgencias era elevada, y que aproximadamente un tercio de la muestra manifestaba afectaciones en al menos una de las tres subescalas de la escala de Maslach. El autor concluye que las condiciones de trabajo y los factores personales deben tenerse en cuenta al evaluar los perfiles de riesgo de agotamiento en las enfermeras de urgencias.

Por otra parte, Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón (2010) realizaron un estudio del personal de la salud en tres instituciones de Bogotá, en el cual se tuvieron en cuenta profesiones específicas. Sus resultados indican que la prevalencia del burnout fue de 20.6%, y que 30.4% de los profesionales se encontraban emocionalmente agotados en el trabajo algunas veces al mes, aunque la cuarta parte informó que ello les ocurría varias veces a la semana. De los participantes, 19% se sentían cansados una vez o menos al mes cuando se levantaban por las mañanas e iniciaban otro día de trabajo, y 4.9% dijeron experimentar esa sensación diariamente.

Por todo lo anterior, el burnout constituye un problema creciente que resulta relevante para la psicología dado que la evidencia empírica de-

muestra que no sólo entraña una problemática social, sino también una de salud pública porque requiere una atención inmediata. Si bien la literatura en general es amplia acerca del burnout, las investigaciones realizadas en Colombia aún son limitadas.

Por lo anterior, la presente investigación cuantitativa, transversal y de alcance descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) tuvo como propósito determinar la relación entre variables sociodemográficas, laborales y psicológicas asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del área de la salud de una clínica ubicada en la ciudad de Villavicencio (Colombia).

MÉTODO

Participantes

Participaron 161 trabajadores del área médico-asistencial, de 18 a 64 años de edad ($M = 30.81$; $D.E. = 8.0$), obtenidos por medio de un muestreo no probabilístico por sujetos disponibles. En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos generales de los mismos.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra.

Estado civil	n	%
Solteros	68	42.2
Casados	39	24.2
Unión libre	41	25.5
Separados/divorciados	2	1.2
Viudos	1	0.6
Estrato		
Estrato 1	21	13.0
Estrato 2	45	28.0
Estrato 3	57	35.4
Estrato 4	13	8.1
Estrato 5	2	1.2
Estrato 6	2	1.2
Sexo		
Femenino	138	85.7
Masculino	23	14.3
Diagnóstico actual		
Sí	18	11.2
No	134	83.2

En la Tabla 2 se presentan los datos laborales de los participantes.

Tabla 2. Datos laborales de la muestra.

Área general de trabajo	n	%
Hospitalización	73	73.0
Unidad de cuidados intensivos neonatales	15	15.0
Cirugía	24	24.0
UCI intermedio	30	30.0
Urgencias	8	8.0
Horas de trabajo		
5 – 9	59	36.6
10 – 13	65	40.3
14 – 18	23	14.3
Nivel de formación		
Técnico	80	49.7
Universitario	59	36.6
Especialista	20	12.4
Magister	2	1.2
Profesión		
Médico	24	14.9
Psicólogo	1	0.6
Enfermero	82	50.9
Enfermero jefe	22	13.7
Otra	29	18.0
Remuneración		
Si	24	14.9
No	121	75.2
Salario (en pesos colombianos)⁴		
500.000 – 3.000.000	122	75.3
3.000.050 – 6.000.000	10	6.1
6.000.050 – 9.000.000	2	1.2
9.000.050 – 12.000.000	3	1.8
Tiempo en el cargo		
1 – 6	103	68.6
7 – 12	15	10.0
13 – 18	8	5.5
19 – 25	4	2.6
Tiempo en la profesión		
1 – 7	57	38.1
8 – 14	22	14.0
15 – 21	10	6.7
22 – 28	3	2.1

⁴ Donde 10,000 colombianos equivalen a 3.41 dólares.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario de trece preguntas sobre variables sociodemográficas y laborales, elaborado *ex profeso* para obtener los datos personales de cada participante, así como información sobre sus condiciones de trabajo.

Inventario de Burnout de Maslach para el Desgaste Profesional (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1986).

Es una escala que contiene 22 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuestas. Cuenta con tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Se dispuso de la versión adaptada del instrumento para Cali, Colombia (Córdoba et al., 2011), que mantiene los componentes originales. Posee una consistencia interna de Cronbach de .77.

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (CEA) (Folkman y Lazarus, 1988).

Para medir el afrontamiento, este cuestionario, revisado por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985) y traducido al español y adaptado por Flórez (1993), es un instrumento que consta de 42 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert en un rango que va de 1 a 4, desde “Para nada” hasta “En gran medida”. Para esta investigación se utilizó la versión adaptada para Colombia por Rueda y Vélez (2010), que conserva los componentes originales. Tiene una confiabilidad obtenida por el coeficiente alfa de Cronbach de .87.

Medical Outcomes Study - Social Support Survey (MOS) (Stewart y Ware, 1992).

Para la medición de apoyo social se utilizó este cuestionario, que se compone de 23 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Evalúa un índice global de apoyo social, apoyo emocional, apoyo afectivo, relaciones sociales de ocio y distracción y ayuda material. Validado para población normal en Colombia por Londoño et al. (2012), cuenta con un índice de confiabilidad de .941.

Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) (Campbell y Stein, 2007).

En cuanto a la resiliencia, se empleó esta escala de diez ítems en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 0 a 4 puntos. Para

este estudio se utilizó la versión adaptada al español por Notario et al. (2014), misma que cuenta con los datos de validez de Riveros, Bernal, Bohórquez, Vinaccia y Quiceno (2016), en versión que mantuvo los componentes originales de la escala y que tiene una confiabilidad de .82.

Life Orientation Test (versión revisada) (LOT-R) (Scheier y Carver, 1985).

Para medir optimismo se empleó este instrumento de diez ítems, misma que se califica en una escala tipo Likert de cinco puntos, con tres elementos para el optimismo, tres para el pesimismo y cuatro elementos de relleno, que se incluyen para cubrir el objetivo del instrumento. Las puntuaciones de las subescalas de optimismo y pesimismo se calculan sumando los puntos obtenidos en los elementos correspondientes. La puntuación total de la suma se calcula sumando los puntajes brutos de la subescala de optimismo con los puntajes brutos invertidos de la subescala de pesimismo. Para este estudio se utilizó la validación y los datos normativos para Colombia obtenidos por Zenger et al. (2013), en versión que mantiene los componentes originales de la escala y que cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de .58.

Procedimiento

Después de establecer un convenio con la clínica de Villavicencio para que permitiera el acceso a la

población, se hizo entrega de una carta de consentimiento informado para que cada participante estuviese al tanto de los propósitos de la investigación, tras de lo cual se aplicaron los cuestionarios e instrumentos previamente indicados. Cabe referir que las aplicaciones se realizaron en un salón, en silencio y sin interrupciones, a fin de garantizar el control de variables extrañas.

Análisis de datos

Por medio del paquete estadístico SPSS, versión 24, se procedió a hacer un análisis descriptivo y uno de normalidad; luego, según dicho criterio de normalidad, se determinaron los coeficientes de correlación y, con base en ellos, se procedió a llevar a cabo un análisis de regresión lineal múltiple.

RESULTADOS

Con el fin de mostrar los hallazgos y la caracterización de la muestra a la luz de los objetivos de la investigación, se incluye en orden lo encontrado respecto a la MBI-HSS, el análisis de las correlaciones y comparaciones, y finalmente los análisis de regresión. En lo correspondiente a las subescalas de burnout, se muestran en la Tabla 3 los criterios de calificación según los percentiles para cada subcomponente.

Tabla 3. Criterios de calificación de los componentes del burnout.

Percentiles	Agotamiento	Despersonalización	Realización personal
25	14.00	5.00	28.00
50	17.00	7.00	33.00
75	23.00	9.00	38.00

Nota: Abajo del percentil 25 indica un bajo nivel de la variable, mientras que arriba del percentil 75, un alto nivel.

Teniendo en cuenta los criterios de la Tabla 3 y las frecuencias mostradas, se halló que 26.5% de los participantes manifestó un nivel alto de agotamiento emocional, 31.7% una alta despersonalización y 26.5% una baja realización personal. Con los resultados presentados anteriormente, y entendiendo que las personas con alto agotamiento, alta despersonalización y baja realización per-

sonal configuran el síndrome en su totalidad, se puede afirmar que 10% de la muestra lo padecía.

Con el fin de determinar si las variables presentaban una distribución normal, se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov-Smirnov, encontrando que ninguna de las variables obtuvo significancias superiores a 0.05, por lo cual se hicieron análisis no paramétricos, y para determinar las diferen-

cias entre las variables según el sexo se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, hallando que la despersonalización alcanzó niveles más altos en hombres ($U = 1246.500$; sig. = 0.047) y que la búsqueda de soporte social fue mayor en mujeres ($U = 677.500$; sig. = 0.016).

Por otro lado, al establecer la relación entre los componentes del burnout y las variables labo-

rales y psicológicas, no se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas con las laborales (tiempo como profesional, tiempo en el cargo, horas de trabajo al día y salario). Respecto a las variables psicológicas, los resultados se muestran en la Tabla 4, teniendo en cuenta que se utilizaron coeficientes de correlación de Spearman, donde una correlación es significativa si es superior a 0.3.

Tabla 4. Resultados de las correlaciones entre los componentes del burnout y las variables psicológicas.

		Agotamiento	Despersonalización	Realización personal
Afrontamiento evitativo	Coefficiente de correlación	.309**	0.090	-0.137
	Sig. (bilateral)	0.001	0.325	0.132
Apoyo emocional	Coefficiente de correlación	-.322**	-.198*	.350**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.016	0.000
Relaciones sociales de ocio y distracción	Coefficiente de correlación	-.265**	-0.112	.347**
	Sig. (bilateral)	0.001	0.176	0.000
Apoyo afectivo	Coefficiente de correlación	-.303**	-.195*	.338**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.018	0.000
Optimismo	Coefficiente de correlación	-.242**	-.317**	.266**
	Sig. (bilateral)	0.004	0.000	0.001

**Correlaciones estadísticamente significativas ($p = 0.05$).

Tales resultados indican que el agotamiento mostró una correlación positiva y significativa con el afrontamiento evitativo, y correlaciones negativas con el apoyo emocional y el apoyo afectivo. Por su parte, la despersonalización correlacionó negativamente con los niveles de optimismo, y finalmente la realización personal arrojó correlaciones directas con el apoyo emocional, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo. También se obtuvieron las correlaciones entre los componentes del burnout y el soporte social, siendo segmentadas por el sexo de los participantes, donde se halló en los hombres una correlación positiva entre el agotamiento y la búsqueda de soporte social.

Variables predictoras de los componentes del burnout

Con el fin de determinar cuáles eran las variables que predicen los componentes del burnout (agotamiento, despersonalización y realización personal), y teniendo en cuenta el tipo de variables de

orden numérico en las variable de criterio y en las predictoras, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple. Cabe indicar que se garantizaron los supuestos de colinealidad y homocedasticidad en las varianzas, este último requisito mediante la prueba de Levene. Los resultados se muestran para cada componente iniciando con el agotamiento (Tabla 5).

Tabla 5. Modelo de regresión para el agotamiento.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Cambio en R ²
1	.507 ^a	.257	.243	.257
2	.592 ^b	.350	.324	.093
3	.636 ^c	.404	.368	.054

a. Predictores: (Constante), Apoyo afectivo.

b. Predictores: (Constante), Apoyo afectivo, Afrontamiento evitativo.

c. Predictores: (Constante), Apoyo afectivo, Afrontamiento evitativo, Búsqueda soporte social.

d. Variable dependiente: Agotamiento.

La tabla anterior permite entonces indicar tres modelos, siendo el tercero el de mejor ajuste, pues

muestra que el apoyo afectivo, los estilos de afrontamiento evitativo y la búsqueda de soporte social logran predecir 36.8% de la variación en el agotamiento. Los coeficientes estandarizados beta hallados muestran que entre menor es el apoyo afectivo ($-.334$), mayor el uso que se hace del estilo de afrontamiento evitativo ($.339$) y menor la búsqueda de soporte social ($-.262$), mayores niveles de agotamiento se pueden predecir.

Sobre el componente de despersonalización, se hicieron análisis separados de regresión por cada sexo debido a la diferencia en esta variable entre ellos. Los resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Modelos de regresión para la despersonalización, segmentados por sexo

Sexo	Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Cambio en R ²
Hombre	1	.673a	.453	.399	.453
Mujer	1	.559c	.313	.295	.313

a. Predictores: (Constante), Afrontamiento dirigido al problema.

c. Predictores: (Constante), Apoyo afectivo.

Dicha tabla refiere un único modelo para cada sexo, que explica para los hombres 39.9% y para las mujeres 29.5% de la varianza. Entre los primeros, un menor uso del afrontamiento dirigido al problema ($\beta = -.673$), y entre las segundas el menor apoyo afectivo percibido ($\beta = -.559$) predicen mayores niveles de despersonalización. Finalmente, en lo referente a la realización personal (Tabla 7), se obtuvieron dos modelos, el segundo con un mejor ajuste, que explica 38.3% de la varianza, hallándose que un mayor uso del afrontamiento dirigido al problema ($\beta = .511$) y un mayor apoyo material percibido ($\beta = .258$) predicen de mejor manera la realización personal.

Tabla 7. Modelos de regresión para la realización personal.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Cambio en R ²
1	.588a	.346	.333	.346
2	.638b	.407	.383	.061

a. Predictores: (Constante), Afrontamiento dirigido al problema.

b. Predictores: (Constante), Afrontamiento dirigido al problema, Ayuda material.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre variables sociodemográficas, laborales y psicológicas asociadas al síndrome de burnout en el área de la salud en una clínica de la ciudad de Villavicencio (Colombia), contando con 161 participantes distribuidos en las distintas áreas de la clínica, como hospitalización, cirugía, unidad de cuidados intensivos neonatales, unidad de cuidados intensivos intermedios y urgencias.

Richardsen y Burke (1991) encontraron que las profesiones de la salud tienen altas demandas del trabajo que generan el síndrome de burnout, como se puede apreciar en los resultados de este estudio.

De acuerdo con los resultados, 26.5% de la muestra manifestaba un alto nivel de agotamiento, 27.5% una baja realización personal y 31.7% despersonalización, concluyéndose que 10% de los participantes sufrían dicho síndrome, teniendo en cuenta que para configurarlo deben reunirse los tres elementos citados.

En comparación con los resultados obtenidos, Kaschka et al. (2011) planteó que la prevalencia del síndrome en Alemania fue de 12.5%, en tanto que Gil-Monte y Marucco (2008), según los puntos de corte estipulados para Estados Unidos, hallaron una prevalencia de 10.6%, cifra que aumenta a 24.4% al ajustarse a los criterios de España; en Argentina, la cifra asciende a 37.4%, mientras que en Holanda se reduce a 3.2%. Lo anterior indica una considerable dificultad general, producto de la variabilidad en los criterios en las puntuaciones de corte, para determinar aspectos tales como la prevalencia del síndrome. Los datos obtenidos por Contreras et al. (2008) dan cuenta de una prevalencia baja del síndrome en Bogotá (severidad baja, 18.3%, moderada, 1.4% y alta, 2.8%). Rodríguez et al. (2010) señalan que la prevalencia del síndrome fue de 20.6%, mientras que Muñoz et al. (2014) apuntan una prevalencia de 20.1%, y que un 52.3% adicional de las personas participantes estaban en riesgo de padecer el síndrome. Lo anterior muestra que la prevalencia del síndrome de burnout oscila entre 10 y 20%, coincidiendo con lo hallado en la presente investigación, y señalando además que un gran porcentaje muestral está propenso a desarrollarlo.

Estudios como el de Hernández (2002), quien detectó manifestaciones de agotamiento emocional en Colombia, y de Rodríguez et al. (2010), quienes encontraron que 30.4% de los profesionales se encontraban emocionalmente agotados en el trabajo algunas veces al mes, 25.5% varias veces a la semana, 19% una vez al mes o menos y 4.9% diariamente, también refieren hallazgos similares a los del presente estudio. En cuanto a las correlaciones, García y Herrero (2008), al emplear variables como la edad y el tiempo de ejercicio en la profesión, no revelaron diferencias considerables, al igual que lo ocurrido en el presente trabajo.

En cuanto al sexo, Matud (2004) halló diferencias en los estilos de afrontamiento, dando cuenta de que los hombres utilizaron en mayor medida la estrategia de afrontamiento racional, y las mujeres mayores niveles de afrontamiento evitativo. El estudio de Bergman et al. (2003) mostró que los componentes del burnout en ambos sexos estuvieron altamente relacionados con las habilidades de afrontamiento y el apoyo social, lo cual contrasta con esta investigación en virtud de que aquí se encontró que la búsqueda de soporte social era mayor en las mujeres, así como una correlación directa con el afrontamiento evitativo, el apoyo emocional y las relaciones de ocio y distracción, y una correlación negativa con el apoyo emocional y afectivo. Se obtuvieron correlaciones entre los componentes del burnout y el soporte social, pues los hombres mostraron una correlación directa entre el agotamiento y la búsqueda de soporte social. Al igual que lo hallado por Bergman et al. (2003) y Matud (2004), lo anterior implica que el burnout se correlaciona con distintos estilos de afrontamiento y apoyo social según el sexo.

Por otra parte, en lo que respecta al análisis de regresión, se halló en general que los estilos de afrontamiento y el apoyo social fueron los mejores predictores de las respuestas asociadas al burnout. Este resultado es similar al de Bergman et al. (2003), quienes encontraron que los síntomas somáticos en las mujeres se explican por el apoyo de los pares en situaciones de estrés y por la carga laboral, mientras que en los hombres dichos síntomas lo hacen por el apoyo social cuando se está estresado y por las altas demandas o cargas laborales.

Es importante tener en cuenta que la predicción de variables genera un insumo teórico con el cual trabajar para disminuir los niveles de burnout y mitigar sus consecuencias, para lo cual es necesario potenciar los estilos de afrontamiento y el apoyo social; son esas variables las que deberían trabajarse en programa de intervención futuros.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, se resalta la dificultad para acceder a la población y a la institución donde se hizo el estudio; de hecho, se requirió un extenso proceso de documentación y validación de la información para lograr que la institución aceptara participar, lo que, sumado al desinterés mostrado por algunos miembros del personal asistencial, dificultó reunir una muestra mayor. Otro aspecto a resaltar es el volumen del paquete de instrumentos, lo que pudo afectar los periodos de atención de los participantes y aumentar el sesgo de las respuestas.

Debe referirse también como limitante el que, debido a la no normalidad, el nivel de generalización disminuye y la posibilidad de falsos positivos aumenta, por lo que se requiere replicar los procedimientos para reducir tales problemas metodológicos.

Este es un estudio que se llevó a cabo en una sola institución. En futuras investigaciones se recomienda manejar las mismas variables asociadas al burnout en otras instituciones hospitalarias y emplear otros tamaños muestrales, de tal manera que se puedan hacer comparaciones estadísticas que permitan una mayor generalización de los resultados.

Para finalizar, el presente estudio tuvo como principal resultado el que el burnout en el área de la salud puede predecirse mediante los estilos de afrontamiento utilizados y la percepción de apoyo social, por lo que se espera que se generen programas de intervención basados en esta evidencia que se encaminen a favorecer el uso de estilos de afrontamiento apropiados y mejorar la sensación de apoyo social por parte de los trabajadores, lo que implicaría disminuir los niveles de agotamiento y despersonalización y aumentar la sensación de autorrealización, mejorando con ello la calidad de vida de los trabajadores en el área de la salud.

REFERENCIAS

- Alarcón, G. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549-562. doi: 10.1016/j.jvb.2011.03.007.
- Alarcón, G., Eschleman, K. y Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *International Journal of Work, Health and Organization*, 23(3), 244-263.
- Andrés, P., De Juan, D., Escobar, J., Jarabo J. y Martínez, M. (1998). Burnout: técnicas de afrontamiento de la investigación. *Jornades de Foment de la Investigació*n. Castellón de la Plana (España): Universidad Jaume I.
- Benavides I., G., Gimeno, D. y Benach, C. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16(3), 222-229.
- Bergman, B., Ahmad, F. y Stewart, D.E. (2003). Physician health, stress and gender at a University Hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 171-178.
- Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 43-58.
- Campbell, L. y Stein, M. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Trauma and Stress*, 20, 1019-1028.
- Chacón, M. y Grau, J. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14(1), 67-78.
- Contreras, F., Juárez, F. y Murrain, E. (2008). Influencia del burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 29-44.
- Córdoba, L., Tamayo, J., González, M., Martínez, M., Rosales, A. y Barbato, S. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 4(3), 286-293.
- Correal, M., Posada, M. y Pérez, L. (2000). *El síndrome de burnout: conceptualización, evaluación y prevención*. Tesis inédita de pregrado en Psicología. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- De la Cruz, E. y Frutos, M. (2013). *Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria*. Tesis de pregrado en Enfermería. Valladolid (España): Universidad de Valladolid.
- De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 107-113.
- Díaz, N., Castro, M., Mendo, T. y Olcese, C. (2006). Factores demográficos y síndrome de burnout en practicantes de enfermería y psicología. *Revista de Psicología*, 9(1), 29-39.
- Flórez, L. (1993). La evaluación del estilo de afrontamiento. *Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud*, 2(1), 7-9.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire Research Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- García, J.M. y Herrero, S. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 459-477.
- Gil-Monte, P. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Marucco, M. (2008). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 450-456.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gjerløw, O. (2001). Introduction: The physician role in transition: is Hippocrates sick? *Social Science and Medicine*, 52, 171-173.
- Gómez U., J. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), 1-9. doi: 10.4037/ccn2017508.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M.M. (2005). Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-470.
- Hernández, P. (2002). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en personal de salud del Hospital Militar de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 7, 71-83.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Kaschka, W., Korczak, D. y Broich, K. (2011). Mode diagnose burn-out. *Deutsches Arzteblatt*, 108(46), 781-787. doi: 10.3238/arztebl.2011.078.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., Palacio, J. y Aguirre A., D. (2012). Validación en Colombia del Cuestionario MOS de Apoyo Social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo*, 32, 37-44.

- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Matud, P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality & Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Menezes, V.A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo burnout: engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 769-791.
- Mingote, J., Moreno B. y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: Revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123, 265-270.
- Moreno, B., González, J.L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos. (Eds.): *Empleo, estrés y salud* (pp. 1-35). Madrid: Psicología Pirámide.
- Moreno J., B., González G., J.L. y Garrosa H., E. (2002). Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. *Rol de Enfermería*, 25(11), 18-26.
- Muñoz, Y., Osorio, D., Robles, E. y Romero, Y. (2014). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014*. Tesis de pregrado Ibagué (Colombia): Universidad del Tolima.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190.
- Notario, B., Martínez, V., Trillo, E., Pérez, M., Serrano, D. y García, J. (2014). Validity and reliability of the Spanish version of the 10-item CD-RISC in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 12-14. doi: 10.1186/1477-7525-12-14.
- Olmado, E. (1997). *Personalidad y afrontamiento. Determinantes del síndrome de estar quemado en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral inédita. La Laguna (España): Universidad de La Laguna.
- Pérez N., M., Iruarrizaga, I. y Camuñas, N. (2001). Prevención y control del estrés en el cambio hospitalario (Conferencia 28). Memorias del I Congreso Virtual de Psiquiatría: Recuperado de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesa/mesa28/conferencia/28_ci_c.htm.
- Richardson, A. y Burke, R. (1991) Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Socscimed*, 33(10), 1179-1187.
- Ríos, M., Carrillo, C. y Sabuco, E. (2012). Resiliencia y síndrome de burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95.
- Riveros, F., Bernal, L., Bohórquez, D., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2016). Validez de constructo y confiabilidad del Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc 10) en población colombiana con enfermedades crónicas. *Salud y Sociedad*, 7(2), 130-137.
- Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M. y Pinzón, J. (2010). *Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010*. Tesis de pregrado en Medicina. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Rozo, M. (2007). Evaluación del síndrome de estrés asistencial en los profesionales de la salud en una institución hospitalaria de III nivel en la ciudad de Bogotá. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 1(1), 185-214.
- Rueda P., C. y Vélez B., H. (2010). Características psicométricas de un cuestionario de estilo de afrontamiento. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, Artículo 5, 6(2).
- Sabogal, K., Herrera, S. y Farfán, D. (2015). Estilo de vida y síndrome de burnout en trabajadores de la salud de una clínica privada de Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 8(1), 56-62.
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Stewart A.L. y Ware, J.E. (Eds.). (1992). *Measuring functioning and well-being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, N.C.: Duke University Press.
- Taris, T., Peeters, M., Le Blanc, P., Schreurs, P. y Schaufeli, W. (2001). From inequity to burnout: the role of job stress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 303-323.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. y Becker, J. (1985). The ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioural Research*, 20, 3-26.
- Zenger, M., Finck, C., Zanon, C., Jimenez, W., Singer, S. y Hinz, A. (2013). Evaluation of the Latin American version of the Life Orientation Test-Revised. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 243-252.

Intervenciones basadas en *mindfulness* para reducir el estrés en la enfermedad cardiovascular: ¿cómo funcionan?

Mindfulness-based interventions for reducing stress in cardiovascular disease: How do they work?

Erika Yohanna Bedoya Cardona¹

Citación: Bedoya C., E.Y. (2019). Intervenciones basadas en *mindfulness* para reducir el estrés en la enfermedad cardiovascular: ¿cómo funcionan? *Psicología y Salud*, 29(1), 63-78.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares corresponden a un grupo de trastornos debidos al aumento del estrés, depresión, ansiedad, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol y otros factores, y encabezan la lista como causa de la mayor de mortalidad en países de ingresos medios y bajos. Las pérdidas atribuibles a dichas enfermedades aumentan la pobreza y constituyen uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. El objetivo de la presente revisión fue explicar teóricamente cómo funcionan las intervenciones basadas en el *mindfulness* para la regulación emocional y la reducción de estrés en estas afecciones, mediante una revisión bibliográfica que da cuenta de la investigación en Science Direct, PubMed, Ovid, Scielo, Psycodoc y Google Académico. En dichas fuentes se encuentra que el estrés y las enfermedades cardiovasculares se relacionan entre sí mediante mecanismos fisiológicos, psicológicos y conductuales. Se concluye que la implementación de las citadas intervenciones en la regulación emocional y la reducción del estrés puede ser efectiva debido a su fácil aprendizaje, el rol activo del paciente, su bajo costo, la posibilidad de llevarse a cabo en cualquier lugar y la ausencia de riesgos fisiológicos o psicológicos; sin embargo, aún no se establecen sus efectos sobre los parámetros fisiológicos, por lo que se requieren más estudios al respecto.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular; Enfermedad cardiovascular; Estrés; Regulación emocional; Intervenciones basadas en *mindfulness*.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases involve disorders linked to increased stress, depression, anxiety, sedentary lifestyle, smoking, alcohol, etc., and lead the list of cause of mortality in low and middle income countries. Losses attributable to such illnesses increase poverty and are one of the greatest public health problems worldwide. The objective of the current review is to explain theoretically how mindfulness-based interventions work to the emotional regulation and stress reduction in cardiovascular diseases; on the basis of reviewing articles and books with research results in such databases as Science Direct, PubMed, Ovid, Scielo, Psycodoc and Google Scholar. This research literature shows that stress and cardiovascular diseases are related through physiological, psychological and behavioral mechanisms. It is concluded that the implementation of mindfulness-based interventions for emotional regulation and stress reduction in the treatment of cardiovascular diseases could be effective because they are easily learned, they involve the patient's active role, are low cost, they can be performed anywhere, and lack physiological or psychological risks. However, the effects of mindfulness on specific physiological parameters are not yet well established, and therefore further studies are required.

Key words: Cardiovascular risk; Cardiovascular disease; Stress; Emotional regulation; Mindfulness-based interventions.

¹ Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga, Bucaramanga, Santander, Colombia, tel. 57(76)85-45-00, correo electrónico: erika.bedoyac@campusucc.edu.co. Artículo recibido el 1 de septiembre de 2017 y aceptado el 16 de enero de 2018.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV en lo sucesivo) son un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos que incluyen la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas y congénitas, las trombosis venosas profundas y las embolias pulmonares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015), todas las cuales se relacionan con los cambios en el estilo de vida de la sociedad actual debidos al aumento del estrés, sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, entre muchos otros (Ruiz, 2003). Este grupo de enfermedades encabezan la lista de mayor carga de mortalidad en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2011). En 2008 se registraron 17 millones de muertes por ECV, lo que representa 30% del total en el orbe (Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud, 2014). En 2011, 60 mil colombianos murieron a causa de las ECV, y actualmente el país enfrenta una epidemia de infartos, trombosis, hipertensión y diabetes, los cuales se hallan entre las diez principales causas de muerte (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014). Las pérdidas humanas y productivas atribuibles a las ECV representan dificultades económicas que aumentan la pobreza, disminuyen aún más la cobertura de los servicios para el tratamiento de estas afecciones y convierten a este tipo de enfermedades en uno de los problemas de salud pública con mayor relevancia en el mundo.

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que factores psicológicos como el estrés, la ansiedad o la depresión contribuyen a la instauración, manifestación y pronóstico negativo de la ECV (Dimsdale, 2008; Hamer, Molloy y Stamatakis, 2008; Richardson et al., 2012; Thurston, Rewak y Kubzansky, 2013). Respecto a la relación entre el estrés y la ECV, se ha desarrollado una hipótesis que sugiere que hay mecanismos fisiopatológicos y antecedentes comportamentales que son comunes en las dos entidades (Steptoe y Kivimäki, 2013). Los sistemas biológicos activados durante la respuesta al estrés son el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (cortical) y el eje simpático adrenal (medular). Cuando un estímulo estresante es percibido, se activan las neuronas hipofisiotróficas en el hipotálamo,

secretando hormonas liberadoras que actúan en la hipófisis anterior y provocan la secreción de la hormona adrenocorticotropa, y luego cortisol en la glándula suprarrenal, lo que aumenta la movilización de la glucosa y los lípidos. Por otra parte, la percepción del estrés también activa neuronas simpáticas preganglionares, lo que se proyecta hasta los ganglios paravertebrales y a diferentes órganos. Los efectos de estos dos ejes están asociados con un aumento de la presión arterial, la homeostasis y la disfunción endotelial y la disminución de la sensibilidad a la insulina (Steptoe y Kivimäki, 2013).

El estrés, al igual que la aterogénesis, induce una respuesta inflamatoria con aumento de citoquinas (interleucina 6 y factor de necrosis tumoral alfa), estimula la activación plaquetaria y favorece cambios en las moléculas protrombóticas involucradas en la coagulación (Steptoe y Kivimäki, 2013); aumenta asimismo la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, el tono y la reactivación vascular, los ácidos grasos libres, los triglicéridos y la respuesta inflamatoria. El estrés obliga al corazón a trabajar más intensamente. Las arterias coronarias que nutren al músculo cardíaco requieren un mayor aporte de energía. Además, la sangre se espesa y las arterias se vuelven menos reactivas o elásticas; se almacenan así sustancias nocivas en su pared, de forma que la sangre circula con mayor dificultad. A su vez, la fibrinólisis, que es el mecanismo defensivo que destruye los trombos, pierde efectividad. Igualmente, el exceso de respuesta simpática se asocia con trastornos en la conducción eléctrica del corazón, con una mayor vulnerabilidad a arritmias ventriculares y, por ende, con la muerte súbita (Arnau y Rodríguez, 2006).

Además de la reacción biológica al estrés, es necesaria una exposición continua a los eventos que activan dicha respuesta fisiológica (Steptoe y Kivimäki, 2013). Al respecto, un estudio de casos y controles con 15,152 pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) y 14,820 sin ECV encontró un *odds ratio* (OR) de 2 para el desarrollo de IAM en personas con alguna condición psicosocial adversa (Steptoe y Kivimäki, 2012). En relación a los eventos posteriores al alta hospitalaria tras haber tenido un IAM, se encontró que dentro de los primeros 30 días las rehospitalizaciones eran más

comunes en pacientes con “alto estrés” durante la hospitalización respecto a aquellos con “bajo estrés” (Edmonson, Green, Ye, Halazun y Davidson, 2014).

Las respuestas al estrés surgen cuando los requerimientos para afrontar una condición exceden los recursos psicosociales o la capacidad de adaptación de las personas; es por esto que, dependiendo de la red de apoyo de cada individuo, así como de los rasgos de personalidad y el optimismo con el que se asimilan los cambios, los factores estresores son hechos subjetivos y varían según el caso (Witte, Bots, Hoes y Grobbee, 2000). Entre las situaciones más significativas consideradas como estresores crónicos en edades tempranas se encuentran el abuso sexual, el consumo de sustancias, las enfermedades de los padres y el bajo nivel socioeconómico (Steptoe y Kivimäki, 2013). Se ha encontrado un vínculo entre el estrés crónico debido al bajo nivel socioeconómico y el síndrome metabólico, un aumento del perímetro abdominal y del índice de masa corporal, dislipidemia, un incremento de los triglicéridos y bajos niveles de colesterol bueno (*high-density lipoprotein*, o HDL) (Drewnowski, 2009; Phillips y Klein, 2010). En un estudio prospectivo realizado a mujeres británicas, se encontró que las que presentaron alguna adversidad secundaria a su baja posición socioeconómica tenían una mayor mortalidad por ECV (1.4 veces más), en comparación con las que en su niñez habían tenido una posición socioeconómica alta (Power, Hypponen y Smith, 2005).

Otro factor que guarda una estrecha relación con la ECV es la ansiedad (Roest, Martens, de Jonge y Denollet, 2010). La prevalencia de síntomas ansiosos en pacientes con enfermedad cardíaca crónica va de 5 a 10%, la cual se eleva a 50% en pacientes con enfermedad cardíaca aguda en la unidad de cuidados intensivos. La asociación entre ansiedad y ECV puede explicarse por la evidencia que existe de que las emociones negativas son un factor potencial de riesgo (Kubzansky y Kawachi, 2000). Strik, Denollet, Lousberg y Honig (2003) aplicaron pruebas de ansiedad, depresión y hostilidad a 318 sujetos con una media de edad de 58 años, sobrevivientes a un primer ataque cardíaco. Después de un seguimiento de 3.4 años, hubo 25 eventos cardíacos fatales y no fatales. Los sínto-

mas de ansiedad estaban asociados a eventos cardíacos y al uso de antidepresivos. La ansiedad fue un predictor independiente de ambos eventos. Los investigadores concluyeron que los síntomas de ansiedad necesitan considerarse en el riesgo y el posterior tratamiento de pacientes después de sufrir un IAM.

En un estudio con 288 pacientes hospitalizados por IAM, se encontró que 26% de ellos sufría altos niveles de síntomas ansiosos (Lane, Carroll, Ring, Beevers y Lip, 2001). Por otra parte, Albert, Chae, Rexrode, Manson y Kawachi (2005) examinaron la relación entre la ansiedad fóbica y la enfermedad cardíaca coronaria aplicando el índice de Crown-Crispque (CCI) a 72,359 mujeres sin historial de ECV o de cáncer en el año 1988. En los doce años siguientes se produjeron 96 muertes súbitas cardíacas, 930 IAM no mortales y 267 muertes por ECV. Se explicaron dichos resultados por la tensión, misma que fue observada como un factor de riesgo independiente en incidentes de la enfermedad. Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D’Agostino y Benjamin (2005) examinaron a 3,682 mujeres, con una media de edad de 48.5, y siguieron a lo largo de diez años la incidencia de la enfermedad y la mortalidad; para ello, recogieron medidas de tensión, ansiedad y factores de riesgo. En sus resultados hallaron diferentes síntomas producidos por la ansiedad, como sensaciones desagradables (temor, preocupación, tensión, inseguridad, etc.), acompañadas de sentimientos y pensamientos negativos sobre sí mismas. Además, esta experiencia estuvo unida a una alta activación fisiológica (especialmente del sistema nervioso autónomo y del sistema somático), así como a una actividad poco ajustada y desorganizada del comportamiento.

Dichos resultados pueden deberse a que el estrés y la ansiedad crónica producen taquicardia ventricular, lo que aumenta las muertes súbitas por IAM (Roest, Martens, Denollet y de Jonge, 2010). El mecanismo funciona de una manera tal que el estrés predispone a que el hipotálamo aumente la liberación de corticotropina, estimulando con ello el que la pituitaria anterior libere una mayor cantidad, lo que a su vez estimula a la glándula suprarrenal para que produzca más cortisol, que ha sido asociado al desarrollo de aterosclerosis e hipertensión arterial. Además, en pacientes ansiosos se produce una hiperactividad del eje hipotalámi-

co-hipofisario-adrenal y del sistema simpático-adrenal, vinculada a la aparición de aterosclerosis, incremento de la presión sanguínea y del índice de viscosidad sanguínea, formación de émbolos y aumento de la resistencia vascular periférica (Alarcón y Ramírez, 2006).

Por otra parte, la depresión aparece en uno de cada cinco pacientes en las semanas posteriores a haber sufrido un IAM (Nicholson, Kuper y Hemingway, 2006). Lo anterior se considera un indicador de mal pronóstico al asociarse a la recurrencia de eventos coronarios y de mortalidad. En un estudio del Centro Médico Universitario de Duke (Estados Unidos), en el que participaron 357 pacientes durante un período de quince meses (35.3% con síntomas de depresión y 13.9% con depresión grave), se encontró que los pacientes con falla cardíaca y sin depresión tuvieron una mortalidad de 5.7% a los tres meses y de 13.7% transcurrido un año, mientras que la mortalidad de los pacientes con falla cardíaca y con depresión aumentó de 13% a los tres meses a 16.1% al año. Ante estos resultados, los autores concluyeron que una posible explicación de los mismos es que los síntomas depresivos facilitan estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo, el tabaquismo y la falta de adherencia a los tratamientos o el incumplimiento de las prescripciones médicas (Durham, 2001).

Hay evidencia de algunos mecanismos conductuales y fisiológicos que podrían explicar la relación entre la depresión y las ECV: 1) La cardiotoxicidad de los antidepresivos (Carney, Freedland, Miller y Jaffe, 2002; Cohen, Gibson y Alderman, 2000); 2) Los factores de riesgo como el tabaquismo (Messner y Bernhard, 2014; Villablanca, McDonald y Rutledge, 2000), la hipertensión (Joynt, Whellan y O'Connor, 2003), la diabetes (Carney et al., 2002; Clouse, Freedland, Carney, Griffith y Lustman, 2001; Kimberly et al., 2000), el colesterol (Angheer, Ghiuru y Gavrilescu, 2011) y el sedentarismo (Khawaja, Westermeyer, Gajwani y Feinstein, 2009; Lampinen, Heikkinen y Ruoppila, 2000); 3) La no adherencia a los tratamientos y a la prevención (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Ziegelstein et al., 2000), y 4) la baja variabilidad de la frecuencia cardíaca, responsable de un tono cardíaco autonómico alterado (García-Gómez, Lopez-Jaramillo y Tomaz, 2007), el incremento en la

agregación plaquetaria (Musselman et al., 2000; Pollock, Laghrissi-Thode y Wagner, 2000) y los procesos inflamatorios (Papaioannou, Pneumatikos y Maglaveras, 2013).

Según los datos reportados, es necesaria la puesta en práctica de estrategias que logren modificar las respuestas fisiológicas y emocionales ante sucesos estresantes, el fortalecimiento de los recursos de adaptación y afrontamiento de problemas y la implementación de un entrenamiento en técnicas de regulación emocional que hagan posible reducir el impacto negativo de estos factores psicológicos sobre la ECV. Los estudios al respecto han sido escasos, con poca calidad metodológica, tamaños muestrales pequeños y corta duración del seguimiento de los resultados. Además, la comprensión de los mecanismos y los marcos teóricos mediante los cuales las intervenciones influyen sobre las ECV también han sido poco explorados. El objetivo de la presente revisión fue, por consiguiente, explicar teóricamente cómo funcionan las intervenciones basadas en el *mindfulness* (“atención plena”) para la regulación emocional y la reducción del estrés, como un complemento a los diversos tratamientos médicos o quirúrgicos en personas con ECV, mediante la revisión bibliográfica de artículos y libros que reportan los resultados de la investigación, para lo cual se buscaron los términos “estrés”, “ansiedad”, “depresión”, “enfermedad cardiovascular” y “*mindfulness*” en las bases de datos Science Direct, PubMed, Ovid, Scielo, Psycodoc y Google Académico.

Terapias de reducción del estrés

Teniendo en cuenta los antecedentes señalados, si bien las opciones de tratamiento para las ECV han tenido un crecimiento importante, sus resultados no son definitivos pues solamente alivian los síntomas y disminuyen las posibles complicaciones, lo que sin embargo resalta la importancia de reducir los factores de riesgo y establecer los cambios necesarios en el estilo de vida en el largo plazo con el fin de modificar el curso de la enfermedad, disminuyendo así su progreso y el riesgo de muerte súbita (Naranjo, Díaz y García, 2012). Aunque son muchas las publicaciones sobre la rehabilitación cardíaca, aún no se ha definido un método que sea totalmente eficaz para la reducción defini-

tiva de las recurrencias, reingresos hospitalarios y mortalidad (Balady et al., 2007). En una revisión publicada por Jolliffe et al. (2001) se encontró una reducción de mortalidad en doce estudios sobre terapia basada en ejercicios únicamente. A pesar de tales resultados benéficos, todavía hay barreras que impiden la adherencia a este tipo de terapias, lo que disminuye su efectividad (Giallauria et al., 2009). Algunos estudios recientes han mostrado que la inclusión del manejo de factores psicológicos en los programas de rehabilitación tradicionales puede tener un efecto benéfico adicional al reducir el riesgo. Ciertas terapias complementarias y prácticas de reducción de estrés contribuyen al mejoramiento de pacientes con ECV (Leonaite y Vainoras, 2010; Neves, Alves, Ribeiro, Lopes y Oliveira, 2009; Yeh, Davis y Phillips, 2006; Younge, Gotink, Baena, Roos-Hesselink y Hunink, 2014). Una extensa revisión de intervenciones psicosociales (van Dixhoorn y White, 2005), tales como manejo del estrés (Ades, Balady y Berra, 2001; Blumenthal, Sherwood y Babyak, 2005), terapia cognitivo-conductual (Cully et al., 2010; Dekker, 2011), relajación (Castillo-Richmond et al., 2000; Emani y Binkley, 2010), educación para la salud (Chaves et al., 2015; Hayman et al., 2004), imaginación (Varvogli y Darviri, 2011), hipnosis (Vickers, Zollman y Payne, 2001) y yoga (Manchada y Madan, 2014) han demostrado ser bastante efectivas para reducir la angustia, la tensión arterial, los niveles de colesterol, la recurrencia cardíaca y la mortalidad (Arthur, Patterson y Stone, 2005; Kreitzer y Snyder, 2002).

La terapia de relajación se define como el entrenamiento para inducir una reducción de tensión por el mismo paciente (Delui, Yari, Khouyinezhad, Amini y Bayazi, 2013; Jacobs, 2001). La mayoría de las técnicas se centran en la atención (activa o pasiva), en representaciones mentales, imágenes, palabras, pequeños movimientos o cambio de postura, contracción y relajación muscular, respiración o biorretroalimentación, entre otros. Dichas técnicas han mostrado que los pacientes muestran una importante recuperación después de un evento isquémico cardíaco mediante la reducción de la ansiedad, la frecuencia cardíaca, la angina de pecho y el riesgo de muerte, así como un aumento de la reinserción laboral (Day, 2000; van Dixhoorn y White, 2005). Por su parte, la téc-

nica de relajación muscular progresiva (RMP) ha demostrado tener beneficios fisiológicos y psicológicos, como una baja percepción del estrés (Dehdari, Heidarnia, Ramezankhani, Sadeghian y Ghofranipour, 2009; Kabat-Zinn, 2003; Sheila, Irvin, Lin y Mar, 2003).

Investigaciones previas sobre la reducción de estrés mediante la técnica de meditación trascendental (MT) han reportado mejorías frente a los factores de riesgo de ECV (Walton et al., 2002), reduciendo significativamente el riesgo de IAM, accidentes cerebrovasculares y mortalidad, lo que la hace una práctica clínicamente útil en la prevención secundaria (Schneider et al., 2012). Durante la práctica de MT ocurre una reducción en la actividad mental y física como resultado de un estado llamado “conciencia trascendental” (Walton, Schneider y Nidich, 2004), al cual se le atribuye la restauración del funcionamiento normal de varios sistemas, como el nervioso autónomo, el neuroendocrino, el cardiovascular y el inmune (McEwen, 2000), todos ellos involucrados en la adaptación a ambientes estresantes o desafiantes (Walton et al., 2004). Por tanto, se sugiere que la reducción de ECV que ocurre gracias a la técnica MT estaría más relacionada con un bajo estrés psicosocial y con la adecuada reducción de sus efectos (Pace et al., 2009).

Intervenciones basadas en *mindfulness*

Otra herramienta prometedora son las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM), las cuales, por medio de la meditación, permiten mantener la atención en el momento presente, de una forma abierta y sin prejuicios (Vallejo, 2006), sin atender situaciones del pasado o el futuro. Esta intervención ayuda a evitar pensamientos automáticos y hábitos y patrones de conducta poco saludables, como preocupación, miedo, enojo y evitación (Hayes y Feldman, 2004; Kabat-Zinn, 2013; Keng, Smoski y Robins, 2011), aumentando así la posibilidad de una regulación que favorece el bienestar físico y psicológico (Chiesa y Serretti, 2009, 2010; Hervás, Cebolla y Soler, 2016; Mars y Abbey, 2010). En las prácticas formales se entrena a la persona en habilidades para sostener la atención en el momento presente, el cuerpo, las emociones, los pensamientos y las sensaciones, lo que genera una

mayor conciencia de los mismos. Las prácticas informales se enfocan en acontecimientos de la vida cotidiana, en las situaciones agradables y desagradables, teniendo como herramienta fundamental la respiración, las comunicaciones interpersonales y las actividades rutinarias, como comer, conducir o caminar. Aunque la duración de la intervención es breve, busca fomentar la autorregulación, la autosuficiencia y el aprendizaje permanente de un método que puede mejorar la salud y el bienestar durante toda la vida (Santorelli, 2014).

Usualmente, las IBM se agrupan como programas, siendo los siguientes los más reconocidos, estandarizados y aplicados a diferentes tipos de población (Abbott et al., 2014): la reducción del estrés (MBSR) (Kabat-Zinn et al., 1992) y la terapia cognitiva (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002) basadas en *mindfulness*, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la terapia de conducta dialéctica (DBT) (Linehan, 1993) y la prevención de recaídas (MBRP) (Marlatt y Donovan, 2005).

Entendiendo el *mindfulness* y su funcionamiento en las ECV

El concepto de *mindfulness* tiene sus raíces en el budismo y otras tradiciones relativas a la atención consciente y la conciencia activa, las cuales se orientan de manera abierta y receptiva a la experiencia presente (Brown y Ryan, 2003), pero se diferencian de aquella atención que puede ser dividida, debilitada o restringida por la rumiación, la inmersión en el pasado, las fantasías o ansiedades sobre el futuro que pueden ser motivadas defensivamente, llevando así al rechazo para reconocer o atender pensamientos, emociones u objetos de percepción, así como a actuar de manera compulsiva o automática (Ryan y Deci, 2000).

Según la teoría de autodeterminación (*self determination theory*), o SDT (Ryan y Deci, 2000), la conciencia abierta facilita la elección de conductas más consistentes con las propias necesidades, valores e intereses. El *mindfulness* facilita el bienestar a través de actividades autorreguladas que respondan a tales necesidades con autonomía, competencia y congruencia (Hodgins y Knee, 2002). Considerando entonces el *mindfulness* como la aten-

ción plena y sostenida sobre la experiencia actual sin juzgarla, Brown y Cordon (2009) argumentan que ésta debe tener un contenido emocional y unos correlatos regulatorios característicos que podrían explicarse por tres razones: 1) Debido a que implica una desconexión del procesamiento conceptual habitualmente evaluativo, debería conducir a estados afectivos más equilibrados y menos displacenteros (Brown y Ryan, 2003; Varela y Depraz, 2003); 2) Con una percepción más clara y objetiva, los eventos y experiencias potencialmente desafiantes tendrían menos probabilidad de ser distorsionados por sesgos cognitivos o malinterpretaciones que puedan generar respuestas emocionales desagradables (Brown, Ryan y Creswell, 2007), y 3) La calidad de la atención influye en los resultados regulatorios de la emoción, y puesto que el *mindfulness* favorece una atención sostenida y abierta a los fenómenos internos y externos tal y como son, podría disuadir la tendencia a usar reguladores desadaptativos como rumiación y supresión del pensamiento, y por el contrario podría estimular la exposición voluntaria a eventos desagradables para promover una regulación emocional más adaptativa (Feldner, Zvolensky, Eifert y Spira, 2003; Gross y Thompson, 2007; Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004; Sloan, 2004).

Diversos estudios empíricos evidencian que el *mindfulness*, como rasgo y como práctica meditativa, se asocia con una menor supresión de pensamientos, rumiación, impulsividad, pasividad y otras formas de regulación desadaptativa relacionadas con una pobre salud mental (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006; Brown y Ryan, 2003; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008; Chambers, Lo y Allen, 2008; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007; Frewen, Evans, Maraj, Dozois y Partridge, 2008; McKee, Zvolensky, Solomon, Bernstein y Leen-Feldner, 2007; Shapiro, Brown y Biegel, 2007; Wupperman, Neumann y Axelrod, 2008). Por otra parte, las habilidades en el *mindfulness* se asocian positivamente con estrategias reguladoras adaptativas, como la aceptación de pensamientos negativos (Baer et al., 2006; Brown y Ryan, 2003; Frewen et al., 2008), la expresión de emociones sin alterar su trayectoria (Barrett y Gross, 2001), y la satisfacción y una mayor capacidad para respon-

der al estrés (Barnes, Brown, Krusemark, Campbell y Rogge, 2007; Wachs y Cordova, 2007). Dichas habilidades se pueden establecer mediante una estrategia reguladora entendida como capacidad de afrontamiento (Gross y Thompson, 2007; Larsen, 2000), que se presenta en tres formas: afrontamiento activo de la situación estresante, aceptación de la realidad y reinterpretación cognitiva, cuyo fin es facilitar la asimilación y aumentar el bienestar (Fortune, Richards, Main y Griffiths, 2002; Lyne y Roger, 2000; Stowell, Kiecolt-Glaser y Glaser, 2001).

En un estudio realizado por Arch y Craske (2006), en el cual se compararon un grupo con entrenamiento en ejercicios de respiración para inducir un estado *mindfulness* con otro grupo entrenado en desenfocar la atención y la preocupación, se encontró que aquél mostró menos reactividad negativa, menos volatilidad emocional y más disposición para mantener contacto con fotos de imágenes aversivas, hallazgo que sugiere que la IBM genera efectos saludables en la regulación emocional y la salud mental. Por otra parte, Creswell, Way, Eisenberger y Lieberman (2007) evaluaron el beneficio protector de la atención *mindfulness* ante la amenaza de exclusión social, hallando mediante imágenes cerebrales una reactividad reducida en las regiones implicadas en la experiencia de la ansiedad social y el dolor, evidenciando así que el *mindfulness* puede disminuir la reactividad y la evitación en situaciones sociales amenazantes y angustiantes (Allen y Knight, 2005).

En otro estudio realizado por Bostock, Hamer, Wawrzyniak, Mitchell y Steptoe (2011) se encontró que personas con un estilo emocional positivo, caracterizado por bienestar, vigor y calma, percibían una tarea estresante como menos difícil, y a sí mismos con un mayor grado de control. Kabat-Zinn et al. (1992), mediante un programa de ocho semanas de MBSR, también demostraron una reducción efectiva de los síntomas de ansiedad y dolor (Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985). Asimismo, varios estudios que emplearon dicho programa han demostrado resultados positivos en muestras médicas y psiquiátricas de adultos y de estudiantes (Langer, Ulloa, Cangas, Rojas y Krause, 2015; Linehan, Cochran y Kehrer, 2001; Miró et al., 2011; Reibel, Greeson, Brainard y Rosenzweig,

2001; Speca, Carlson, Goodey y Angen, 2000; Teasdale et al., 2000; Williams, Kolar, Reger y Pearson, 2001).

Recientemente se ha propuesto que las IBM son una estrategia efectiva para reducir las complicaciones y mejorar la funcionalidad de pacientes con padecimientos físicos (Ludwing y Kabat-Zinn, 2008; Proulx, 2008; Sánchez y Moreno, 2017; Teasdale et al., 2000; Wansink, Painter y North, 2005), enfermedad crónica (Bohlmeijer, Prenger, Taal y Cuijpers, 2010) y ECV (Lawrence, Booth, Mercer y Crawford, 2013; Sullivan et al., 2009). Si bien los estudios sobre *mindfulness* en ECV son relativamente pocos (Loucks et al., 2015), algunos han demostrado su eficacia para reducir la presión arterial (Blom et al., 2014; De la Fuente, Franco y Salvador, 2010; Hughes et al., 2013) y la fatiga mental en pacientes con infarto y trauma craneoencefálico (Johansson, Bjuhr y Ronnback, 2012). A su vez, Tacón, Caldera y Ronaghan (2004) mostraron que al aplicar una IBM a mujeres con algún tipo de ECV, se redujo su puntaje en una escala de expresión del afecto negativo previo a la intervención. Edelman et al. (2006) plantearon en su estudio que un plan multifactorial basado en herramientas personalizadas y creativas reduce el riesgo de ECV, especialmente porque lograron aumentar la disposición a llevar a cabo actividades físicas y los días de ejercicio (2.4 vs. 3.7) y disminuir el peso corporal. La intervención tuvo como resultado una disminución de 16% en la escala de Framingham en este grupo, en comparación con solo 12% en el grupo control. Otro estudio de Nyklíček, Dijkstra, Lenders, Fonteijn y Koolen (2014) muestra que las IBM disminuyen el estrés psicológico y psicosocial y mejoran la calidad de vida de los pacientes con ECV sometidos a intervención coronaria percutánea, cuando se les comparó con pacientes a los que solamente se les dio una terapia de autoayuda.

Respecto a la eficacia de las IBM sobre los factores de riesgo de ECV, se ha encontrado una influencia potencial de las mismas en los niveles de actividad física (Loucks, Britton, Howe, Eaton y Buka, 2015; Salmoirago-Blotcher, Husinger, Morgan, Fischer y Carmody, 2013; Ulmer, Stetson y Salmon, 2010), en términos de que las personas muestran una mejor disposición para estar fisi-

camente activas (Ivanova, Jensen, Cassoff, Gu y Knauper, 2015; Kangasniemi, Lappalainen, Kankaanpaa, Tolvanen y Tammelin, 2015; Moffitt y Mohr, 2015). El entrenamiento *mindfulness* para dejar de fumar (De Souza et al., 2015) ha demostrado ser más eficaz que los programas de abstinencia (Brewer et al., 2011; Davis et al., 2014). En cuanto a la dieta, se han visto sus resultados en la reducción de la ingesta calórica (Miller, Kristeller, Headings y Nagaraja, 2014), el aumento en el consumo de frutas y verduras y una reducción en el de postres y dulces (Ouwens, Schiffer, Visser, Raeijmaekers y Nyklicek, 2015), lo cual se relaciona con un comportamiento alimenticio emocional más infrecuente (Kearney et al., 2012; Tak et al., 2015), que a su vez conlleva la pérdida de peso en pacientes obsesos (Olson y Emery, 2015; O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz y Black, 2014). Cuando se practica la terapia en grupos, existe el beneficio adicional de aumentar el apoyo social, contrarrestando así el aislamiento que tanto se ha relacionado con las ECV (Steptoe, Shankar, Demakakos y Wardle, 2013; Thurston y Kubzansky, 2009).

Los mecanismos mediante los cuales se podría explicar cómo funcionan las IBM sobre dichos factores de riesgo consiste en que, al tener un mayor control atencional de las emociones y sensaciones negativas y la ansiedad (Mehling et al., 2009) —que conducen, por ejemplo, al consumo de tabaco o de alimentos grasos o hipercalóricos, y al sedentarismo, entre otros—, la persona puede ver con más claridad la disonancia, reconocer y delimitar lo que es verdaderamente significativo o valioso, y aumentar su motivación intrínseca para disminuir la conducta de riesgo (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006) en virtud de la conciencia de la manera en que responde al estrés (Kabat-Zinn, 2013), tratando las emociones y sensaciones como eventos pasajeros (Elwafi, Witkiewitz, Mallik, Iv y Brewer, 2013) y acrecentando su sentido de autoconciencia, autoeficacia y control (Jerant, Moore, Lorig y Franks, 2008; Kelly y Greene, 2014) a través de los siguientes tres componentes principales del *mindfulness* expuestos en la teoría propuesta por Shapiro et al. (2006): *descentramiento* (salir de la experiencia inmediata), *desautomatización* (deshacer el proceso automático que controla la percepción y cognición) y *desprendimiento* (adoptar una actitud fenomenológica), mediante los cuales la persona

puede reducir sus cogniciones negativas y patrones de pensamiento automáticos (Yeung, 2013).

CONCLUSIÓN

De acuerdo con Steptoe y Kivimaki (2013), el estrés y las ECV se relacionan mediante mecanismos fisiológicos, psicológicos y conductuales que ocurren de manera similar en ambas entidades; es decir, los cambios fisiológicos y la activación de sistemas que ocurren en la respuesta al estrés influyen de manera importante en el desarrollo de la ECV cuando se producen de manera repetida a lo largo del tiempo. Aunque el estrés puede influir a través de diversas vías sobre la salud cardiovascular, una vía importante por la cual puede perturbar la salud del corazón es un incremento de las emociones negativas, especialmente la hostilidad, la ansiedad y la depresión, que son las variables emocionales negativas que de forma más consistente han sido asociadas en los últimos años a los problemas cardiovasculares (Sandín, 2001).

Los estudios sobre IBM aplicadas específicamente a pacientes con ECV muestran mejorías en la percepción de la salud, la calidad de vida y las respuestas psicológicas (Abbott et al., 2014; Hartmann et al., 2012; Joo, Lee, Chung y Shin, 2010; Keen, Duncan y Gold, 2012; Moustgaard, Bedard y Felteau, 2007; Nyklíček et al., 2014; Rosenzweig et al., 2007; van Son et al., 2013). Los resultados de las investigaciones previamente mencionadas sugieren entonces que el *mindfulness* se asocia con indicadores afectivos y cognitivos de bienestar (Kabat-Zinn, 2013; Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998), posibilitando así que las personas reaccionen menos intensamente ante los sentimientos negativos y amenazantes derivados de las experiencias desagradables, y recuperen más rápidamente sus niveles fisiológico y psicológico (Brown y Cordon, 2009; Frewen et al., 2008; Kiken y Shook, 2011).

La implementación de IBM en la regulación emocional y la reducción del estrés en el tratamiento de las ECV puede resultar bastante efectiva debido a su fácil aprendizaje, pues el paciente asume un rol más activo dentro del tratamiento; son además de bajo costo, pueden llevarse a cabo en casi cualquier lugar, y no representan riesgos fisiológicos o psicológicos (Younge et al., 2014);

sin embargo, aún no se establecen de manera clara, definitiva ni unánime sus efectos en los parámetros fisiológicos de la enfermedad (Abbot et al.,

2014), y por tanto se requieren más estudios al respecto.

REFERENCIAS

- Abbott, R.A., Whear, R., Rodgers, L.R., Bethel, A., Thompson Coon, J., Kuyken, W. y Dickens, C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 341-351.
- Ades, P.A., Balady, G.J. y Berra, K. (2001). Transforming exercise-based cardiac rehabilitation programs into secondary prevention centers: a national imperative. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 21, 263-272.
- Alarcón, R. y Ramírez, E. (2006). Medicina psicósomática en enfermedad cardiovascular: Consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 14(19), 112-124.
- Albert, C., Chae, C., Rexrode, K., Manson, J. y Kawachi, I. (2005). Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation*, 111(4), 480-487.
- Allen, N.B. y Knight, W.E.J. (2005). Mindfulness, compassion for self and compassion for others: Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression. En P. Gilbert (Ed.): *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 239-262). London: Routledge.
- Angheel, L., Ghiuru, R. y Gavrilescu, C.M. (2011). Depression and cardiovascular diseases in the elderly. *Revista Medico-Chirurgicala a Societati De Medici Si Naturalisti Din Iasi*, 115(2), 331-336.
- Arch, J.J. y Craske, M.G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1849-1858.
- Arnau, M. y Rodríguez, M. (2006). Estrés y enfermedad cardiovascular. En J. Pla Vidal y J. Salvador Rodríguez (Coords.): *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. Madrid: Acción Médica.
- Arthur, H.M., Patterson, C. y Stone, J.A. (2005). The role of complementary and alternative therapies in cardiac rehabilitation: a systematic evaluation. *The European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 13, 3-9.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Balady, G.J., Williams, M.A., Ades, P.A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J.M. y American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: A scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee; the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 115(20), 2675-2682.
- Barnes, S., Brown, K.W., Krusemark, E., Campbell, W.K. y Rogge, R.D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 482-500.
- Barrett, L.E. y Gross, J.J. (2001). Emotion representation and regulation: A process model of emotional intelligence. En T. Mayne y G. Bonnano (Eds.): *Emotion: Current issues and future directions* (pp. 286-310). New York: Guilford.
- Blom, K., Baker, B., How, M., Dai, M., Irvine, J., Abbey, S. y Tobe, S.W. (2014). Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the HARMONY randomized controlled trial. *American Journal of Hypertension*, 27(1), 122-129. doi: 10.1093/ajh/hpt134.
- Blumenthal, J.A., Sherwood, A. y Babyak, M.A. (2005). Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(13), 1626-1634. doi: 10.1001/jama.293.13.1626.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. y Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.
- Bostock, S., Hamer, M., Wawrzyniak, A.J., Mitchell, E.S. y Steptoe, A. (2011). Positive emotional style and subjective, cardiovascular and cortisol responses to acute laboratory stress. *Psychoneuroendocrinology*, 36(8), 1175-1183. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.02.009.
- Brewer, J.A., Mallik, S., Babuscio, T.A., Nich, C., Johnson, H.E., Deleone, C.M. y Rounsaville, B.J. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 72-80.
- Brown, K.W. y Cordon, S. (2009). Toward a phenomenology of mindfulness: subjective experience and emotional correlates. En F. Didonna (Ed.): *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 59-81). New York: Springer.
- Brown, K.W. y Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.

- Brown, K.W., Ryan, R.M. y Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Cardaciotto, L., Herbert, J.D., Forman, E.M., Moitra, E. y Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204-223.
- Carney, R.M., Freedland, K.E., Miller, G.E. y Jaffe, A.S. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity. A review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 897-902.
- Castillo-Richmond, A., Schneider, R.H., Alexander, C.N., Cook, R., Myers, H., Nidich, S. y Salerno, J. (2000). Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans. *Stroke*, 31, 568-573. [PubMed: 10700487].
- Chambers, R., Lo, B.C. y Allen, N.B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 302-322.
- Chaves, G., Britez, N., Munzinger, J., Uhlmann, L., Gonzalez, G., Oviedo, G. y Mereles, D. (2015). Education to a healthy lifestyle improves symptoms and cardiovascular risk factors – AsuRiesgo Study. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 104(5), 347-355.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593-600.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40, 1239-1252.
- Clouse, R.E., Freedland, K.E., Carney, R.M., Griffith, P. y Lustman, P.J. (2001). Depression accelerates the presentation of coronary heart disease in women with diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 63, 103.
- Cohen, H.W., Gibson, G. y Alderman, M.H. (2000). Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association of use of tricyclic agents. *The American Journal of Medicine*, 108, 2-8.
- Creswell, J.D., Way, B.M., Eisenberger, N.I. y Lieberman, M.D. (2007). Neural correlates of mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69, 560-565.
- Cully, J.A., Stanley, M.A., Deswal, A., Hanania, N.A., Phillips, L.L. y Kunik, M.E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for chronic cardiopulmonary conditions: preliminary outcomes from an open trial. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 12(4), e1-e6. Disponible en <http://doi.org/10.4088/PCC.09m00896blu>.
- Davis, J.M., Goldberg, S.B., Anderson, M.C., Manley, A.R., Smith, S.S. y Baker, T.B. (2014). Randomized trial on mindfulness training for smokers targeted to a disadvantaged population. *Substance Use and Misuse*, 49(5), 571-585.
- Day, W. (2000). Relaxation: a nursing therapy to help relieve cardiac chest pain. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 40-44.
- De la Fuente, M., Franco, C. y Salvador, M. (2010). Reduction of blood pressure in a group of hypertensive teachers through a program of mindfulness meditation. *Behavioral Psychology*, 18, 533-552.
- De Souza, I.C., De Barros, V.V., Gomide, H.P., Miranda, T.C., Menezes, V. de P., Kozasa, E.H. y Noto, A.R. (2015). Mindfulness-based interventions for the treatment of smoking: a systematic literature review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(3), 129-140. doi: 10. 1089/acm.2013.0471.
- Dehdari, T., Heidarnia, A., Ramezankhani, A., Sadeghian, S. y Ghofranipour, F. (2009). Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. *Indian Journal of Medical Research*, 129(5), 603-608.
- Dekker, R.L. (2011). Cognitive therapy for depression in patients with heart failure: a critical review. *Heart Failure Clinics*, 7(1), 127-141.
- Delui, M.H., Yari, M., Khouyinezhad, G., Amini, M. y Bayazi, M.H. (2013). Comparison of cardiac rehabilitation programs combined with relaxation and meditation techniques on reduction of depression and anxiety of cardiovascular patients. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, 7, 99-103.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S. y Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Dimsdale, J.E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51, 1237-1246.
- Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Reviews*, 67, S36-S39.
- Durham, N.C. (2001). Depression and FCC. *Archives of Internal Medicine*. Aug. Disponible en <http://www.news.mc.duke.edu>.
- Eaker, E.D., Sullivan, I.M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R.B.S. y Benjamin, E.J. (2005). Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 692-696.
- Edelman, D., Oddone, E.Z., Liebowitz, R.S., Yancy, W.S.Jr., Olsen, M.K., Jeffreys, A.S. y Gaudet, T.W. (2006). A multidimensional integrative medicine intervention to improve cardiovascular risk. *Journal of General Internal Medicine*, 21(7), 728-734.

- Edmondson, D., Green, P., Ye, S., Halazun, H.J. y Davidson, K.W. (2014). Psychological stress and 30-day all-cause hospital readmission in acute coronary syndrome patients: an observational cohort study. *PLOS ONE*, 9(3), e91477. doi: 10.1371/journal.pone.0091477.
- Elwafi, H.M., Witkiewitz, K., Mallik, S., Iv, T.A. y Brewer, J.A. (2013). Mindfulness training for smoking cessation: moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 222-229.
- Emani, S. y Binkley, P.F. (2010). Mind-body medicine in chronic heart failure. A translational science challenge. *Circulation: Heart Failure*, 3, 715-725.
- Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H. y Spira, A.P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. y Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J. y Griffiths, C.E.M. (2002). Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 27(3), 177-184.
- Frewen, P.A., Evans, E.M., Maraj, N., Dozois, D.J. y Partridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 758-774.
- García-Gómez, R.G., Lopez-Jaramillo, P. y Tomaz, C. (2007). The role played by the autonomic nervous system in the relation between depression and cardiovascular disease. *Revista de Neurología*, 44(4), 225-233.
- Giallauria, F., Lucci, R., D'Agostino, M., Vitelli, A., Maresca, L., Mancini, M. y Vigorito, C. (2009). Two-year multicomprensive secondary prevention program: favorable effects on cardiovascular functional capacity and coronary risk profile after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 10(10), 772-780.
- Gross, J.J. y Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J.J. Gross (Ed.): *Handbook of emotion and regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford.
- Hamer, M., Molloy, G.J. y Stamatakis, E. (2008). Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *Journal of the American College of Cardiology*, 52, 2156-2162.
- Hartmann, M., Kopf, S., Kircher, C., Faude-Lang, V., Djuric, Z., Augstein, F. y Nawroth, P.P. (2012). Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients: design and first results of a randomized controlled trial (the Heidelberger Diabetes and Stress-Study). *Diabetes Care*, 35(5), 945-947.
- Hayes, A.M. y Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayman, L.L., Williams, C.L., Daniels, S.R., Steinberger, J., Paridon, S., Dennison, B.A. y McCrindle, B.W. (2004). Cardiovascular Health Promotion in the Schools. A statement for health and education professionals and child health advocates from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*, 110, 2266-2275.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en *mindfulness* y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27, 115-124.
- Hodgins, H.S. y Knee, C.R. (2002). The integrating self and conscious experience. En E. L. Deci, y R. M. Ryan (Eds.): *Handbook of Self-Determination Research* (pp. 87-100). New York: University of Rochester Press.
- Hughes, J.W., Fresco, D.M., Myerscough, R., van Dulmen, H.M., Carlson, L.E. y Josephson, R. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for prehypertension. *Psychosomatic Medicine*, 75, 721-728.
- Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud (2014). "Enfermedad cardiovascular". En *Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011* (p. 163). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>.
- Ivanova, E., Jensen, D., Cassoff, J., Gu, F. y Knauper, B. (2015). Acceptance and commitment therapy improves exercise tolerance in sedentary women. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 47(6), 1251-1258.
- Jacobs, G.D. (2001). Clinical applications of the relaxation response and mind-body interventions. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(Suppl. 1), 93-101.
- Jerant, A., Moore, M., Lorig, K. y Franks, P. (2008). Perceived control moderated the self-efficacy-enhancing effects of a chronic illness selfmanagement intervention. *Chronic Illness*, 4(3), 173-182.
- Johansson, B., Bjuhr, H. y Ronnback, L. (2012). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Injury*, 26, 1621-1628.
- Jolliffe, J.A., Rees, K., Taylor, R.S., Thompson, D., Oldridge, N. y Ebrahim, S. (2001). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): CD001800.

- Joo, H.M., Lee, S.J., Chung, Y.G. y Shin, I.Y. (2010). Effects of mindfulness based stress reduction program on depression, anxiety and stress in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Korean Neurosurgical Society*, 47, 345-351.
- Joynt, K.E., Whellan, D.J. y O'Connor, C.M. (2003). Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biological Psychiatry*, 54(3), 248-261.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the selfregulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L. y Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kangasniemi, A.M., Lappalainen, R., Kankaanpaa, A., Tolvanen, A. y Tammelin, T. (2015). Towards a physically more active lifestyle based on one's own values: The results of a randomized controlled trial among physically inactive adults. *BMC Public Health*, 15, 260.
- Kearney, D.J., Milton, M.L., Malte, C.A., McDermott, K.A., Martinez, M. y Simpson, T.L. (2012). Participation in mindfulness-based stress reduction is not associated with reductions in emotional eating or uncontrolled eating. *Nutrition Research*, 32(6), 413-420.
- Keen, A.J.A., Duncan, E. y Gold, A.E. (2012). The effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy intervention specifically designed for adults with diabetes experiencing significant levels of anxiety and/or depression: a pilot clinical service. *Diabetic Medicine*, 29, 161.
- Kelly, J.F. y Greene, M.C. (2014). Where there's a will there's a way: a longitudinal investigation of the interplay between recovery motivation and self-efficacy in predicting treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 928-934. doi: 10.1037/a0034727.
- Keng, S.L., Smoski, M.J. y Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Khawaja, I.S., Westermeyer, J.J., Gajwani, P. y Feinstein, R.E. (2009). Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(1), 38-51.
- Kiken, L. y Shook, N. (2011). Looking up: Mindfulness increases positive judgments and reduces negativity bias. *Social Psychology & Personality Science*, 2, 425-431.
- Kimberly, Y., Forrest, Z., Becker, D.J., Kuller, L.H., Wolfson, S.K. y Orchard, T.J. (2000). Are predictors of coronary heart disease and lower extremity arterial disease in type 1 diabetes the same? *Atherosclerosis*, 148, 159-169.
- Kreitzer, M.J. y Snyder, M. (2002). Healing the hearth: Integrating complementary therapies and healing practices into the care of cardiovascular patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 17, 73-80.
- Kubzansky, L.D. y Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5), 323-337.
- Lampinen, P., Heikkinen, R.L. y Ruoppila, I. (2000). Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: an eight-year follow-up. *Preventive Medicine*, 30(5), 371-380.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, G., y Lip, G. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63, 221-230.
- Langer, A.I., Ulloa, V.G., Cangas, A.J., Rojas, G. y Krause, M. (2015). Mindfulness-based interventions in secondary education: a qualitative systematic review. *Studies in Psychology*, 36(3), 533-570. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.2015.1078553>
- Larsen, R. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 129-141. doi: 10.1207/S15327965PLI110301.
- Lawrence, M., Booth, J., Mercer, S. y Crawford, E. (2013). A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *International Journal of Stroke*, 8, 465-474.
- Leonaite, A. y Vainoras, A. (2010). Heart rate variability during two relaxation techniques in post-MI men. *Electronics and Electrical Engineering*, 5(101), 107-110.
- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M. y Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioural treatment for borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

- Linehan, M.M., Cochran, B.N. y Kehrner, C.A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. En D.H. Barlow (Ed.): *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed.) (p. 470-522). New York: The Guilford Press.
- Loucks, E.B., Britton, W.B., Howe, C.J., Eaton, C.B. y Buka, S.L. (2015). Positive associations of dispositional mindfulness with cardiovascular health: the New England Family Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 540-550.
- Loucks, E.B., Schuman-Oliver, Z., Britton, W.B., Fresco, D.M., Desbordes, G., Brewer, J.A. y Fulwiler, C. (2015). Mindfulness and cardiovascular disease risk: State of the evidence, plausible mechanisms, and theoretical framework. *Current Cardiology Reports*, 17, 112.
- Ludwing, D.S. y Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 300(11), 1350-1352. doi: 10.1001/jama.300.11.1350.
- Lyne, K. y Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 321-335.
- Manchada, S.C. y Madan, K. (2014). Yoga and meditation in cardiovascular disease. *Clinical Research in Cardiology*, 103(9), 675-680. doi: 10.1007/s00392-014-0663-9.
- Marlatt, G.A. y Donovan D.M. (2005). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Mars, T.S. y Abbey, H. (2010). Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: a systematic review. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13, 56-66.
- McEwen, B. (2000). Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 22, 108-124.
- McKee, L., Zvolensky, M.J., Solomon, S.E., Bernstein, A. y Leen-Feldner, E. (2007). Emotional-vulnerability and mindfulness: A preliminary test of associations among negative affectivity, anxiety sensitivity, and mindfulness skills. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 91-100.
- Mehling, W.E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C.J., Hecht, F.M. y Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PLOS ONE*, 4(5), e5614.
- Messner, B. y Bernhard, D. (2014). Smoking and cardiovascular disease. mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 34, 509-515.
- Miller, C.K., Kristeller, J.L., Headings, A. y Nagaraja, H. (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Health Education and Behavior*, 41, 145-154.
- Ministerio de Salud y Protección Social (21 de marzo de 2014). "Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes". Boletín de Prensa N° 077. Bogotá: MSPS.
- Miró, M.T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en *mindfulness* para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14.
- Moffitt, R. y Mohr, P. (2015). The efficacy of a self-managed acceptance and commitment therapy intervention DVD for physical activity initiation. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 115-129.
- Moustgaard, A., Bedard, M. y Felteau, M. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for individuals who had a stroke: results from a pilot study. *Journal of Cognitive Rehabilitation*, 25, 4-10.
- Musselman, D.L., Marzec, U.M., Manatunga, A., Penna, S., Reemsnyder, A., Knight, B.T. y Nemeroff, C.B. (2000). Platelet reactivity in depressed patients treated with paroxetine: preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 57, 875-882.
- Naranjo E., N.F., Díaz Q., F.A. y García, R.G. (2012). The influence of cardiac rehabilitation on acute myocardial infarction patients' readmission rate in Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(5), 831-841.
- Neves, A., Alves, A. J., Ribeiro, F., Lopes G., J. y Oliveira, J. (2009). The effect of cardiac rehabilitation with relaxation therapy on psychological, hemodynamic, and hospital admission outcome variables. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 29, 304-309.
- Nicholson, A., Kuper, H. y Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146,538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27, 2763-2774.
- Nyklíček, I., Dijkstra, S.C., Lenders, P.J, Fonteijn, W.A. y Koolen, J.J. (2014). A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: The Mindful Heart randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(1), 135-144.
- Olson, K.L. y Emery, C.F. (2015). Mindfulness and weight loss: a systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 77(1), 59-67.
- O'Reilly, G.A., Cook, L., Spruijt-Metz, D. y Black, D.S. (2014). Mindfulness based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews*, 15(6), 453-461.

- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015, enero). "Enfermedades cardiovasculares". *Nota Descriptiva*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
- Ouwens, M.A., Schiffer, A.A., Visser, L.I., Raeijmaekers, N.J. y Nyklicek, I. (2015). Mindfulness and eating behaviour styles in morbidly obese males and females. *Appetite*, 87, 62-67.
- Pace, T.W.W., Negi, L.T., Adame, D.D., Cole, S.P., Sivilli, T.I., Brown, T.D. y Raison, C.L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 87-98.
- Papaioannou, V., Pneumatikos, I. y Maglaveras, N. (2013). Association of heart rate variability and inflammatory response in patients with cardiovascular diseases: current strengths and limitations. *Frontiers in Physiology*, 4(174). Recuperado de <http://doi.org/10.3389/fphys.2013.00174>.
- Phillips, J.E. y Klein, W.M.P. (2010). Socioeconomic status and coronary heart disease risk: the role of social cognitive factors. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(9), 704-727. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00295.x.
- Pollock, B.G., Laghrissi-Thode, F. y Wagner, W.R. (2000). Evaluation of platelet activation in depressed patients with ischemic heart disease after paroxetine or nortriptyline treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20(2), 137-140.
- Power, C., Hypponen, E. y Smith, G.D., (2005). Socioeconomic position in childhood and early adult life and risk of mortality: a prospective study of the mothers of the 1958 British birth cohort. *American Journal of Public Health*, 95, 1396-1402.
- Proulx, K. (2008). Experiences of women with bulimia nervosa in a mindfulness based eating disorder treatment group. *Eating Disorders*, 16(1), 52-72.
- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C. y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
- Richardson, S., Shaffer, J.A., Falzon, L., Krupka, D., Davidson, K.W. y Edmondson, D. (2012). Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease. *American Journal of Cardiology*, 110, 1711-1716.
- Roest, A.M., Martens, E.J., de Jonge, P. y Denoller, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 38-46.
- Roest, A.M., Martens, E.J., Denollet, J. y de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 563-569.
- Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J.M., Edman, J.S., Jasser, S.A., McMearty, K.D. y Goldstein, B.J. (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 13, 36-38.
- Ruiz, M. (2003). *Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes*. Madrid: Díaz Santos.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychology*, 55, 68-78.
- Salmoirago-Blotcher, E., Husinger, M., Morgan, L., Fischer, D. y Carmody, J. (2013). Mindfulness-based stress reduction and change in health-related behaviors. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 18(4), 243-247.
- Sánchez P., E.M. y Moreno C., A. (2017). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud*, 27(2), 167-178.
- Sandín, B. (2001). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: Un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 1-18.
- Santorelli, S. (Ed.) (2014). *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Standards of practice*. Worcester, MA: University of Massachusetts Medical School.
- Schneider, R.H., Grim, C.E., Rainforth, M.V., Kotchen, T., Sanford, I.N., Gaylord-King, C. y Alexander, C.N. (2012). Stress reduction in the secondary prevention of cardiovascular disease: Randomized, controlled trial of transcendental meditation and health education in blacks. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5, 750-758. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.112.967406.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. y Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.
- Shapiro, S.L., Brown, K.W. y Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: The effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Sheila, S., Irvin, B.L., Lin, H.S. y Mar, C.L. (2003). Effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for clients with essential hypertension in Taiwan. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), 41-47.

- Sloan, D.M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1257-1270.
- Speca, M., Carlson, L.E., Goodey, E. y Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Steptoe, A. y Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34, 337-354.
- Steptoe, A. y Kivimäki, M. (2012). Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(6), 360-370.
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. y Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801.
- Strik, J., Denollet, J., Lousberg, R. y Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1801-1807.
- Stowell, J.R., Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (2001). Perceived stress and cellular immunity: When coping counts. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 323-339.
- Sullivan, M.J., Wood, L., Terry, J., Brantley, J., Charles, A., McGee, V. y Cuffe, M.S. (2009). The Support, Education, and Research in Chronic Heart Failure Study (SEARCH): A mindfulness-based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *American Heart Journal*, 157, 84-90.
- Tacón, A.M., Caldera, Y.M. y Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, Systems & Health*, 22, 193-203.
- Tak, S.R., Hendrieckx, C., Nefs, G., Nyklicek, I., Speight, J. y Pouwer, F. (2015). The association between types of eating behaviour and dispositional mindfulness in adults with diabetes. Results from Diabetes MILES. The Netherlands. *Appetite*, 87, 288-295.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. y Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Thurston, R.C. y Kubzansky, L.D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 836-842.
- Thurston, R.C., Rewak, M. y Kubzansky, L.D. (2013). An anxious heart: anxiety and the onset of cardiovascular diseases. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55, 524-537.
- Ulmer, C.S., Stetson, B.A. y Salmon, P.G. (2010). Mindfulness and acceptance are associated with exercise maintenance in YMCA exercisers. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 805-809.
- Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.
- van Dixhoorn, J. y White, A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12(3), 193-202.
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V.J.M., Blonk, M., Erdtsieck, R., Spooren, P. y Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality-of-life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind). *Diabetes Care*, 13, 823-830.
- Varela, E. y Depraz, N. (2003). Imagining: Embodiment, phenomenology, and transformation. En B.A. Wallace (Ed.): *Buddhism and science: Breaking new ground* (pp. 195-232). New York: Columbia University Press.
- Varvogli, L. y Darviri, C. (2011). Stress management techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*, 5(2), 74-89.
- Vickers, A., Zollman, C. y Payne, D.K. (2001). Hypnosis and relaxation therapies. *The Western Journal of Medicine*, 175(4), 269-272.
- Villablanca, A.C., McDonald, J.M. y Rutledge, J.C. (2000). Smoking and cardiovascular disease. *Clinics in Chest Medicine*, 21(1), 159-172.
- Wachs, K. y Cordova, J.V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital & Family*, 33, 464-481.
- Walton, K.G., Schneider, R.H. y Nidich, S.I. (2004). Review of controlled research on the transcendental meditation program and cardiovascular disease: risk factors, morbidity, and mortality. *Cardiology in Review*, 12(5), 262-266.
- Walton, K.G., Schneider, R.H., Nidich, S.I., Salerno, J.W., Nordstrom, C.K. y Merz, C.N.B. (2002). Psychosocial stress and cardiovascular disease, Part 2: Effectiveness of the transcendental meditation program in treatment and prevention. *Behavioral Medicine*, 28(3), 106-123.
- Wansink, B., Painter, J.E. y North, J. (2005). Bottomless bowls: why visual cues of portion sizes may influence intake. *Obesity Research*, 13(1), 93-100.

- Williams, K.A., Kolar, M.M., Reger, B.E. y Pearson, J.C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15, 422-432.
- Witte, D.R., Bots, M.L., Hoes, A.W. y Grobbee, D.E. (2000). Cardiovascular mortality in Dutch men during 1996 European football championship: longitudinal population study. *British Medical Journal*, 321, 1552-1554.
- Wupperman, P., Neumann, C.S. y Axelrod, S.R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties? *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 466-482.
- Yeh, G.Y., Davis, R.B. y Phillips, R.S. (2006). Use of complementary therapies in patients with cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, 98(5), 673-680.
- Yeung, S. (2013). Mindfulness, negative cognition and mental health. *SS Student E-Journal*, 2, 49-67.
- Younge, J.O., Gotink, R.A., Baena, C.P., Roos-Hesselink, J.W. y Hunink, M. (2014). Mind-body practices for patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(11), 1385-1398. doi: 10.1177/2047487314549927.
- Ziegelstein, R.C., Fauerbach, J.A., Stevens, S.S., Romanelli, J., Richter, D.P. y Bush, D.E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1818-1823.

Pérdidas a lo largo del ciclo vital en adultos mayores

Losses throughout the life span in old age people

*Karen Cecilia Sandoval Carlos, María Dolores García Sánchez
y Oliva Eréndira Luis Delgado¹*

Citación: Sandoval-Carlos, K.C., García-Sánchez, M.D. y Luis-Delgado, O.E. (2019). Pérdidas a lo largo del ciclo vital en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(1), 79-90.

RESUMEN

Con el aumento de la población de personas mayores en las últimas décadas, resulta pertinente suponer que aumentarán igualmente sus necesidades emocionales, físicas y económicas, por lo que es importante ahondar más en los aspectos psicológicos del envejecimiento y en las vivencias de mayor significado en esa etapa. Por lo anterior, los objetivos de este estudio fueron los de conocer en un grupo de adultos mayores sus pérdidas más importantes en cada una de las etapas del desarrollo, y analizar las posibles diferencias de género en la percepción de dichas pérdidas. Para ello, se realizó una investigación cualitativa con veintiséis participantes, a quienes se hicieron entrevistas semiestructuradas. Se hizo un análisis de contenido de las mismas, teniendo como categorías principales las pérdidas humanas, de salud, del trabajo, materiales o de habilidades. Los resultados mostraron que para los adultos mayores las pérdidas más dolorosas a lo largo de su vida fueron el fallecimiento de padres, hijos y parejas, hallándose claras diferencias respecto al género. En conclusión, puede decirse que las pérdidas humanas tuvieron un mayor impacto que las de otro tipo, y que especialmente la muerte de un hijo resulta ser uno de los duelos más complicados.

Palabras claves: Adultos mayores; Pérdidas; Ciclo vital; Duelo.

ABSTRACT

The increase in the population of elderly people in the last decades, it is only natural to expect that their emotional, physical and economic needs will also increase, thus making it important to further explore the psychological aspects of aging and its most significant experiences. The present study sought to identify elderly adults' most important losses at different stages of development. Another objective consisted of exploring gender differences in the perception of such losses. A qualitative, cross-sectional study with 26 elderly participants was conducted. Semi-structured interviews and content analysis led to the main findings. Analysis categories included the loss of human, health, work, material, and personal abilities. Results showed that the most painful losses throughout their whole lives were the death of the parents, children or spouse; with clear differences according to gender. In conclusion, it is proposed that human loss had a greater impact than other kinds of loss, and that the death of one's own children leads to one of the most complicated bereavements.

Key words: Older adults; Losses; Life span; Bereavement.

¹ Universidad Autónoma de Zacatecas, Av. Preparatoria s/n, Col. Progreso, 98000 Zacatecas, Zac., México, tel. (467)924-19-34, correos electrónicos: kceisc@gmail.com, dogasa05@gmail.com y oliva@uaz.edu.mx. Artículo recibido el 11 de febrero y aceptado el 11 de junio de 2018.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (2014), la disminución de la mortalidad se traducirá en una mayor esperanza de vida para la población. Las estimaciones para el año 2020 indican que el grupo de 65 años y más representará 8.2% del total de la población mexicana y 10.2% para 2030. Por tal motivo, deben analizarse las necesidades futuras que tendrán esas personas en los aspectos económico, social, emocional y de salud. En este último rubro, debe tenerse en cuenta que es en esta etapa en la que se presenta la mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional. Es por ello que los retos para las políticas públicas serán, por un lado, la generación de espacios de trabajo para quienes continúen en el mercado laboral con una protección adecuada, así como el aumento del sistema de pensiones.

Además, debe considerarse que los adultos mayores que han experimentado en un corto periodo múltiples pérdidas de cualquier tipo, que no disponen de un apoyo social adecuado y que no han logrado adaptarse satisfactoriamente a los estresores actuales y del pasado, tienen una mayor predisposición para desarrollar trastornos mentales tardíos en la vida, según afirman Cruz, Jara y Rivera (2010), tales como la depresión o ciertos padecimientos psicosomáticos (Rivera y Montero, 2008).

Para lograr una comprensión más amplia de esa etapa, es necesario ir más allá del aspecto puramente biológico, en el cual el envejecimiento refiere a un proceso cronológico de declive, y ahondar en la parte psicológica en función de los cambios de personalidad y en el ámbito social, que implica la percepción, participación e integración en la sociedad de la persona mayor (Baltes, 1987; Erikson y Erikson, 1997).

El desarrollo humano involucra tanto constancia como cambio en el comportamiento a lo largo de toda la vida, pues en cada una de sus etapas hay ganancias y pérdidas, trátase de la infancia o de la adultez mayor. Esta idea fue la que dio origen a la perspectiva teórica del ciclo vital, que propuso una forma diferente de ver el desarrollo, al que Baltes, Lindenberger y Staudinger (1998)

redefinen como un “cambio selectivo, relacionado con la edad, en la capacidad adaptativa” (p. 17).

Se entiende que el desarrollo engloba un equilibrio entre crecimiento y declive, y por tanto en toda etapa la persona puede ganar en un área y perder en otra; en el caso del adulto, capacidades como su vocabulario pueden continuar aumentando, mientras que en otras, como la solución de problemas no familiares, disminuyen. De igual manera, pueden surgir algunas habilidades, como la experiencia en un área determinada. Según esta teoría, ningún cambio en el desarrollo de la vida es únicamente ganancia. Aunque si bien es cierto que la proporción entre ganancias y pérdidas suele variar a lo largo del ciclo vital, en la adultez mayor generalmente ocurren más pérdidas que ganancias.

Es por ello que se plantean tres procesos fundamentales en el desarrollo a lo largo de toda la vida, según Baltes (1987):

El crecimiento: Engloba la ganancia y el alcance de niveles de funcionamiento cada vez más eficaces y complejos que hacen posible a la persona avanzar en las diferentes etapas de la vida, pues cada una depende de los sucesos que ocurrieron en las que la antecedieron.

El mantenimiento: Ante situaciones de riesgo, la persona trata de mantener el funcionamiento actual o, ante una pérdida, regresar a niveles previos de funcionamiento, de manera que pueda encontrarse en un estado óptimo.

La regulación frente a las pérdidas: Frente a una pérdida de recursos internos (como la disminución de la capacidad de memoria) o externos (como la jubilación o la pérdida de un ser querido), la persona trata de reorganizar el funcionamiento para mantenerlo en los niveles habituales. Uno de los mecanismos para lograr la reorganización es la compensación, que Baltes y Baltes (1990) y Baltes y Dickson (2001) explican en su modelo de selección, optimización y compensación diciendo que en la adultez mayor el individuo elegirá y concentrará sus esfuerzos en aquellas actividades que aún puede desempeñar, actuando como un equilibrio ante la pérdida de alguna habilidad.

De tales conceptos se desprende la idea de que a lo largo del desarrollo los recursos y las metas van variando; mientras que durante la infancia

se pretende alcanzar el mayor crecimiento posible, durante la vejez el mantenimiento y la regulación ante las pérdidas se convierten en la prioridad, por lo que la persona dedica la mayoría de los recursos disponibles a esas tareas (Villar, 2005).

Al referirse a una pérdida, la mayoría de las veces se piensa en la muerte de un ser querido; sin embargo, como afirma Tizón (2004), el dejar de tener ciertas capacidades o habilidades personales, bienes patrimoniales, amistades u otras situaciones pueden también considerarse como pérdidas. A su vez, Neimeyer (2007) explica que siempre que la persona deje de tener algo que poseía un valor real o simbólico en cualquier ámbito de su vida, tendrá una pérdida que generará en ella dolor emocional y a la que deberá adaptarse.

Respecto a los estudios realizados sobre las pérdidas, la mayoría de las investigaciones sobre los adultos mayores se han enfocado principalmente en conocer el impacto que tiene en ellos la muerte de la pareja (Caserta, Utz, Lund, Swenson y De Vries, 2014; Damianakis y Marziali, 2012; Holland, Futterman, Thompson, Moran y Gallagher-Thompson, 2013), el dolor producido por la pérdida de un hijo (Lichtenthal, Currier, Neimeyer y Keese, 2010; Liu et al., 2015) y cómo se vivencia el proceso del envejecimiento (Bagheri-Nesami, Rafii y Oskouie, 2010; Dockendorff, 2014; Krzemien, Urquijo y Monchietti, 2008; Stefani, 2004).

Particularmente en México, destaca la propuesta de Rivera y Montero (2008) en la que se explican las pérdidas experimentadas por los adultos mayores, argumentando a la par que Baltes et al. (1998) que en toda etapa de la vida se presentan ciertos cambios que engloban tanto pérdidas como ganancias, pero que en esta fase del ciclo vital en especial los recursos de la persona se orientan a la recuperación ante las pérdidas. En el instrumento que dichos autores elaboraron se categorizan las pérdidas en cinco áreas: *a) El cuerpo*. Dificultades en la funcionalidad física (disminución de la fuerza o el vigor). *b) Las relaciones objetales* (sociales). Todos los vínculos que ya no se tienen en la realidad o en la fantasía y que no hay posibilidad de reemplazar. *c) El ser para el mundo*. Los roles derivados del trabajo que permiten a la persona sentirse útil y productiva para la sociedad y que se pierden con la jubilación. *d) El ser en el mundo*.

Como resultado de la misma pérdida del “ser para el mundo”, el contexto actual comienza a perder significado, pues la sociedad actual se vuelve cada vez más distinta de la que conoció en su pasado debido al avance tecnológico, por lo que la persona se siente en ocasiones “fuera de época”. *e) La identidad*. A consecuencia de las pérdidas anteriores, la persona se percata de que tiene que reestructurar la meta o el ideal de sí misma que quería alcanzar; es por ello que a veces le resulta más sencillo refugiarse en la persona que fue y en sus logros del pasado.

Debido a la escasa investigación acerca de tales pérdidas desde la perspectiva del ciclo vital, resulta necesario indagar cómo han ocurrido en cada una de las citadas etapas para comprender mejor las que se experimentan en la adultez mayor.

En la presente investigación cualitativa de corte transversal, cuyos objetivos fueron conocer en un grupo de adultos mayores las pérdidas más importantes para ellos en cada una de las fases del desarrollo y analizar si había diferencias de género en la percepción de dichas pérdidas, se tomaron como referentes los postulados teóricos del ciclo vital de Baltes (1987) y Baltes et al. (1998), así como la “estructura de pérdidas” de Rivera y Montero (2008), pues permiten tener una perspectiva más amplia de las vivencias de los adultos mayores, en especial para entender las pérdidas como una parte necesaria del desarrollo que aparece conjunta e inseparablemente con las adquisiciones o ganancias en cualquier edad.

MÉTODO

Participantes

Los participantes fueron veintiséis adultos mayores: trece hombres y trece mujeres, residentes en el estado de Zacatecas (México), cuyas edades fluctuaron entre 60 y 85 años en el caso de las mujeres, y entre 60 y 73 años en el de los hombres. Algunas de las participantes (34.6% del total) asistían a un club social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), ubicado en una colonia de nivel socioeconómico bajo, y los demás participantes (65.4% del total) residían

en una colonia de nivel socioeconómico medio. La mayoría de los participantes estaban casados y vivían con su pareja.

Los principales problemas de salud referidos por los entrevistados fueron, a saber: problemas de audición y visión (30.8%), dolores articulares (26.9%) y diabetes (19.2%); más la mitad de los participantes manifestaron tener más de una enfermedad. En el caso de tres de ellos (11.54%), sus padecimientos constituían graves limitantes para el desempeño de sus actividades cotidianas, e incluso dos se retiraron de su trabajo debido a sus enfermedades (dolor de columna vertebral y problemas pulmonares).

En el aspecto mental, todos los participantes estaban en pleno uso de sus facultades; la mayoría manifestaba una ubicación adecuada en tiempo, espacio y persona, y sólo algunos de ellos se confundieron en ocasiones o no recordaban la fecha, pero en la narración de hechos autobiográficos en general no tuvieron problemas para recuperar la información solicitada. Su discurso fue fluido y coherente durante las entrevistas y mostraron una adecuada atención. A uno de los participantes ciertas preguntas tuvieron que repetírsele debido a un problema de audición. Todas las personas mostraban una movilidad adecuada que les permitía desplazarse por sí mismos sin ayuda alguna.

Recopilación de datos

Para recolectar la información, se hicieron a los participantes entrevistas semiestructuradas, teniendo como referente una guía de preguntas que fueron agrupadas de acuerdo a las cinco etapas del ciclo vital: infancia, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor, en cada una de las cuales se indagaron los diversos tipos de pérdidas vividas (véase Anexo).

Las entrevistas se elaboraron con base en los postulados teóricos del ciclo vital de Baltes (1987) y Baltes et al. (1998), quienes indican que para comprender de manera más integral las pérdidas que vivencia el adulto mayor, debe tenerse en cuenta la forma en que ha experimentado y sobrellevado otras pérdidas en las etapas anteriores de su vida. Esas pérdidas se categorizaron en función de la clasificación de Tizón (2004), que habla de pérdidas intrapersonales (aspectos o partes del

yo, como funciones cognitivas y profesionales), relacionales (muerte o separación de personas significativas), materiales (posesiones) y evolutivas (ligadas al desarrollo); de manera específica, para profundizar en la etapa de la adultez mayor se tomó en cuenta la propuesta de estructura de pérdidas de Rivera y Montero (2008).

Procedimiento

Se contactó y pidió permiso para asistir al citado club social del DIF. Una vez otorgado, una de las investigadoras fue observadora participante por aproximadamente ocho meses. Hechas las observaciones, se les explicó la finalidad principal del estudio, que consistía en conocer las vivencias de las personas mayores. Quienes accedieron a participar firmaron una carta de consentimiento informado, aceptando que las entrevistas fueran grabadas.

La duración de las entrevistas varió, ya que en el caso de las mujeres adultas mayores que asistían al club social se realizaron por la tarde, en el horario en el que normalmente asistían, y tuvieron una duración mínima aproximada de dos horas y una máxima de tres horas por sesión. Los espacios fueron las mismas instalaciones. El hecho de que la mayoría acudiera diariamente al club facilitó que las entrevistas pudieran extenderse hasta dos o tres sesiones, resultando por tanto entrevistas con una duración total de seis horas en promedio por persona.

Con quienes no acudían al club social se concertaron citas previamente para designar un espacio durante la tarde. Por lo general, las entrevistas se hicieron en los mismos hogares, si bien en estos casos, por cuestiones de tiempo, en una sola sesión, aunque extendiéndose de dos a tres horas por persona.

Luego se llevó a cabo un análisis de contenido de las entrevistas, para lo cual, según las perspectivas teóricas de Tizón (2004) y de Rivera y Montero (2008), se identificaron los principales indicadores y las dimensiones relevantes para el presente estudio, distribuyendo las respuestas obtenidas en las siguientes categorías: infancia robada, pérdida de un ser querido (por muerte, separación física, emocional o divorcio), del cuerpo (como la salud o fuerza física), de la libertad (debido

al matrimonio) y pérdida por la jubilación y de “el-ser-en-el-mundo”(época actual distinta a la de su infancia). Se utilizó el programa Atlas-Ti para vaciar los datos de las entrevistas y organizar las categorías ya mencionadas.

RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación son extractos de las respuestas de los participantes. Por cuestiones de espacio, sólo se eligieron algunas respuestas que ejemplifican los hallazgos; cabe señalar que los nombres de los participantes que aparecen son ficticios debido al acuerdo de confidencialidad y para mantener encubierta su identidad.

Durante la infancia y la adolescencia, tanto hombres como mujeres experimentaron la llamada “infancia robada”, esto es, el abandono de los roles infantiles, como jugar y estudiar, por tener que trabajar debido a la precaria situación económica de sus familias, si bien fue hasta la adolescencia cuando los entrevistados parecen haber tenido una mayor conciencia de lo que significaba haber perdido la oportunidad de continuar sus estudios:

“Yo digo que me maduraron muy pronto, porque ya cuando salí de la primaria a mí ya no me consideraban un niño; me trataban como un adulto porque ya trabajaba. Y yo digo que me abandonaron, porque tratar a un niño como un adulto era muy feo. Mi mamá me dijo que tenía que cooperar en la casa. Ya no me compraron ropa ni juguetes porque se consideraba que ya era un hombre, pero yo no me sentía un hombre” (Jaime, 68 años).

Los participantes que debieron trabajar en su infancia refieren que la responsabilidad asignada fue demasiada para una etapa tan temprana, y debido a ello en algunas ocasiones llegaron a sentirse abrumados y solos, pues lo esperado es lograr la independencia económica, pero no durante la infancia sino hasta la juventud, cuando ya se tienen mayores recursos para convertirse en una persona autónoma (Lefrançois, 2001).

Las pérdidas más dolorosas en esas etapas del desarrollo fueron la del padre (por muerte, separación o divorcio), el fallecimiento de los abuelos, que para muchos fueron quienes más los cuidaron, y de familiares y amigos.

Para uno de los participantes varones, no haber contado con su padre durante su infancia y casi toda su adolescencia lo afectó durante toda su vida, pues consideraba que creció solo, y que de haber conocido antes a su padre y haber vivido con él habría tenido apoyo suficiente para continuar sus estudios:

“Mi infancia fue muy triste porque primeramente mis padres son divorciados [...] Los [años] que tengo ya, 72, son los que estuvieron separados. Mi papá no vivió conmigo y mi jefecita se me fue hace cuatro años. Al no contar uno con su padre, no tiene el apoyo de *nadien* [*sic*]. Tiene uno que sobrevivir de la forma que sea, hay que subir pa’ [*sic*] arriba y no ir para abajo, porque se ladea uno, y como un árbol se va uno de lado y se cae. Cuando uno no tiene ese apoyo, pues tiene que valerse por sí mismo” (Fernando, 72 años).

Sin embargo, para otros participantes el fallecimiento del padre sucedió a una edad tan temprana que no asimilaron entonces la trascendencia de esa pérdida, pues varios de ellos no comprendían aún el concepto de la muerte.

Una de las mujeres refirió que haber dejado de ser hija única fue un suceso complicado, pues a la llegada de sus hermanos varios años después de haber nacido ella no solo implicó compartir el amor y la atención de sus padres, sino que se le asignó también el rol de madre-cuidadora.

Para las mujeres, haber experimentado en su juventud la muerte de algunos de sus hijos aún bebés, de sus madres y de otros familiares fue uno de los eventos más dolorosos. Ante la pregunta hecha a Rosita, de 78 años, de cuántos hijos tiene, responde:

“Vivos, once, pero tuve dieciséis. Los otros se murieron chiquitos. Los últimos que tuve fueron gemelos [...] Como los primeros que perdí estaban chiquitos, pues sí me daba tristeza porque no es lo mismo que ya los veía ahí, que los bañaba, y a los tres meses ya no los tenía”.

Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina (2009) explican que cuando un hijo nace muerto o muere alrededor del nacimiento, la madre se enfrenta a un doble duelo: la pérdida del hijo y la frustración de su maternidad, proceso que puede ser incluso más severo que el deceso de un adulto. En el caso de Rosita, sin embargo, perder a sus hijos a muy

temprana edad no fue tan difícil, según refiere. Para ella, un suceso más complicado fue la muerte de su esposo.

Durante su juventud, algunas de las participantes experimentaron la viudez, la que afrontaron como uno de los momentos más difíciles de su vida al sentirse desestabilizadas emocional y económicamente para mantener a sus hijos. Entre los varones se presentó un circunstancia singular, pues explicaron que, al casarse, una de las cosas que perdieron fue su libertad; es decir, ante las nuevas responsabilidades adquiridas al tener una familia, debieron reorganizar sus rutinas y dejar atrás ciertos intereses y pasatiempos que eran de su agrado y que formaban parte de su vida cotidiana.

“Y dejé el mundo mundano para dedicarme a la familia, y tardé un tiempo en acostumbrarme a dejar el mundo de los placeres por el de los quehaceres, y no está fácil [...] Me entretuve unos años en aceptar que ya no estaba soltero, que ya había perdido mi libertad, porque ya se hace uno codependiente de la pareja. No puedo ir solo sino que vamos en pareja” (Diego, 60 años).

Para este participante fue complicado adaptarse a su nuevo estilo de vida, porque antes de casarse no tenía responsabilidades hogareñas, pero una vez que contrajo matrimonio a los 29 años de edad tuvo que adecuarse a nuevos deberes y labores e incluir a su esposa en sus actividades. Como apunta Erikson (1997) en su teoría del desarrollo psicosocial, en esta etapa surge un fuerte deseo de compartir la vida con alguien más en un compromiso duradero, aun cuando eso involucre sacrificios significativos.

Luego, en la adultez, las mujeres reportaron haber perdido a sus padres; para algunas, la muerte de la madre fue una de las más significativas en su vida. Otras también dijeron haber perdido a su esposo al divorciarse, así como a sus hijos. En el caso de las hijas adultas que se convirtieron en las cuidadoras principales de sus padres, fue más difícil adaptarse a la muerte de los mismos.

Ya como adultos, los hombres señalaron que las muertes más impactantes fueron la de los padres y la abuela. En otro aspecto, uno de los entrevistados dijo que a causa de una inadecuada intervención quirúrgica perdió casi toda la visión de uno de sus ojos, por lo que tuvo que dejar de conducir vehículos.

Para las mujeres, la pérdida de la pareja por muerte o por divorcio fue de los eventos más complicados de su vida:

“Me divorcié cuando tenía –según me parece– cincuenta y dos, y a raíz de eso mi familia se dividió. Mis hijos tomaron partido y haga de cuenta que se hicieron dos bandos. Tomaron rivalidad con todo lo que se dice, la alevosía y ventaja [...] Al final de la vida, no era una mujer, era un hombre por el que me dejó. Entonces él se sentía terriblemente mal. A mí me quería para que yo estuviera así, ante la gente, fingiendo aquel matrimonio. A mí nada más me quería para aparentar y [poder] llevar él su doble vida”. Esta participante se arrepentía de haberse permanecido viviendo en la misma casa durante un tiempo: “Sí, de haberme quedado, pero ya qué, el daño ya está hecho [llora] y es terrible... porque me siento terriblemente mal” (Dolores, 67 años).

Esta misma participante dijo que su esposo la había agredido mucho cuando se divorciaron, porque si bien vivían en la misma casa, cada quien lo hacía en su respectiva mitad; además indicó que le dolía mucho que aquél hubiera “envenenado” a sus hijos diciéndoles cosas sobre ella que no eran ciertas, que los manipulara y que no le hablaran, porque ella esperaba que aunque su matrimonio terminara, su familia seguiría unida, pero sus hijos se separaron de ella y varios de ellos aún no le hablaban. Esto es explicado por Oramas (2014) en términos de que el divorcio es un evento de transición estresante que involucra crisis emocional, cambios en el comportamiento y, en general, caos o desajuste en la vida.

Respecto a la muerte de la pareja hubo diferencias de género, toda vez que más de la mitad de las mujeres eran viudas y sólo uno de los varones entrevistados, lo cual concuerda con resultados previos de Montes y Macedo (2013). Las mujeres han descrito ese suceso como uno de los eventos más desestructurantes (Bellamy, Gott, Waterwoth, McLean y Kerse, 2014; Damianakis y Marziali, 2012; Holland et al., 2013). El hecho de que la muerte de la pareja tenga un mayor peso emocional para la población femenina puede deberse a los estereotipos culturales que definen casi por completo la identidad de una mujer en función de sus roles de madre y esposa, y por tanto, al morir el varón, no sólo pierden a un ser querido sino

también una parte importante de su yo (Montes y Macedo, 2013).

Los participantes expresaron que en la etapa de la adultez mayor las principales pérdidas que habían experimentado eran sobre su cuerpo, las que se traducían como una disminución de la salud y la fuerza física, así como en sus relaciones sociales, sobre todo por la muerte de los padres y

la pérdida del apoyo de su pareja, resultados también encontrados por Rivera y Montero (2008). También refirieron tener al menos un problema físico que incluso en ocasiones se había convertido en un obstáculo para realizar ciertas actividades cotidianas, tal como afirman Dockendorff (2014) y Li, Chi y Xu (2013) (Tabla 1).

Tabla 1. Pérdidas en la adultez mayor.

GÉNERO	PÉRDIDAS MÁS COMPLICADAS
Hombres	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas de la capacidad y la salud física. • Pérdidas humanas: muerte de padres e hijos. • Jubilación. • Pérdida de “el-ser-en-el-mundo”.
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas de la capacidad y la salud física. • Pérdidas humanas: muerte de padres e hijos y pérdida del apoyo de la pareja. • Pérdida de “el-ser-en-el-mundo”.

Nota: Las categorías que aquí se incluyen son un esbozo representativo de las pérdidas que los participantes refirieron experimentar únicamente en la etapa de la adultez mayor. No se incluyen las otras fases del desarrollo.

Sobre la jubilación, fue sobre todo en los hombres en quienes tuvo un efecto negativo haber dejado su trabajo; en realidad, pocas de las mujeres entrevistadas trabajaban fuera del hogar:

«Me afectó en mi salud. En el trabajo ya me sentía muy agotado. Veía que me iba quedando atrás, dije “Ya no tiene caso”, y aunque me dijeron que me preparara para ese cambio, pues hice caso omiso de lo que me comentaron, pensando que la libertad sería para estar más a gusto, acostado más rato, y nunca fue así». (Andrés, 69 años).

Este participante había trabajado cuarenta y cuatro años como docente, y para él fue muy complicado dejar de laborar siete años atrás. Estaba acostumbrado al ritmo, la actividad y el horario. Señaló que para él andar sin reloj era como andar desnudo, porque como maestro siempre tenía que estar pendiente de la hora. De cierta manera había compensado el ya no ir a dar clases asistiendo todavía los lunes a honores a la bandera en alguna de las diferentes escuelas en las que laboró. También asistía a un grupo político en el que hablaban de temas actuales, y todavía los domingos se ponía a leer como si estuviera preparando el material para sus clases. En cierta forma, eso denota que aún no dejaba del todo su trabajo, pues seguía llevando a cabo actividades de cuando era profesor. Para él, la jubilación había incidido principalmente en

sus problemas de salud, pues sufría dolores de columna, y ahora que su actividad física se había reducido, resentía más ese padecimiento.

Asimismo, en la adultez mayor ocurre la pérdida de “el-ser-en-el-mundo”. Se halló similitud con los hallazgos de Rivera y Montero (2008), pues varias de las personas mayores entrevistadas dijeron que las épocas en la que vivieron su juventud y la actual eran muy distintas, principalmente en la práctica de ciertos valores y en la educación que les inculcaron.

Uno de los varones entrevistados dijo que a causa de una mala intervención quirúrgica casi había perdido la visión de uno de sus ojos, por lo que tuvo que adaptarse y dejar de manejar. Baltes y Baltes (1990) y Baltes y Dickson (2001) aluden a un proceso de compensación por el que, ante una pérdida o ausencia de algún recurso importante para lograr lo que se quiere, se adquieren o se reconstruyen nuevos medios para sustituir los que ya no están disponibles o que se han perdido; en el caso de este participante, había optado por utilizar otros medios de transporte al ya no poder conducir.

Uno de los resultados inesperados en esta fase del ciclo vital fue la insatisfacción marital de algunas de las mujeres participantes, manifestada sobre todo en una comunicación inadecuada, escasa

expresión de afecto y ausencia del apoyo de su pareja en su vida cotidiana:

«Con el cáncer, al principio sí estuvo mi esposo conmigo. Ya después de las quimios, en los controles, él ya no se interesó por saber qué me pasaba [...] La relación se va viendo diferente y se cambia por completo [...] Tú tienes tu pareja y tú dices “Él es el que debe estar conmigo; sabe que voy y sabe que vengo y no me pregunta a qué voy o que me dijeron”. Y tú dices: “Yo voy a vivir para mí y no me importa que no me apoye el que no debe de apoyarme”, porque uno siente que ni siquiera lo debe de pedir, y pues adelante: “Yo, yo”» (Nancy, 62 años).

Dicha participante había padecido cáncer y comentó que había sido un momento difícil en su vida, porque al principio pensaba que iba a morir. Durante el tratamiento, las personas que más la apoyaron fueron su esposo y una hermana, pero cuando pasó del tratamiento a las revisiones, aquél dejó de apoyarla; no la acompañaba ni le preguntaba acerca de ello. En una ocasión que lo confrontó le respondió que así era su forma de ser y que no iba a cambiar, de manera que ella asimiló paulatinamente el hecho de que aunque deseara el apoyo de su marido, en realidad ya no lo tenía, y por tanto se concentró en sí misma, en mostrar fortaleza y en superar el problema por sus propios medios.

Estos resultados se contraponen a los hallazgos de Villar, Villamizar y López (2005) y Arias y Pollizi (2011), quienes expresan que la satisfacción marital suele aumentar durante la adultez mayor debido a factores tales como una mejor comunicación, la superación de ciertas dificultades y un apoyo emocional constante.

DISCUSIÓN

Be, Whisman y Uebelacker (2013) explican que las diferencias de género en la percepción de la satisfacción marital podrían deberse a que a la mujer se le forma socialmente para ser más sensible

y atenta a la calidad de sus relaciones interpersonales. Por otra parte, la experiencia compartida por algunos padres que habían perdido a un hijo parece ser un hecho con el que seguían lidiando emocionalmente. Varios autores coinciden en que la muerte de un hijo constituye uno de los eventos más estresantes de la vida, misma que puede traducirse en un duelo más riguroso e intenso cuando se le compara con el que generan otras pérdidas humanas (Endo, Yonemoto y Yamada, 2015; Rando, 1985), y que incluso puede perdurar a través de toda la vida de los padres (Lichtenthal et al., 2010).

En conclusión, en el presente estudio se observó que las pérdidas de mayor impacto en 62% de las mujeres y 54% de los hombres participantes fueron principalmente la muerte de los progenitores durante la juventud, la adultez y la adultez mayor, así como el fallecimiento de un hijo en cualquier etapa de la vida (vivenciado por 27% de la población total). Se encontraron diferencias de género en el caso de la viudez y la pérdida del apoyo de la pareja, mismas que fueron pérdidas con mayor efecto en las mujeres, mientras que la jubilación y la pérdida de la libertad debida al matrimonio fueron los sucesos más significativos entre los hombres. No se hallaron diferencias significativas en cuanto al nivel socioeconómico de los participantes. Cabe subrayar que ante las numerosas pérdidas que habían experimentado, la mayoría de ellos mostraba un adecuado proceso de ajuste y adaptación.

El presente estudio tiene aplicaciones prácticas de gran relevancia. Al analizar las principales pérdidas de las personas mayores a lo largo de su vida, pueden comprenderse mejor las que ocurren actualmente para, de esta manera, proporcionar herramientas que hagan posible su mejor manejo y adaptación. Además, la presente investigación puede ser útil como un antecedente que permita un mayor conocimiento del campo abordado que facilite el acompañamiento y la intervención psicológica en esta población.

REFERENCIAS

- Arias, C. y Polizzi, L. (2011). La relación de pareja. Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(10), 49-71.
- Bagheri-Nesami, M., Rafii, F. y Oskouie, S.F. (2010). Coping strategies of Iranian elderly women: a qualitative study. *Educational Gerontology*, 36, 573-591. doi: 10.1080/03601270903324438.

- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.): *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Baltes, B. y Dickson, M. (2001). Using life-span models in industrial-organization psychology: The theory of selective optimization with compensation. *Applied Developmental Science*, 5(1), 51-62.
- Baltes, P., Lindenberger, U. y Staudinger, U. (1998). Life span theory in developmental psychology. En W. Damon y R. Lerner (Coords.): *Handbook of child psychology. Theoretical models of human development* (pp. 569-644). New York: Wiley.
- Be, D., Whisman, M.A. y Uebelacker, L.A. (2013). Prospective associations between marital adjustment and life satisfaction. *Personal Relationships*, 20, 728-739. doi: 10.1111/pere.12011.
- Bellamy, G., Gott, M., Waterworth, S., McLean, C. y Kerse, N. (2014). «But I do believe you've got to accept that that's what life's about»: Older adults living in New Zealand talk about their experiences of loss and bereavement support. *Health and Social Care in the Community*, 22(1), 96-103. doi: 10.1111/hsc.12069.
- Caserta, M., Utz, R., Lund, D., Swenson, K. y De Vries, B. (2014). Coping processes among bereaved spouses. *Death Studies*, 38, 145-155. doi: 10.1080/07481187.2012.738767.
- Consejo Nacional de Población (2014). *Proyecciones de la población 2010-2050*. México: CONAPO.
- Cruz, A., Jara, M. y Rivera, D. (2010). Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas mayores con trastornos depresivos. *Anales de Gerontología*, 6, 31-49.
- Damianakis, T. y Marziali, E. (2012). Older adults' response to the loss of a spouse: The function of spirituality in understanding the grieving process. *Aging & Mental Health*, 16(1), 57-66. doi: 10.1080/13607863.2011.609531.
- Dockendorff, D. (2014). Healthy ways of coping with losses related to the aging process. *Educational Gerontology*, 40, 363-384. doi: 10.1080/03601277.2013.822203.
- Endo, K., Yonemoto, N. y Yamada, M. (2015). Intervention for bereaved parents following a child's death: A systematic review. *Palliative Medicine*, 29(7), 590-604.
- Erikson, E. (1987). *Un modo de ver las cosas. Escritos selectos de 1930 a 1980* (Comp. S. Schlein). México: Fondo de Cultura Económica.
- Erikson, E. y Erikson, J.M. (1997). *The life cycle completed*. New York: Norton Co.
- Holland, J., Futterman, A., Thompson, L., Moran, C. y Gallagher-Thompson, D. (2013). Difficulties accepting the loss of a spouse: A precursor for intensified grieving among widowed older adults. *Death Studies*, 37, 126-144. doi: 10.1080/07481187.2011.617489.
- Krzemien, D., Urquijo, S. y Monchietti, A. (2008). Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: Rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognitiva en adultas mayores. *Anales de Psicología*, 24(2), 299-311.
- Lefrançois, G.R. (2001). *El ciclo de la vida* (6ª ed.). México: Ediciones Paraninfo/Thompson Learning.
- Li, H., Chi, I. y Xu, L. (2013). Life satisfaction of older Chinese adults living in rural communities. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 28(2), 153-165. doi: 10.1007/s10823-013-9189-2.
- Liu, W., Liu, H., Wei, D., Sun, J., Yang, J., Meng, J., Wang, L. y Qiu, J. (2015). Abnormal degree centrality of functional hubs associated with negative coping in older Chinese adults who lost their only child. *Biological Psychology*, 112, 46-55.
- Lichtenthal, W.G., Currier, J.M., Neimeyer, R.A. y Keese, N.J. (2010). Sense and significance: a mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 791-812. doi: 10.1002/jclp.20700.
- Montes de O., V. y Macedo de la C., L. (2013). Las redes sociales como determinantes de la salud. En L. M., Gutiérrez y D. Kershenovich (Coords.): *Envejecimiento y salud. Una propuesta para un plan de acción* (2ª ed.) (pp. 121-129). México: Instituto Nacional de Geriátrica.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Madrid: Paidós.
- Oramas, J. (2014). A case study on adjustment to divorce among older Hispanic adults in Miami-Dade, Florida. *Journal of Multidisciplinary Research*, 6(1), 65-84.
- Oviedo S., S., Urdaneta C., E., Parra F., F.M. y Marquina V., M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 215-219.
- Rando, T.A. (1985). Bereaved parents: Particular difficulties, unique factors and treatment issues. *Social Work*, 30(1), 19-23.
- Rivera, A. y Montero L., M. (2009). Escala de Estructura de Pérdidas en el Adulto Mayor. En A. L. González-Celis (Comp.): *Evaluación en psicogerontología* (pp. 31-46). México: El Manual Moderno.
- Stefani, D. (2004). Gender and coping in old age. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 22, 109-125.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Madrid: Paidós.
- Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo y M. Sánchez (Dirs.): *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp.17-43). Madrid: Pearson/Prentice-Hall.
- Villar, F., Villamizar D., J. y López C., S. (2005). Los componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relaciones de pareja de larga duración. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 40(3), 166-177.

ANEXO

GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

En el caso de las personas que asistían al club social:

¿Podría hablarme un poco sobre el club social? ¿Hace cuánto tiempo viene? ¿Por qué decidió comenzar a asistir a este club social? ¿Qué actividades son las que más le gustan? ¿Cuándo viene? ¿Cómo se siente?

En el caso de las personas que no asistían al club social:

¿Podría hablarme un poco sobre su vida? ¿Cómo es un día común, desde que se levanta hasta que se acuesta?

INFANCIA

- ¿Podría platicarme sobre su niñez, de aquellos momentos importantes que le dejaron huella?
- ¿Podría hablarme sobre su lugar de nacimiento y en dónde vivía cuando era niño(a)?
- ¿Y sobre sus padres?
- Lugar que ocupa entre sus hermanos y su relación con ellos.
- Reglas y tradiciones de su familia.
- ¿Cómo era su relación con sus amigos?
- ¿Podría hablarme sobre su escuela y sus compañeros?
- ¿Qué personas fueron las que le brindaron más apoyo cuando era niño(a)?
- ¿Qué problemas tuvo principalmente? ¿Y cómo se enfrentó a ellos?
- ¿Cuáles son los recuerdos más bonitos que tiene de su infancia?
- ¿Y los más desagradables? ¿Hay alguno que le haya dolido más que otro o le haya causado más sufrimiento?
- ¿Qué aprendió de esa experiencia?
- ¿Qué consecuencias tiene eso en estos momentos de su vida?
- ¿Había algo que la preocupara en especial cuando era niño(a)?
- ¿Qué cosas o personas perdió cuando era niño(a)?
- Describa un poco más.
- ¿Qué pensó, sintió o hizo?
- ¿Cómo salió adelante?
- ¿Qué cosas obtuvo cuando era niño(a), es decir, habilidades, experiencias o enseñanzas?
- ¿Dejó de tener algo que era importante para usted?
- ¿Se mudó de casa?
- ¿Tuvo algún cambio de escuela?
- ¿Hubo algún cambio en el estado o en el país que influyera en su vida de alguna manera? (Contexto).

ADOLESCENCIA

- ¿Qué cambios físicos, emocionales o en su forma de ser experimentó?
- ¿Cómo vivió el paso de la niñez a la adolescencia?
- ¿Cuáles eran sus pasatiempos?
- ¿Podría hablarme sobre sus amigos de esa época?
- ¿Y sus relaciones amorosas?
- ¿Cómo era el ambiente en su escuela?
- ¿Qué maestros tuvo que fueran significativos en su vida?
- ¿Y sus padres?

- ¿Qué cosas obtuvo cuando era adolescente que antes no tenía?
- ¿Qué fue lo que perdió y dejó de lado?
- ¿Qué problemas importantes tuvo y cómo los resolvió?
- ¿Tenía alguna preocupación cuando era adolescente?
- ¿Cuáles son los recuerdos más bellos que guarda de esta etapa?
- ¿Y los más difíciles o desagradables?

JUVENTUD

- ¿Cuáles eran sus planes y metas en la vida?
- ¿Cómo fue que eligió su carrera u oficio?
- Respecto al trabajo, ¿cuál fue su primer empleo? ¿Tuvo otros trabajos?
- ¿Cuáles fueron sus logros y fracasos en el área profesional?
En caso de que sea alguien que no cuente con una carrera:
- ¿Cómo se siente con su oficio o trabajo en el hogar? ¿Le gusta hacerlo?
- ¿Qué le gustaba hacer en su tiempo libre?
- ¿Cómo era la relación con sus amigos?
- ¿Podría hablarme sobre las parejas que tuvo en ese tiempo?
- ¿Cómo fue que conoció a su esposo(a)?
- ¿Podría hablarme más sobre su matrimonio?
- ¿Qué cosas obtuvo cuando era joven que antes no tenía?
- ¿Qué fue lo que perdió?
- ¿Había algo que la preocupara?, ¿qué era?
- ¿Cuáles son los recuerdos más bellos que guarda de esta etapa?
- ¿Y los más difíciles o desagradables?

ADULTEZ

- ¿Podría hablarme sobre los eventos o acontecimientos que mayor impacto tuvieron en su vida?
- ¿Qué podría decirme sobre su familia?
- ¿Qué pasó respecto a su trabajo?
- ¿Cuáles considera que fueron sus mayores logros en general?
- ¿Qué cosas o personas importantes para usted perdió en esa época? ¿Qué fue lo que perdió o ha perdido?
- ¿Qué problemas o situaciones difíciles se le presentaron en esta época?
- ¿Cómo salió adelante?
- ¿Con quién contaba cuando tenía un problema o situación difícil?
- ¿Qué cosas obtuvo como adulto(a) que antes no tenía?
- ¿Cuáles son los recuerdos más bellos que guarda de esta etapa?
- ¿Y los más difíciles o desagradables?

ADULTEZ MAYOR

- ¿A qué cambios se ha enfrentado en este momento de la vida en que se encuentra?
- En esta etapa de su vida, ¿qué cree que puede perder?
- ¿Y qué cosas cree que pueden ganarse?
- Desde su experiencia personal, ¿qué cosas que no tenía antes posee ahora?
- ¿Y cuáles ha perdido?
- En estos momentos de su vida, ¿ha perdido algo o a alguien?
- ¿Qué le ayudó a salir adelante, a adaptarse?
- ¿Qué suele hacer cuando se enfrenta a un problema o situación difícil?

- ¿Podría hablarme de las principales personas que lo apoyan y están ahí para usted cuando lo necesita?
- (En caso de que hable de enfermedad) Ahora que enfermó ¿qué pensó, que sintió y qué hizo?
- ¿Cuáles son los recuerdos más bellos que guarda de esta etapa?
- ¿Y los recuerdos más difíciles o desagradables?
- ¿Hay algo que le preocupe actualmente?
- Si tuviera que enlistar los acontecimientos y logros más importantes de su vida, ¿cuáles serían?
- ¿Qué cosas ha aprendido de su vida?

Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario

Evaluation of compliance of the mental health guide for perinatal grief care in the hospital setting

María Esperanza Durán-Flórez¹ y Diana Marcela Casallas-Murillo²

Citación: Durán F., M.E. y Casallas M., D.M. (2019). Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. *Psicología y Salud*, 29(1), 91-102.

RESUMEN

La muerte perinatal representa el inicio de un proceso de duelo que afecta las esferas física, emocional y social del núcleo familiar, principalmente de los padres. *Objetivo:* Evaluar el cumplimiento de las fases que componen la guía de atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario a través de una lista de chequeo y una entrevista a las madres en duelo, teniendo en cuenta la percepción subjetiva de las mismas respecto a cada fase de la atención brindada. *Materiales y método:* En este estudio exploratorio, prospectivo, analítico y de tipo mixto se obtuvo una muestra de nueve pacientes de la Clínica Universitaria Colombia, quienes fueron atendidas por duelo perinatal. Se evaluó el cumplimiento de la guía mediante una lista de chequeo como instrumento de verificación durante el proceso; además, por medio de una entrevista semiestructurada, se tuvieron en cuenta las percepciones de las pacientes sobre el proceso de apoyo brindado en el ámbito hospitalario por los profesionales tratantes. *Resultados:* Se llevó a cabo un análisis cualitativo y otro cuantitativo, de acuerdo con las categorías establecidas, con la finalidad de proponer recomendaciones para el manejo de esta población que pudiesen facilitar ajustes posteriores de la citada guía. *Discusión:* Es importante llevar a cabo procesos de evaluación de la atención hospitalaria en conjunto con las pacientes y los profesionales de la salud, lo que conduce a lograr aportaciones positivas a la retroalimentación y el mejoramiento continuo en un problema tan sensible como el duelo perinatal.

Palabras clave: Guía; Salud mental; Duelo; Atención perinatal.

ABSTRACT

Perinatal death represents the beginning of a grieving process which impacts on the physical, emotional and social spheres of the family nucleus, specially the parents. Objective: To evaluate the compliance with the phases that make up the perinatal grief care guide in the hospital environment, through a checklist and interview to bereaved mothers, including the subjective perception of women, with respect to each phase of care provided. Materials and method: It is an exploratory, prospective, analytical, mixed type study. Participants were nine patients obtained from the University Clinic Colombia, treated between June and August 2016 for perinatal grief. The evaluation of compliance with the guide was carried out; using a checklist as a verification tool during the process. In addition, a semi-structured interview collected perceptions of patients of the support process provided in the hospital professionals. Results: Qualitative and quantitative analysis of categories, led to proposing recommendations in the management of this population, which may in turn contribute to adjustments for the guide. Conclusion: It is important to carry out evaluation processes on hospital care, in conjunction with patients and health professionals, which generates positive feedback and continuous improvement in a subject as sensitive as perinatal grief.

Keywords: Guide; Mental health; Grief; Perinatal care.

¹ Clínica Universitaria Colombia, Calle 22B, Núm. 66-46, Bogotá, Colombia, tel. (57)31-25-88-04-79, correo electrónico: meduran@colsanitas.com. Artículo recibido el 15 de enero y aceptado el 7 de junio de 2018.

² Universidad El Bosque, No 131 A, Ak. 9 # 131 a 2, Bogotá, Colombia, tel. (57)30-07-81-45-00, correo electrónico: dmcasallas@unbosque.edu.co.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es un constructo mediado por creencias y factores socioculturales de la persona, de su núcleo más cercano y de la sociedad, por lo que se convierte en un concepto que varía constantemente dependiendo del tiempo, el lugar y el contexto en que ocurre; por ello, la mujer embarazada tiene diferentes concepciones de su situación a partir de representaciones de carácter personal y experiencias individuales, lo que le hace posible estar vinculada en mayor o menor grado con el feto (Bello, 2016).

A lo anterior se suma la construcción de ideales sobre el futuro bebé a través de cambios que responderán a los nuevos planes y roles, generando la relación entre los padres y el hijo durante el periodo intrauterino, por lo que cualquier impacto negativo durante el proceso del embarazo afectará la salud emocional del núcleo familiar, especialmente de la madre (García y Yagüe, 1999).

De acuerdo con las condiciones médicas de la mujer en estado de embarazo, es posible iniciar tratamientos enfocados a estabilizarla, procurando así la supervivencia del feto; sin embargo, en ciertas situaciones tales intervenciones médicas no podrán cumplir el objetivo, por lo que, acto seguido, ocurrirá la muerte del feto o el neonato; es en estos momentos, cuando los familiares afectados tienen reacciones de profundo dolor, las que en ocasiones pueden llegar a ser un evento traumático que se acompaña de otros tipos de emociones de difícil manejo (Gold, Dalton y Schwenk, 2007).

Las muertes ocurridas durante los periodos fetal y neonatal se clasifican según criterios clínicos internacionales, de tal manera que en el primer periodo se considera la muerte fetal, que incluye abortos –que son pérdidas fetales de peso menor de 500g hasta la vigésimo-segunda semana de gestación– y mortinatos, con peso mayor a 500g y que ocurren después de la referida semana de gestación. Además, se encuentran las muertes neonatales, que a su vez se dividen en muertes neonatales tempranas, que se producen desde el nacimiento hasta los primeros siete días, y muertes neonatales tardías, que van desde los siete hasta los veintiocho días luego del nacimiento. En con-

junto, engloban las muertes perinatales (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

De acuerdo con cifras entregadas o reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015a), en el año 2015 ocurrieron 303,000 muertes maternas en el mundo asociadas a complicaciones en la gestación; 2.7 millones de neonatos fallecieron durante el primer mes de vida, y cifras similares corresponden a mortinatos. En relación al panorama nacional, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2016a, 2016b), en ese mismo año hubo 4,364 muertes neonatales y 46,129 muertes fetales, esto es, 49,116 muertes perinatales. Lo anterior pone de manifiesto que la cifra de padres afectados emocionalmente por la muerte de sus hijos representa cerca del doble del número de muertes perinatales, sin contar con otros familiares, como los abuelos o hermanos, que de igual forma atraviesan por el duelo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016), el duelo es un proceso que involucra factores emocionales que se hacen presentes luego de una pérdida; dichas reacciones remiten generalmente, sin que sean consideradas como un trastorno psicológico, si bien son las personas con síntomas intensos quienes acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud para recibir atención mental. Derivado de lo anterior, se describe al duelo como un fenómeno “normal”, no asociado en principio a patologías, aunque puede convertirse en un duelo “complicado” si se torna permanente o surgen durante éste alteraciones psicopatológicas de gran intensidad (Medina, 2015). Según los criterios diagnósticos del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), dichas dificultades en el proceso de adaptación a la pérdida tienen una prevalencia de 2.4 a 4.8%, con una ocurrencia mayor en las mujeres, quienes generalmente están en riesgo de desarrollar un trastorno de duelo complejo y persistente.

En consecuencia, el duelo implica una mayor susceptibilidad de los familiares afectados para sufrir enfermedades físicas y mentales, además de una mayor vulnerabilidad a morir entre los padres luego de la pérdida (Li, Precht, Mortensen y Olsen, 2003).

Para evaluar algunos aspectos relacionados con la intensidad del duelo perinatal, Hutti et al. (2018) validaron una escala que permite diagnosticar síntomas depresivos y ansiedad luego de tres meses desde la pérdida. Este tipo de instrumentos ayudan a los equipos de salud a detectar mujeres en duelo perinatal que requieran la intervención en salud mental para controlar riesgos emocionales severos.

Al ocurrir la muerte perinatal o neonatal, es posible que los padres manifiesten sentimientos de culpa, frustración, ideas de injusticia o castigo, y en el largo plazo complicaciones que pueden desencadenar enfermedades psicológicas y emocionales, con un mayor riesgo durante los primeros dos años después de la pérdida. Dichos síntomas pueden estar presentes no solo en los padres, sino también en otros integrantes de la familia o en personas cercanas (Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina, 2009).

Aunque la reacción frente a una pérdida es única y se vivencia de manera distinta en virtud de que las sensaciones que la acompañan son personales e intransferibles, se han encontrado reacciones similares en el momento en que ocurre la muerte perinatal, cuando en el primer momento son generalmente los padres quienes sufren crisis como respuesta a la ruptura homeostática al no disponer de mecanismos de afrontamiento que generen una respuesta oportuna y la restauración del equilibrio, lo que a su vez tiene resultados conductuales, emocionales, cognitivos y biológicos (Rabelo, 2010). Es entonces cuando debe comenzar la intervención en salud mental dentro del ambiente hospitalario, que en el primer momento está a cargo de médicos, parteras profesionales o enfermeras, pues de ellos depende la atención ginecobstétrica de emergencia durante el embarazo y el posparto y su consecuente manejo, así como, en caso de presentarse complicaciones en la salud materna, la remisión a otros profesionales (Fescina, De Mucio, Ortiz y Jarquín, 2012).

El tratamiento posterior al egreso generalmente no incluye la atención psicológica (Geller, Psaros y Kornfield, 2010). Boelen, Keijser, van den Hout y van den Bout (2007) indican que dichas intervenciones dirigidas a los problemas relacionados con el duelo tienen efectos benéficos sobre

la tristeza y la preocupación, sobre todo si se realizan poco tiempo después de ocurrida la pérdida (cf. Sanz, García y Carbajo, 2014). No obstante que la OPS (2011) recomienda que las acciones en el área de la salud mental deben estar principalmente destinadas a la atención temprana de psicopatologías o desórdenes adaptativos que puedan afectar el bienestar y calidad de vida de pacientes en la etapa de gestación con o sin complicaciones, en la actualidad se interviene escasamente en el área de salud mental, y tampoco hay estudios que reporten la atención dada a los padres que atraviesan por el duelo perinatal (Kersting, Kroker, Schlicht, Baust y Wagner, 2011).

El apoyo brindado por los profesionales de la salud es un factor de gran importancia en el proceso de duelo de la familia, y su función se basa en actuar como guías que contribuyan a la toma de decisiones debido a la complejidad de la situación, además de proveer la información médica que soliciten los padres. La relación médico-paciente es de gran importancia, toda vez que a causa de diversas interacciones dañinas se pueden ocasionar consecuencias negativas a largo plazo en el duelo. En la misma línea, el abordaje de salud mental a cargo de profesionales de medicina y psiquiatría se fundamenta en la necesidad de brindar el asesoramiento necesario sobre la pérdida y el impacto que ésta tendrá en el futuro, realizar el seguimiento del estado emocional que acompaña al duelo, intervenir en la reducción de dicho malestar (Nikčević, Kuczmierczyk y Nicolaidis, 2007) y, en caso de haber complicaciones de orden psiquiátrico, hacer uso de medicación (Lacasse y Cacciatore, 2014).

San Lazaro, Meaney, McNamara y O'Donoghue (2017) realizaron una revisión sistemática de los efectos de las intervenciones en mujeres embarazadas que habían padecido el duelo perinatal. En sus conclusiones proponen intervenciones psicológicas luego de la pérdida como un elemento importante para lograr el bienestar emocional en un nuevo embarazo.

Para el manejo del duelo perinatal se han publicado algunos protocolos y guías centradas en ciertos aspectos ginecobstétricos, como el *Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline 55*, del Real College of Obstetricians

and Gynecologists (2010) o la *Guía clínica de abordaje de duelo perinatal*, de Duarte, García y Mejías (2012). En lo relacionado con la salud mental, se han elaborado recomendaciones sobre la atención intrahospitalaria en los casos de muerte perinatal o neonatal; por lo tanto, es importante profundizar en los aspectos emocionales sobre los que se debe intervenir (Gold et al., 2007).

Por lo anteriormente expuesto, el objetivo de este trabajo fue evaluar el cumplimiento de las fases que componen la guía de atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario a través de una lista de chequeo y entrevista a las madres en duelo, teniendo en cuenta la percepción subjetiva de las mujeres respecto a cada fase de la atención brindada.

MÉTODO

Como un intento para ampliar la perspectiva epidemiológico-social (Muñoz, 2013), se realizó un estudio exploratorio, analítico, prospectivo, de tipo mixto en el que se combinan métodos cuantitativos y cualitativos para evaluar aspectos biomédicos y sociales, mismo que fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas. La metodología cuantitativa tuvo en cuenta si se cumplen o no los primeros auxilios psicológicos, definidos por la OMS (2012) como “un modo práctico y humano para ayudar y apoyar a nuestros semejantes en graves situaciones de crisis [...] pensado para personas que tienen la posibilidad de ayudar a otras que han experimentado un hecho extremadamente angustiante”. La evaluación de la atención psicológica intrahospitalaria y psicológica de consulta externa se efectuó a través de un análisis de frecuencias. Los resultados relacionados con el cumplimiento de los componentes de la guía se presentan porcentualmente. El análisis de los datos cualitativos se hizo a través de la teoría fundamentada, en la cual se trabaja con entrevistas y basándose en la recolección y análisis sistemáticos de datos empíricos, sin ninguna teoría o hipótesis inicial (Hernández, 2014). Se establecieron categorías a priori y emergentes para la clasificación de la información.

Asimismo, se obtuvieron resultados del análisis mixto, en los que los datos cualitativos y cuan-

titativos se cruzaron para determinar la percepción de las pacientes respecto al proceso de cumplimiento de la guía. Todas las participantes firmaron un formato de consentimiento informado.

Participantes

Participaron nueve mujeres en duelo perinatal (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016), asistentes a la institución, quienes acudían a consulta psicológica posterior a su egreso. Se excluyó a mujeres que solicitaron la interrupción voluntaria del embarazo.

Instrumentos

Guía de Atención en Salud Mental para Duelo Perinatal. Es este un instrumento no validado, diseñado en la Clínica Universitaria Colombia en 2009 y que forma parte de los elementos de abordaje del servicio de salud mental. Tiene en cuenta tres fases, la primera de las cuales es la emergencia obstétrica, en la que médicos y enfermeras llevan a cabo los primeros auxilios psicológicos (OMS, 2012) e interconsultan de manera prioritaria con el servicio de psicología. La segunda es la intervención de psicología, donde se hace la intervención en crisis. Aquí, el profesional de salud mental evalúa exhaustivamente cada factor que influye en el estado emocional de la persona, además de que establece y verifica un plan de seguimiento que dé respuesta inmediata a la situación de complejidad que enfrenta la persona (Slaikeu, 1996). Por último, la tercera fase corresponde al seguimiento posterior al egreso de la paciente del servicio de psicología, utilizándose para tal fin la terapia breve. Hewitt y Gantiva (2009) consideran esta fase como una estructura terapéutica cuya finalidad es establecer la manera en que los pacientes perciben su problemática para que asuman actitudes enfocadas al cambio; dicha terapia se enfoca en el presente y es de corta duración, con un máximo de cinco sesiones cuya finalidad es estabilizar a la paciente, evaluando para ello los posibles riesgos que pongan en peligro su salud física, emocional, social o espiritual.

Lista de chequeo. Para establecer el cumplimiento de la guía y las percepciones de las madres en duelo perinatal, se utilizó una lista de chequeo,

que es un cuestionario que permite determinar la presencia, ausencia, estado o condición de la variable a observar (Álvarez, 2009). Incluye los componentes de la citada guía, donde la paciente refiere durante la entrevista si las actividades incluidas en la misma se llevaron a cabo durante el proceso de atención hospitalaria. Teniendo en cuenta que se trató de un estudio exploratorio, fue una lista y no una escala, por lo que se hizo un

análisis de frecuencias, sin obtener medidas de consistencia interna.

Entrevista semiestructurada. A través de dicha entrevista se obtuvieron las percepciones de las pacientes. Estas entrevistas muestran una gran flexibilidad porque incorporan preguntas preestablecidas que pueden ajustarse a las personas entrevistadas (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013) (Tabla 1).

Tabla 1. Ejemplo de criterios utilizados en la lista de chequeo y la entrevista semiestructurada.

LISTA DE CHEQUEO			ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA		
Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)	Psicología intrahospitalaria	Psicología Consulta Externa	Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)	Psicología Intrahospitalaria	Psicología Consulta Externa
Malas noticias	Intervención en crisis	Número de citas cumplidas	¿Quién le dio la noticia?	¿La atención psicológica fue oportuna?	Otros factores de estrés asociados al duelo
Pudo preguntar	Atención por Psicología antes del parto	Atención en el primer mes después de la pérdida	¿Estuvo alguien de su familia acompañándola?	¿La atención de Psicología fue eficaz?	Estrategias de afrontamiento de la paciente
Ofrecieron apoyo	Atención por Psicología antes del egreso	Síntomas depresivos	¿Cómo le dieron la noticia?	¿Le ofreció estrategias para enfrentar la situación? Rituales	Control de síntomas depresivos y ansiosos
Permitieron acompañante	Egresos con cita programada	Síntomas ansiosos	¿Qué cambios plantea cuando tengan que dar este tipo de noticias?	¿Le dio elementos de apoyo emocional para el regreso a casa?	¿Cómo se siente con la intervención psicológica?

Procedimiento

Tras identificar a las pacientes de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron aquellas que deseaban participar, haciéndoseles la intervención en salud mental siguiendo la guía de duelo perinatal. Se llevó a cabo el control posterior a su egreso, y por medio de la entrevista semiestructurada se facilitó al entrevistador una mejor comprensión del curso del duelo perinatal; además, la paciente pudo expresarse sobre el episodio, facilitando con ello la expresión emocional. Para obtener una información más veraz, se audiógraban las sesiones para luego transcribirlas, lo que constituyó la base del análisis cualitativo. Asimismo, se aplicó la lista de chequeo revisando si se habían cumplido sus elementos: primeros auxilios psicológicos en la urgencia ginecoobstétrica, atención intrahospitalaria por Psicología (lo que se confirmó con una nota en la historia clínica) y

citas posteriores al egreso, lo que se verificó mediante la revisión del sistema de citas y la historia clínica. Cada elemento se valoró mediante cinco preguntas, respuestas de “sí” y “no”, obteniéndose el porcentaje de cumplimiento de cada fase y el global.

RESULTADOS

Las pacientes, mujeres en duelo perinatal, reportaron edades de entre 20 y 35 años. La duración del embarazo en el que se encontraban al momento de la pérdida fue de 22 a 35 semanas.

A continuación, se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos.

En lo relacionado con resultados los cuantitativos, el porcentaje de cumplimiento de la guía de duelo perinatal en cada fase fue como sigue: en primeros auxilios psicológicos las pacientes muestra-

ron que se cumplió en 83%; los ítems que consideraron incumplidos fueron los correspondientes al tiempo insuficiente del equipo médico al momento de dar la noticia (tres de las pacientes) y la manera inadecuada para informarles la pérdida del embarazo (en dos de ellas), generalmente por el empleo de un lenguaje muy técnico.

En la segunda fase, la atención intrahospitalaria por Psicología, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 86%. En este aspecto, las causas por las cuales no se cumplió dicha fase correspondieron a la demora de respuesta por parte de dicho servicio (tres mujeres no recibieron la atención inmediata después de recibida la noticia) y el nulo beneficio de la intervención. En la tercera, la consulta posterior al egreso, se obtuvo 100% de cumplimiento; de hecho, se dieron consultas a las

nueve mujeres del estudio, a seis de ellas de manera inmediata y a las otras tres después de veinte días de su egreso de la clínica. En esta fase se realizaron las entrevistas semiestructuradas y las listas de chequeo. Finalmente, los resultados indican que el cumplimiento total de la guía fue de 86%.

En cuanto a los resultados cualitativos de acuerdo con los relatos de las pacientes, estos se analizaron según cada una de las fases de la guía de duelo perinatal, para lo que se implementaron categorías presentes en los temas más frecuentes en cada fase, según lo obtenido en las entrevistas semiestructuradas. Para el análisis, se establecieron códigos con esas categorías, siguiendo para ello las recomendaciones de Saldaña (2009). En la Tabla 2 se presenta un ejemplo de tal codificación.

Tabla 2. Ejemplo de la codificación para el análisis cualitativo.

CÓDIGOS			PREGUNTAS RELACIONADAS
CÓDIGO 1	ETIQUETA	PAP	¿Cómo le dieron la noticia? ¿Quién le dio la noticia? ¿Qué sintió cuando le dieron la noticia? ¿Cómo reaccionó cuando le dieron la noticia?
	DEFINICIÓN	Momento en el que se informa la muerte o la inminente muerte del feto.	
	SUBCATEGORÍA	Malas noticias.	

En la categoría de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) se planteó la subcategoría “Malas noticias” porque en esta etapa de la atención es necesario informar a las pacientes sobre las complicaciones en su estado de salud o en el del feto. Al realizar el proceso de análisis, es posible evidenciar otras subcategorías subyacentes: “sentir”, “decir”, “hacer”; las cuales corresponden a la forma en cómo las mujeres enfrentan su situación.

En la subcategoría “Sentir” las pacientes informaron dos tipos de reacciones: fisiológicas y emocionales. Por una parte, presentaron reacciones fisiológicas ajustadas a las percepciones adquiridas por medio de los sentidos que dan cuenta de un eventual riesgo. Las pacientes informaron no “escuchar” (en el sentido de audición) el latido de su bebé; “sentir” (tacto) sus movimientos; “ver” (visión) sangre o líquido y “oler” (olfato) un flujo fétido. «La ginecóloga me atiende, me hace tacto, me hace una ecografía y me mira a la bebé; me hace tacto y me huele. Dice: “El tacto huele a fétido”. Me hacen un monitoreo con el ecógrafo, no ve señales de vida, se cerciora de que la bebé no tiene movimiento del corazoncito, que no hay

nada. Luego dice la ginecóloga que no, que no hay movimientos de nada. Cuando ya descarta todas sus inquietudes, me dice:”Mamá, su bebé ya está muerta”». (Mujer 5, 25 años, 34 semanas). Vinculado a lo anterior, en cuanto a las reacciones emocionales, se evidencia una reacción de llanto acompañada de tristeza por el proceso que atraviesan, incluso acompañado de aceptación por “presentimientos”. Otras pacientes comentan un estado de shock e incredulidad en el que refieren estar “guardando la esperanza” de que su bebé nazca vivo: “Yo guardaba la esperanza de que la niña estuviera viva, y no, ya la expulsé, y no, no dio señales de vida” (Mujer 3. 28 años, 20 semanas).

En la subcategoría “Decir” es posible establecer los factores “personas” y “noticia”. Al referirse a “personas”, las pacientes identifican dos actores al momento de recibir la noticia: el médico y su pareja y padre del bebé. Las mujeres encuentran en su pareja a su acompañante principal. En relación con el factor “noticia”, hacen mención a lo referido por su médico sobre la complicación física que se relaciona con la muerte fetal o neonatal.

En la subcategoría “Hacer” aparecen dos momentos claros en que la mujer se sitúa, un antes y un después de la noticia. Antes de conocer el fallecimiento, las mujeres dicen haber sido enviadas a procedimientos diagnósticos, como exámenes de laboratorio, ecografías, monitoreo fetal y otros con la finalidad de establecer el curso de la actual complicación, o la búsqueda de certeza sobre el óbito o la futura muerte neonatal. En relación a las acciones tomadas luego del nacimiento, las mujeres comentan el procedimiento realizado, y además la presencia o ausencia de dolor físico, para luego decidir si envían el cuerpo al servicio de patología para llevar a cabo la autopsia.

Continuando en la categoría de primeros auxilios (PAP), aparece otra subcategoría correspondiente a las redes de apoyo, alusivas a la necesidad de la persona de ponerse en contacto con sus familiares o amigos o buscar otro tipo de apoyo social (OMS, 2012). Las mujeres identifican principalmente a tres actores que brindan apoyo social durante el proceso. En primer lugar, sus familiares (con mayor frecuencia el padre del bebé), que otorgan principalmente un apoyo emocional e instrumental durante la estancia hospitalaria y que permanecen la mayor parte del tiempo en la clínica tras la noticia hasta el egreso de la paciente. Por otra parte, los profesionales de medicina y psicología y el apoyo informativo recibido: “La psicóloga me ayudó en el hecho de informarme qué podía hacer, porque obviamente yo ni sabía que iban a hacer con mi bebé: ¿botarlo? Ella me dijo lo que iban a hacer. El que más nos ayudó fue el primer médico, [que] nos dijo cómo pudo haber sido, las posibilidades, que no éramos los únicos, y la revisó y nos mostraba todo” (Mujer 3, 28 años, 20 semanas).

Finalmente, en la categoría PAP se halla la subcategoría de acciones enfocadas a la prevención y protección de otros daños, las cuales contribuyen a disminuir otros factores de estrés que pueden generar malestar emocional o experiencias traumáticas adicionales (National Child Traumatic Stress Network, 2006), y también el uso de técnicas basadas en evidencia, las cuales influyen positivamente en la elaboración del duelo. Durante la estancia hospitalaria, las mujeres identificaron las acciones tomadas por parte del equipo de salud enfocadas al control de la situación durante

el nacimiento y luego de éste. Comentaron cómo se encontraba constituido el personal hospitalario, resaltando los profesionales de enfermería y ginecobstetricia. Algunas mujeres refieren cierto malestar por el número de estudiantes que asistían al momento de valoración y seguimiento médico: “Esperé y esperé, y ahí empezó todo el proceso. Entraban como estudiantes, iban, pasaban ¡y ya!... Después, los médicos empezaron a tratar de descartar lo que estaba pasando. Ya como al segundo día llegaron los médicos de alto riesgo y con un montón de estudiantes. Eso sí, llegaron y me miraron” (Mujer 9, 32 años, 24 semanas).

En términos generales, comentaron haberse sentido seguras con los procesos médicos realizados, aunque en ocasiones manifestaron percibir demora en la atención. Tras el nacimiento, las pacientes relataron el contacto que tuvieron con su bebé. Aunque no todas decidieron cargarlo o siquiera verlo, fue esa la recomendación dada por parte de los profesionales a cargo. Las experiencias de tal situación se basan completamente en la percepción sensitiva, táctil y visual: “La cargué. Es más, cuando me la pasaron aún estaba viva; entonces, cuando yo la cogí, lo que hice fue llamar a la enfermera y decirle que llamara a un médico, que ella estaba viva, y ella me decía que no, que no se podía hacer nada, que no iba a resistir. Le hablé a mi bebé, le conté todo lo que me había pasado. Yo la sentía ahogada; estaba moradita. La vi, la besé, la abracé, la tuve y luego ella se quedó ahí” (Mujer 1, 30 años, 21 semanas).

En la categoría de “Atención psicológica intrahospitalaria” se tiene implementada la intervención en crisis por parte del profesional de salud mental, la cual se enfoca en el psicodiagnóstico y acompañamiento para el soporte emocional. No todas las mujeres recibieron acompañamiento durante la etapa de crisis en razón de que algunas no lo consideraron necesario. Las que lo recibieron expresaron que dicho apoyo tuvo resultados positivos y refirieron estar mejor preparadas para afrontar el suceso luego del egreso hospitalario. Una paciente se mostró reactiva frente al proceso. Expresó: «Durante los tres días que estuve hospitalizada [...] yo estaba como errada; no quería escuchar a nadie, no quería que nadie me diera condolencias y yo estaba muy mal. Sentía que todo el mundo venía a decirme: “¡Ay, qué pesar!

Se murió su bebé”, y como que tiene uno la llaga abierta y le echan sal. Eso entonces era lo que yo sentía» (Mujer 2, 35 años, 39 semanas).

Aquellas que no fueron atendidas de inmediato debido a que ciertos recursos no estaban disponibles los fines de semana, por el horario nocturno durante la urgencia o por la elevada amenaza a la vida materna o fetal que requería proceder con prontitud, expresaron el deseo de haber dispuesto de dicha asistencia en salud mental en su momento. “Me hubiera gustado que desde ahí hubiera estado alguien, independientemente de mi familia, porque necesitaba ese apoyo moral, pero nunca [lo hubo] Pero sí me hubiera gustado que alguien estuviera ahí [para] ayudarme a tomar decisiones más correctas “ (Mujer 5, 25 años, 34 semanas).

Otra fase de la atención por Psicología es la relacionada con el seguimiento, cuya finalidad es brindar soporte emocional y acompañamiento en cada parte del proceso de duelo; además, es aquí donde se establece la necesidad de continuar en consulta externa para llevar a cabo la intervención y prevenir complicaciones en la salud mental. Las nueve mujeres recibieron atención psicológica previa a su egreso hospitalario.

Finalmente, respecto a la atención psicológica posterior al egreso, las pacientes comentaron su percepción acerca de la atención recibida, las instalaciones y el actuar profesional. Fue posible evidenciar ciertas barreras para asistir a consulta externa para continuar la intervención psicológica. Una de las pacientes que acudió después de veinte días de su egreso hospitalario comentó: “No deseo recordar lo sucedido o volver a la clínica” (Mujer 2, 35 años, 39 semanas).

Como resultado, las pacientes opinaron sobre el trato recibido por parte de los profesionales de salud; por una parte, algunas tuvieron dificultades en la comunicación y otras no lograron identificar errores durante el proceso. “A mí me daba mucha rabia que unos dijeran una cosa y otros [...] otra cosa. Obviamente, había unos casos en los que estaban descartando situaciones. Supongo que estaban haciendo eso: descartando un diagnóstico, y así...” (Mujer 2, 35 años, 39 semanas). Sin embargo, la mayor parte de las mujeres que no hallaron dificultades durante la atención por parte de los profesionales son las que fueron intervenidas en los quince días siguientes a su egreso de la clínica.

En el marco del análisis mixto de la información, se correlacionan los datos cuantitativos que muestran dificultades para el cumplimiento total de los criterios establecidos, en conjunto con los resultados cualitativos que contienen las percepciones de las mujeres respecto a la atención brindada en cada fase.

Así, en la fase PAP las pacientes puntuaron bajo en las preguntas y expresaron que los médicos se centraban en la atención médica, las complicaciones o la demora en el trabajo de parto. Otro aspecto que tuvo una baja puntuación fue el poco tiempo destinado a responder dudas; de hecho, las inquietudes que tenían las mujeres no fueron resueltas en su totalidad.

En cuanto a la fase de atención psicológica intrahospitalaria, algunas de ellas no recibieron atención en crisis debido a que la urgencia ginecológica no permitió el manejo por Psicología. En una de las pacientes no fue posible encontrar la razón por la cual no contactó el servicio en ese momento. En la misma línea, dos pacientes refirieron que la intervención por Psicología no tuvo efecto alguno en su estado emocional.

Respecto a la fase final de la consulta externa por Psicología, a la totalidad de las pacientes se les hizo un seguimiento posterior a su egreso hospitalario. El estudio reveló algunas barreras para continuar el proceso psicológico en consulta externa, pues algunas pacientes señalaron sentir malestar por los recuerdos sobre lo vivido, evitaron asistir a la clínica o mostraron resistencia a hablar sobre lo sucedido.

DISCUSIÓN

En esta investigación se logró establecer un cumplimiento promedio de 83% de los criterios propuestos en la guía de duelo perinatal. Los factores que contribuyeron a que no se lograra su cumplimiento cabal tienen que ver con dificultades en el manejo de los primeros auxilios psicológicos a todas las pacientes en duelo, las demoras en la atención y, en la consulta posterior al egreso, la inasistencia de la paciente en duelo.

En el caso de los primeros auxilios psicológicos, algunas pacientes manifestaron una relación distante con su médico tratante, en especial al momento

de darles la noticia. Por ende, se debe procurar un entrenamiento dirigido a dichos profesionales enfocado en la comunicación con las pacientes, y haciendo uso de herramientas validadas, como es el caso del protocolo EPICEE, el cual permite al médico un manejo metódico al momento de dar una mala noticia (Buckman, 1992); además, es indispensable fomentar en ellos el contacto asertivo, libre de juicios y procurando evitar el uso de terminología médica. Adicionalmente, el profesional de salud debe saber contener las reacciones físicas y emocionales propias del estado de crisis, y canalizar a la persona al servicio de psicología de manera oportuna.

Molina (2016) confirma los hallazgos del presente estudio al subrayar el insuficiente entrenamiento del profesional de medicina en lo concerniente a la comunicación que establece con sus pacientes, lo cual a su vez puede estar vinculado a la formación académica con la que cuenta, ya que los contenidos curriculares correspondientes a esa temática no son uniformes en todas las instituciones universitarias (Rivera, Veres, Rego y Túñez, 2016), lo que fomenta actuar de manera subjetiva y a partir de experiencias personales previas, por lo cual es importante que el profesional se capacite para obtener las habilidades esperadas para abordar situaciones de alta complejidad.

Así, gran parte de mujeres refirieron haber percibido demoras en la atención dada por los profesionales de salud, factor que afecta la relación médico-paciente, por lo que es importante comunicar a las mujeres el motivo del retraso a fin de reducir la incertidumbre ante el proceso, lo que no implica que esta única estrategia vaya a generar una satisfacción inmediata en la totalidad de las pacientes; como lo señalan Salvador, Millán, Téllez, Pérez y Oliver (2013), el factor de espera se encuentra relacionado con la atención integral recibida, por lo que es necesario realizar ajustes de fondo en la organización de las instituciones de salud con la finalidad de procurar una mayor calidad en el servicio que se ofrece a las pacientes.

Durante la estancia hospitalaria, los profesionales de salud se convierten en una de las principales redes de apoyo; en efecto, el equipo multidisciplinar desempeña una importante función para la paciente, por lo que se debe asegurar un contexto que permita una interacción empática y

amable (González, 2006), factor que se considera esencial en cada fase de la guía propuesta.

Al considerar el papel de los profesionales de salud, se debe procurar evitar otras situaciones que generen traumas en las mujeres. Por ejemplo, los relatos evidencian cierto malestar relacionado con las visitas que hacían los médicos en compañía de grandes grupos de estudiantes. Es aquí donde es importante considerar planteamientos como el expuesto por Orellana, Olmos, Rojas y Rebolledo (2011), relacionados con la sobreexposición del paciente en los hospitales docentes por el número de estudiantes que se hallan en proceso de práctica, lo que produce el agotamiento de los pacientes y la pérdida de la intimidad, por lo que los mencionados autores recomiendan hacer uso de formatos de consentimiento informado verbal siempre que se lleve a cabo un procedimiento médico en compañía de alumnos como parte de la labor docente.

El rol de la clínica en cuanto a la prevención de daños mayores se enfoca en la política de humanización plasmada en las recomendaciones de la OMS (2015b) para el parto humanizado, destinadas a garantizar el respeto a los derechos humanos, la dignidad de las mujeres y el mantenimiento de normas éticas y de seguridad en la práctica clínica. Entre esas recomendaciones sobresale el alivio del dolor y el acompañamiento permanente durante el trabajo de parto, así como el contacto entre los padres y el hijo fallecido, por lo que es necesario preguntar a aquellos sobre su deseo de verlo y sostenerlo en los brazos, ya que muchos tienden a manifestar ideas relacionadas con el arrepentimiento por no haberlo hecho; sin embargo, siempre es una decisión que deben tomar los padres, sin sentirse obligados a ello (Neril, 2012).

Al hacer referencia a la intervención psicológica durante la estancia hospitalaria, varias mujeres no recibieron acompañamiento por Psicología durante la etapa de crisis debido a la intervención médica inmediata necesaria para salvar la vida de la madre. Por esta razón, se debe procurar la intervención psicológica a la mayor brevedad posible para solventar dicha falta. Geller et al. (2010) analizó el tratamiento que las mujeres recibían luego de una pérdida, hallando que, en general, no incluye el apoyo emocional y psicosocial, y cuando existe, las pacientes refieren insuficiencias. La propuesta

de Hutti et al. (2018) es valiosa en el caso de este tipo de pacientes no solo por la valoración mediante instrumentos, sino por el tiempo que proponen después de la pérdida. Por lo anterior, es indispensable continuar dicha atención, y de esta manera brindar apoyo teniendo en cuenta las reacciones inmediatas del duelo, tan potencialmente traumáticas para la mujer (Engelhard, van den Hout y Arntz, 2001).

En el presente estudio se encontró que una mujer no deseaba recibir atención psicológica, por lo cual es importante enfatizar que la paciente es la única que puede decidir si desea continuar o no con dicho acompañamiento.

Finalmente, al realizar el seguimiento posterior al egreso de estas pacientes aparecen diversas barreras que pueden influir en sus percepciones sobre la atención por Psicología, considerándola en algunos casos innecesaria, intimidante o incluso alarmante, sobre todo en el caso de quienes manifiestan poder lograr en el futuro un apropiado control emocional sin necesidad de apoyo, así como de quienes manifiestan evitación emocional y experiencial, por lo que es necesario realizar acercamientos oportunos luego de un mes de la atención hospitalaria. Como indican Lacasta, Limonero, García y Barahona (2014) en su estudio sobre la atención que brindan grupos enfocados en el duelo, el primer seguimiento generalmente lo realizan al mes, luego a los tres meses, o bien periódicamente a partir del mes de ocurrido el evento. En el mismo sentido, San Lazaro et al. (2017) señalan la importancia de llevar a cabo intervenciones después de un aborto como un elemento importante para brindar apoyo emocional en futuros embarazos. Por ello, se recomienda que las pacientes reciban esa atención en un sitio donde se sientan seguras, pues la estimulación pro-

pia de la clínica puede desencadenar una elevada reacción emocional; por consiguiente, algunos profesionales están incursionando en el campo de la intervención cognitivo-conductual por medio de herramientas virtuales (Eisma et al., 2015), e incluso por otros medios, como el seguimiento telefónico, lo que puede reducir los síntomas depresivos (Neugebauer et al., 2007). Así, es importante examinar qué opciones se le pueden ofrecer a las pacientes para que puedan ser atendidas en aquellos casos en que se les dificulta acercarse a la clínica.

Durante la investigación se encontraron limitaciones respecto al tamaño de la muestra y el tipo de muestreo para el análisis cuantitativo; sin embargo, al recuperar el relato de las pacientes se dispone de información cualitativa valiosa, a lo que se suma el análisis mixto, que permite correlacionar resultados.

En conclusión, al hacer referencia a otros interrogantes que surgen a raíz del presente estudio, se plantea la necesidad de conocer las barreras que puede encarar el profesional de salud, mismas que afectan negativamente su acercamiento a las pacientes en duelo.

La guía de atención en duelo perinatal se constituye como un instrumento útil para el personal de salud, tal como lo plantean las pacientes incluidas en este trabajo. Respecto a lo concerniente a la labor del servicio de Psicología, se constata que es necesario en todo el proceso, ya sea intrahospitalario o externo, porque ayuda al bienestar emocional de las pacientes. Por último, el cumplimiento de la guía permite mejorar procesos de retroalimentación y a la vez brindar mayor calidad y calidez en la atención durante una pérdida perinatal.

REFERENCIAS

- Álvarez, F., y Álvarez, A. (2009). *Auditoría médica y epidemiología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, DC: APA.
- Bello, R. (2016). Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir del análisis del discurso. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, MUSAS*, 1(1), 63-81.
- Boelen, P., Keijsers, J., van den Hout, M. y Van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277-284. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.277.

- Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health care professionals*. Baltimore, MD: John Hopkins.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2016a). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Defunciones de menores de un año por grupos de edad y sexo, según departamento de año 2015*. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2016b). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Defunciones fetales por área y sexo, según departamento de ocurrencia, total nación año 2015*. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/5579-defunciones-fetales-2014-preliminar>.
- Díaz B., L., Torruco G., U., Martínez H., M. y Varela R., M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Duarte, L., García, S. y Mejías M., C. (2012). *Guía clínica de abordaje en duelo perinatal*. Madrid: Bubok Publishing.
- Eisma, M., Boelen, P., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H., Lancee, J. y Stroebe, M. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729-748. doi: 10.1016/j.beth.2015.05.007.
- Engelhard, I., van den Hout, M. y Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 62-66. doi: 10.1016/S0163-8343(01)00124-4.
- Fescina, R., De Mucio, B., Ortiz, E., Jarquín, D. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Lima: Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI). Recuperado de <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/782/CLAP1594.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- García, C. y Yagüe, A. (1999). Duelo perinatal. *Revista de Enfermería*, 10, 17-20. Recuperado de <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2010/revista10.pdf>.
- Geller, P., Psaros, C. y Kornfield, S. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 111-124.
- Gold, K., Dalton, V. y Schwenk, T. (2007). Hospital care for parents after perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 109(5), 1156-1166. doi: 10.1097/01.AOG.0000259317.55726.df.
- González, R. (2006). La relación equipo de salud-paciente-familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011&lng=es&tyng=es.
- Hernández, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210.
- Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: Una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Hutti, M.H., Myers, J.A., Hall, L.A., Polivka, B.J., White, S., Hill, J., Grisanti, M., Hayden, J., y Kloenne, E. (2018). Predicting need for follow-up due to severe anxiety and depression symptoms after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, Jan 31. Recuperado de pii: S0884-2175(18)30003-0. doi: 10.1016/j.jogn.2018.01.003.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Protocolo de vigilancia en salud pública, mortalidad perinatal y neonatal tardía 2016*. México: INSP. Recuperado de http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion_Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal.pdf.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., Baust, K. y Wagner, B. (2011). Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: Pilot data from a randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 14(6), 465-477. doi: 10.1007/s00737-011-0240-4.
- Lacasse, J. y Cacciatore, J. (2014). Prescribing of psychiatric medication to bereaved parents following perinatal/neonatal death: an observational study. *Death Studies*, 38(9), 589-596.
- Lacasta, M., Limonero, J., García, A. y Barahonad, H. (2014). La atención al duelo en cuidados paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Medicina Paliativa*, 23(4), 192-198.
- Li, J., Precht, D., Mortensen, P. y Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361, 363-367. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12387-2.
- Medina, J. (2015). *Trauma psíquico*. Madrid: Ediciones Paraninfo, S.A.
- Ministerio de Salud de Colombia (1993). *Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Molina, M. (2016). *Propuesta de Intervención en habilidades de comunicación en médicos*. Trabajo inédito de grado. Elche (España): Universidad Miguel Hernández.
- Muñoz, C. (2013). Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(3), 218-223.
- National Child Traumatic Stress Network (2006). *Primeros Auxilios Psicológicos: Guía de Operaciones Prácticas* (2ª ed.). Recuperado de http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/spanish/1-primeros_auxilios_book_final_comp_guide.pdf.
- Neril, L. (2012). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá*, 31(1), 18-21.

- Neugebauer, R., Kline, J., Bleiberg, K., Baxi, L., Markowitz, J., Rosing, M. y Keith, J. (2007). Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depress Anxiety*, 24(3), 219-222.
- Nikčević, A., Kuczmierczyk, A. y Nicolaides, K. (2007). The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 283-290. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.04.004.
- Orellana P., C., Olmos O., J., Rojas D.V., J. y Rebolledo G., E. (2011). Sobreexposición de los pacientes en hospitales docentes: la experiencia en un servicio de medicina. *Persona y Bioética*, 15(1), 78-89.
- Organización Mundial de la Salud (2015a). *Mortalidad materna*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2015b). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_oms_parto_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44837/1/9789243548203_spa.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Salud mental perinatal*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28418>.
- Oviedo S., S., Urdaneta C., E., Parra F., F. y Marquina V., M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 215-219.
- Rabelo, J. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el trabajo social. *Documentos de Trabajo Social*, 47, 121-133.
- Rivera, A., Veres, E., Rego, F. y Túnnez, J. (2016). Análisis de la formación en comunicación y la relación médico-paciente en los grados de medicina en España. *Index. Comunicación*, 6(1). 27-51. Recuperado de <http://journals.sfu.ca/indexcomunicacion/index.php/indexcomunicacion/article/view/206/193>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010). *Late intrauterine fetal death and stillbirth. Green-top Guideline*, 55. Recuperado de https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf.
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Thousand Oaks: Sage.
- Salvador, F., Millán, J., Tellez, C., Pérez, C. y Oliver, C. (2013). Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. *Emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 25(3), 163-170.
- San Lazaro C., I., Meaney, S., McNamara, K. y O'Donoghue, K. (2017). Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *British Medical Journal*, 7(9). Recuperado de <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/622592/1/Psychological.pdf>.
- Sanz, J., García, I. y Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en salud mental: una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 115-133.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis, manual para práctica e investigación* (2ª ed.). México: El Manual Moderno.

La violencia relacional en la adolescencia: un análisis psicosocial

Relational violence in adolescence: A psychosocial analysis

Ana Romero-Abrio¹, María Elena Villarreal-González²,
Juan Evaristo Callejas-Jerónimo¹, Juan Carlos Sánchez-Sosa²
y Gonzalo Musitu¹

Citación: Romero A., A., Villarreal G., M.E., Callejas J., J.E., Sánchez S., J.C. y Musitu G. (2019). La violencia relacional en la adolescencia: un análisis psicosocial. *Psicología y Salud*, 29(1), 103-113.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar la violencia relacional entre iguales desde una perspectiva psicosocial, examinando variables familiares (funcionamiento y comunicación), sociales (reputación social –percibida e ideal– y actitud hacia la autoridad institucional) e individuales (malestar psicológico e ideación suicida), en adolescentes escolarizados. La muestra fue de 8,115 adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 16 años, del estado de Nuevo León (México). Se realizó un análisis de clúster bietápico y un análisis discriminante. Los resultados mostraron que los adolescentes con un índice mayor de violencia relacional que los no violentos se caracterizaron por tener una actitud más positiva hacia la transgresión de normas sociales, y mayores niveles de malestar psicológico, ideación suicida, comunicación problemática con los padres y reputación social no conformista (real e ideal). Se discuten estos resultados y sus implicaciones.

Palabras clave: Violencia relacional; Reputación social; Actitud hacia la autoridad; Funcionamiento familiar; Malestar psicológico.

ABSTRACT

The objective of the present study was to analyze peer relational violence from a psychosocial perspective. Relevant dimensions included family variables (family functioning/communication), social variables (social - reputation -perceived and ideal-, attitude towards institutional authority) and individual variables (psychological distress and suicidal ideation) in school-aged adolescents. The sample included 8.115 adolescents aged 11 to 16 years, from the northern State of Nuevo León (Mexico). A two-stage cluster and discriminant analyses revealed that adolescents with a higher rate of relational violence were characterized, in comparison to non-violent ones, by a greater positive attitude toward transgression of social norms, psychological distress, suicidal ideation, problematic communication with parents, and a non-conformist social reputation (real and ideal). These results and their implications are discussed.

Key words: Relational violence; Social reputation; Attitude towards institutional authority; Family functioning; Psychological distress.

INTRODUCCIÓN

La violencia escolar es un problema socioeducativo que perjudica gravemente el proceso de enseñanza-aprendizaje, así como las relaciones sociales en el aula (Steffgen, Recchia y Viechtbauer, 2013). De hecho, tiene un triple impacto en el funcionamiento de la escuela: desmotiva laboralmente al profesorado, genera en la institución escolar un abandono de sus objetivos prioritarios de enseñanza de

¹ Departamento de Educación y Psicología Social, Universidad Pablo de Olavide, Carretera de Utrera Km.1, 41013 Sevilla (España), tel. (0034)954-97-75-04, correo electrónico: aromabr@upo.es. Artículo recibido el 2 de octubre de 2017 y aceptado el 23 de enero de 2018.

² Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Dr. Carlos Canseco 110 y Dr. Eduardo Aguirre Pequeño, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L. (México), tel. (81)83-33-82-33 y (81)83-48-02-86.

conocimientos puesto que la atención recae en las medidas disciplinarias, y favorece asimismo el abandono de los objetivos de formación humana del alumnado al ponerse la atención en aquellos estudiantes que muestran más problemas de disciplina (Buelga, Martínez y Musitu, 2015; Debarbieux, 2006; Fernández-Baena et al., 2011; Moreno, Estévez, Murgui y Musitu, 2009; Musitu, 2013; Steffgen et al., 2013; Trianes, Sánchez y Muñoz, 2001).

El aumento de la frecuencia y gravedad de la violencia escolar en los centros educativos que se observa hoy día genera una gran preocupación social en muchos países, entre ellos México, donde los datos publicados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Gutiérrez et al., 2013) indican que la violencia en niños y adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 19 años se incrementó significativamente de 2006 a 2012 en más de 1.1% en varones y más de 2.2% en mujeres.

Con el objetivo de analizar el comportamiento violento, se utilizó en este trabajo la clasificación de violencia elaborada por Little, Henrich, Jones y Hawley (2003), en la que se hace una doble distinción de esta conducta: la que hace referencia a su forma (manifiesta vs. relacional) y la que atiende a sus funciones (reactiva vs. ofensiva o instrumental).

La violencia *manifiesta* se refiere a los comportamientos que implican una confrontación directa con otros con la intención de causarles un daño (por ejemplo, golpear, pegar, amenazar, etc.), en tanto que la violencia *relacional* alude a conductas que tienden a provocar un daño en el círculo de amistades de las personas, o bien a su percepción de pertenecer a un grupo (por ejemplo, propalar chismes y rumores, ignorar a alguien del grupo, etc.).

En cuanto a sus funciones, la acción *ofensiva* implica una conducta violenta sin que medie un estímulo que la desencadene; la acción *reactiva*, a su vez, supone una respuesta defensiva ante alguna provocación, en tanto que la acción *instrumental* implica un comportamiento deliberado de anticipación de beneficios controlado por refuerzos externos.

La mayor parte de los trabajos se han centrado en examinar el perfil de los adolescentes con problemas de violencia manifiesta, mientras que

el estudio de la violencia relacional, que implica una conducta más sutil y menos visible pero que tiene consecuencias tan negativas para el ajuste psicosocial como las derivadas de aquélla (Crick y Grotpeter, 1995; Guterman, Hahm y Cameron, 2002; Martin y Huebner, 2007; Storch y Masia-Warner, 2004), ha quedado tradicionalmente relegado en la literatura científica. Además, es necesario subrayar el hecho de que los adultos perciben la violencia relacional como menos perjudicial que la violencia manifiesta y, en consecuencia, goza al parecer de una mayor permisividad, fundamentalmente en el periodo de la adolescencia temprana, que va de los 12 a los 14 años (Underwood, Galen y Paquette, 2001).

En algunos estudios se ha puesto de manifiesto la relación existente entre las variables de ajuste psicosocial y la violencia relacional en la adolescencia. Es el caso de variables familiares tales como el funcionamiento, la comunicación y el clima familiar, las cuales se ha constatado que están vinculados con la conducta violenta manifiesta y relacional en los adolescentes (Castellano, 2005; Estévez, Musitu y Herrero, 2005a; Jiménez, Musitu y Murgui, 2005).

Por otra parte, en cuanto a las variables sociales se ha observado que el deseo o motivación por conseguir una reputación o reconocimiento social constituye un factor de riesgo para implicarse en un comportamiento antisocial y violento en esa etapa (Emler y Reicher, 1995; Moreno, Ramos, Martínez y Musitu, 2010). Este tipo de conductas podrían entenderse como una respuesta a la búsqueda de una determinada reputación social fundamentada en el respeto, el liderazgo, el poder en el grupo y el inconformismo (Carroll, Green, Houghton y Wood, 2003; Emler y Reicher, 2005). Además, parece ser que los adolescentes con dificultades conductuales tienen actitudes más desfavorables hacia la autoridad institucional propia de la escuela y otras instituciones, como la policía (Emler y Reicher, 2005; Estevez, Martínez y Musitu, 2006). Tal asociación entre las actitudes hacia los profesores y otras fuentes de autoridad institucional ha motivado que dicha variable se considere cada vez más importante en los estudios sobre violencia y clima escolar (Cava y Martínez, 2013).

Respecto a las variables individuales, se ha constatado que las víctimas de la violencia en la adolescencia manifiestan más síntomas depresivos y de ansiedad, y mayor malestar psicológico e ideación suicida que las que no la sufren (Cullerton-Sen y Crick, 2005; Putallaz et al., 2007; Sánchez-Sosa, Villarreal, Musitu y Martínez, 2010). Asimismo, se ha observado que una mayor percepción y exposición a la violencia en la adolescencia puede afectar el estado emocional de los sujetos, quienes pueden exhibir una sintomatología ansiosa o depresiva, asociada en ocasiones al uso de sustancias (Córdova, Rodríguez y Díaz, 2010; Pérez, Díaz y Fernández, 2014).

Teniendo en cuenta estos precedentes, en este trabajo se examinan variables psicológicas y sociales que se asocian con la violencia relacional en la adolescencia, teniendo como objetivos los siguientes: 1) analizar la relación existente entre variables familiares (funcionamiento y comunicación familiar) y la violencia relacional, 2) examinar la relación entre la violencia relacional y variables sociales, tales como la reputación social percibida e ideal, la actitud hacia la autoridad institucional (actitud positiva hacia la transgresión de normas sociales y hacia la autoridad institucional) y 3) estudiar la relación entre la violencia relacional y variables individuales, tales como el malestar psicológico y la ideación suicida.

Se parte de las siguientes hipótesis: a) Las variables familiares (funcionamiento familiar y comunicación problemática con los padres) presentarán una mayor saturación discriminante en el grupo de baja violencia relacional en la primera de ellas, y alta violencia en la segunda; b) Las variables sociales –tales como la reputación social (real e ideal) y el inconformismo– y la actitud positiva hacia la transgresión de normas sociales mostrarán una mayor saturación discriminante en los grupos de alta violencia relacional, y la actitud positiva hacia la autoridad institucional mostrará una mayor saturación discriminante en los grupos de baja violencia relacional, y c) Las variables individuales de malestar psicológico e ideación suicida presentarán una mayor saturación discriminante en los grupos de alta violencia relacional.

MÉTODO

Participantes

Para la selección de la muestra de este estudio *ex post-facto* explicativo y transversal se utilizó un muestreo estratificado proporcional en función de los centros educativos urbanos y suburbanos que constituían un universo de 984 centros en el estado de Nuevo León (México). El nivel de confianza fue de 90% y el coeficiente alfa de .05. La muestra seleccionada estuvo constituida por 118 planteles educativos (62 urbanos y 56 suburbanos), con un total de 8,115 alumnos, 51.5% de los cuales eran varones; de los participantes, 5,059 asistían a escuelas urbanas (62.3%) y 3,056 a escuelas suburbanas (37.7%). Las edades comprendidas oscilaron entre 11 y 13 años (4,384 [54.0%]) y entre 14 y 16 años (3,731 [46.0%]). Finalmente, en relación con el grado escolar, 2,882 (35.5%) de los participantes cursaban el primer grado; 2,743 (33.8%) el segundo y 2,490 (30.7%) el tercero. En este trabajo, los valores perdidos por escalas o subescalas se trataron mediante el método de imputación por regresión. La detección de valores atípicos univariantes se llevó a cabo mediante la exploración de puntuaciones estandarizadas, siguiendo para ello los criterios indicados por Hair, Anderson, Tatham y Black (1999).

Instrumentos

Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (APGAR) (Smilkstein, Ashworth y Montano, 1982).

Evalúa la cohesión y la adaptabilidad del funcionamiento familiar (e.g., “*Estás satisfecho(a) con el tiempo que tu familia y tú pasan juntos*”). Consta de cinco ítems con tres opciones de respuesta tipo Likert, con recorrido de 0 (“casi nunca”) a 2 (“casi siempre”). El coeficiente α de Cronbach obtenido para el presente estudio fue de .80. Los resultados del análisis factorial confirmatorio mostraron un buen ajuste del modelo a los datos (SB $\chi^2_2 = 40.4104$, $gl = 4$, $p < .001$, CFI = .996, RMSEA = .033 [.025, .043]).

Escala de Comunicación Padres-Hijos(PACS) (Barnes y Olson, 1982).

Evalúa la comunicación entre padres e hijos adolescentes. Se compone de dos subescalas: comunicación con la madre (desde la perspectiva del hijo o hija) y comunicación con el padre (también desde la perspectiva del hijo o hija). Ambas constan de 20 ítems, que se agrupan en dos dimensiones: *Comunicación abierta*, que consta de once ítems que hacen referencia a la comunicación positiva entre los padres y sus hijos, basada en la libertad, la comprensión y el libre intercambio de información (e.g., “Me presta atención cuando le hablo”), y *Comunicación ofensiva*, que incluye nueve ítems relativos a una comunicación negativa basada en la crítica y que no consigue los objetivos que pretende (e.g., “Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo”). El rango de respuesta oscila entre 1 (“nunca”) y 5 (“siempre”), tanto para la comunicación con el padre como con la madre. Los coeficientes α de Cronbach obtenidos fueron de .87 para la subescala de la madre y de .86 para la del padre. A través de un análisis factorial confirmatorio hecho mediante el método de máxima verosimilitud, se comprobó la estructura bidimensional de la escala, mostrando un buen ajuste a los datos (SB $\chi^2 2 = 2602.984$, $gl = 128$, $p < .001$, CFI = .953, RMSEA = .049 [.047, .050]).

Escala de Reputación Social (Carroll, Baglioni, Houghton y Bramston, 1999).

Consta de 15 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta (1 = “nunca” y 4 = “siempre”), los que miden la percepción real e ideal de la reputación social. En cada subescala se miden tres dimensiones: autopercepción no conformista (e.g., “Soy un(a) chico(a) rebelde”), autopercepción conformista (e.g., “Me llevo bien con los demás”) y autopercepción de la reputación (e.g., “Tengo buena fama”); *self* público ideal no conformista (e.g. “Me gustaría que lo demás pensasen que soy un(a) chico(a) rebelde”), *self* público ideal conformista (e.g., “Me gustaría que los demás pensasen que me llevo bien con los demás”) y *self* público ideal reputacional (e.g., “Me gustaría que los demás pensasen que tengo buena fama”). El coeficiente α de Cronbach para la subescala de reputación real es de .78, y para la subescala de reputación ideal de .75. Con la finalidad de corroborar la

estructura factorial de las subescalas, tanto para la reputación real como para la ideal, se realizaron análisis factoriales confirmatorios por medio del método de estimación de máxima verosimilitud, obteniendo un aceptable ajuste a los datos para la estructura factorial de reputación real (SB $\chi^2 2 = 979.6105$, $gl = 53$, $p < .001$, CFI = .935, RMSEA = .046 [.044, .049]) y para la de reputación ideal (SB $\chi^2 2 = 702.0556$, $gl = 55$, $p < .001$, CFI = .950, RMSEA = .038 [.036, .041]).

Escala de Malestar Psicológico (K10) (Kessler y Mroczek, 1994).

Este instrumento mide síntomas depresivos (e.g., “Con qué frecuencia te has sentido deprimido(a)”) y ansiedad (e.g., “Con qué frecuencia te has sentido inquieto(a) o intranquilo(a)”), que, en conjunto, proporcionan una medida de malestar psicológico. Consta de diez ítems con cinco opciones de respuesta: de 1 (“nunca”) a 5 (“siempre”). En la validación en población mexicana se encontró un coeficiente α de Cronbach de .90 y una estructura unifactorial (Terrez, Salcedo, Estrada, Romero y Sotres, 2011). En la presente investigación se obtuvo también una sola dimensión de la escala a través de un análisis factorial confirmatorio mediante el método de estimación de máxima verosimilitud, obteniéndose un buen ajuste a los datos (SB $\chi^2 2 = 512.3666$, $gl = 29$, $p < .001$, CFI = .981, RMSEA = .045 [.042, .049]).

Escala de Ideación Suicida (Roberts, 1980).

Se utilizó la adaptación para población mexicana de esta escala hecha por Mariño, Chaparro y González (1993). Mide los pensamientos y comportamientos suicidas (e.g., “Tenía pensamientos sobre la muerte”). Consta de cuatro ítems con opciones de respuesta tipo Likert con valores de 1 (0 días), 2 (1-2 días), 3 (3-4 días) y 4 (5-7 días), los que permiten conocer la ocurrencia de los síntomas en la última semana. En esta investigación, el coeficiente α de Cronbach fue de .84. Con la finalidad de confirmar la estructura unidimensional de la escala, se realizó un análisis factorial confirmatorio utilizando el método de máxima verosimilitud, el cual mostró un buen ajuste a los datos (SB $\chi^2 2 = 1.643$, $gl = 1$, $p = .19992$, CFI = .991, RMSEA = .009 [.000, .032]).

Escala de Actitudes hacia la Autoridad Institucional en Adolescentes (AAIA) (Cava, Estévez, Buelga y Musitu, 2013).

Esta escala está compuesta por dos subescalas: Actitudes positivas hacia la autoridad (e.g., “Los profesores son justos a la hora de evaluar”) y Actitudes positivas hacia la transgresión de normas (e.g., “Si una regla escolar no te gusta, lo mejor es saltársela”). Consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que van de 1 (“Nada de acuerdo”) a 4 (“Totalmente de acuerdo”), todos ellos relativos a la actitud de los adolescentes hacia el profesorado, la policía, las reglas escolares y la ley como sistemas normativos. El coeficiente α de Cronbach obtenido de dichas subescalas fue de .90 y .92, respectivamente. A efecto de comprobar la estructura factorial de la escala, en este estudio se hizo un análisis factorial confirmatorio, el cual mostró un buen ajuste a los datos (SB $\chi^2 = 318.4247$, $gl = 23$, $p < .001$, CFI = .976, RMSEA = .040 [.036, .044]).

Escala de Conducta Violenta Relacional (Little et al., 2003).

Se empleó la subescala de violencia relacional de la Escala de Conducta Agresiva. El instrumento mide comportamientos que implican agresiones de carácter social—como la exclusión o el aislamiento del grupo o la manipulación de las relaciones sociales del otro— mediante doce ítems y una escala tipo Likert, con rango de 1 (“nunca”) a 4 (“siempre”). La escala consta de tres dimensiones que evalúan distintos subtipos de violencia relacional: *pura* (e.g., “Soy una persona que trata con indiferencia a los demás o deja de hablar con ellos”), *reactiva* (e.g., “Cuando alguien me enfada, chismorreó o cuento rumores sobre esa persona”) e *instrumental* (e.g., “Para conseguir lo que quiero, no dejo que algunas personas formen parte de mi grupo de amigos”). Los coeficientes α de Cronbach obtenidos aquí para estas subescalas fueron de .76, .71 y .73, respectivamente. Con la finalidad de corroborar la estructura factorial, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio mediante el método de estimación de máxima verosimilitud, obteniéndose un ajuste aceptable a los datos (SB $\chi^2 = 191.8766$, $gl = 24$, $p < .001$, CFI = .956, RMSEA = .029 [.026, .033]).

Procedimiento

La planificación y desarrollo del proyecto fueron hechos entre la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Secretaría de Educación de la misma entidad. Una vez informados y concedidos los permisos, se administraron los instrumentos en los centros seleccionados, previo permiso de los padres y del alumnado. A los alumnos con problemas de lectura y comprensión se les administró el instrumento de forma individualizada y se les ofreció el apoyo necesario. La participación fue voluntaria y anónima, y un total de 19 estudiantes (.21%) rehusaron ser incluidos. El estudio cumplió con los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki en lo referente a la ética en la investigación con seres humanos.

Análisis de datos

Para determinar la relación entre la violencia relacional y las variables psicosociales (reputación real no conformista, reputación ideal no conformista, actitud positiva hacia la transgresión de normas sociales, actitud positiva hacia la autoridad institucional, funcionamiento familiar, comunicación problemática con los padres, malestar psicológico e ideación suicida), se realizó en primer lugar un análisis de conglomerados en dos fases, o bietápico, y de K medias, para agrupar a los sujetos de la muestra según la violencia relacional. Con el primer análisis de conglomerados se vio la calidad del conglomerado con tres clústeres, misma que fue buena, mientras que con el segundo análisis se agruparon los casos en esos tres clústeres. A continuación, se planteó un análisis discriminante para diferenciar a los grupos de alta y baja violencia relacional, calculados anteriormente en los conglomerados, a fin de apreciar las variables que ayudaban a diferenciarlos. Todos estos análisis se hicieron mediante el programa SPSS, versión 20.

En cuanto al tratamiento previo de los datos, se realizó un análisis exploratorio para observar si había errores en la codificación, valores perdidos o atípicos, así como su distribución. Para tratar los pocos datos o valores perdidos que se tenían, se reemplazaron por la media de la serie.

RESULTADOS

Análisis de clúster

El procedimiento bietápico utilizado para obtener agrupaciones naturales (clústeres) de un conjunto de datos que de otro modo no serían evidentes, permite lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y la mayor diferencia entre ellos. Este procedimiento tiene unas características únicas respecto a otros métodos de conglomeración, como son la generación automática del número óptimo de conglomerados, la posibilidad de formular modelos de conglomerados con variables tanto categóricas como continuas, y el trabajo con archivos de datos de gran tamaño, un aspecto muy importante en este trabajo. Las variables consideradas fueron la reputación real no conformista, la reputación ideal no conformista, la actitud positiva hacia la transgresión de normas sociales, la actitud positiva hacia la autoridad institucional, el funcionamiento familiar, la comunicación problemática con los padres, el malestar psicológico y la ideación suicida. Los conglomerados fueron tres: Baja violencia relacional (BVr), Moderada violencia relacional (Mvr) y Alta violencia relacional (AVr). El ajuste fue bueno al encontrarse en el intervalo .50-1. Una vez conocido el número de conglomerados obtenidos por el procedimiento anterior, se aplicó el de K medias para asignar casos al número de conglomerados obtenidos estadísticamente. Estas asignaciones se llevaron a cabo en función de las distancias entre los conglomerados y de las variables consideradas en el estudio. Otro aspecto interesante de este procedimiento es que se obtiene el estadístico F de la varianza.

La Tabla 1 muestra los centros de los conglomerados. El ANOVA de la conducta violenta relacional en la escuela y los tres conglomerados resultó significativo ($F[2, 8112] = 15476.618; p < .001$).

Tabla 1. Promedio en violencia relacional en los conglomerados finales y número de sujetos.

	Conglomerados		
	Baja violencia	Violencia moderada	Alta violencia
Centros finales	1.12	1.62	2.42
N	6,081	1,792	242

Análisis discriminante

Se llevó a cabo un análisis discriminante para observar las diferencias significativas entre los conglomerados a partir del conjunto de variables anteriormente descritas. Se utilizaron para ello los conglomerados 1 y 3, es decir, los que puntuaron más bajo y alto en violencia relacional, para así lograr una mejor comprensión de la capacidad discriminante de las variables. La prueba M de Box resultó significativa ($F[36.576996.849] = 13.874; p < .001$), por lo que se rechaza la igualdad entre las matrices de covarianzas. El coeficiente lambda de Wilks resultó significativo ($\chi^2 [8] = 569.413; p = .001$), por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las dos variables discriminantes. El coeficiente de correlación canónica fue de $\eta^2 = .294$, lo que se puede considerar un modelo válido para discriminar entre los dos grupos. La Tabla 2 muestra las coordenadas de la proyección del centroide de cada grupo sobre la función discriminante.

Tabla 2. Centroides de la función discriminante para cada grupo.

Grupo	Función 1
1. Baja conducta violenta	-.061
2. Alta conducta violenta	1.539

En la Tabla 3 se muestra la matriz de estructura con las variables ordenadas por su grado de correlación canónica (saturación) con la función discriminante. Se optó por considerar las saturaciones superiores a .30.

Tabla 3. Matriz de estructura.

Variables	Función 1
Reputación real no conformista	.81
Reputación ideal no conformista	.63
Actitud positiva a la transgresión de normas sociales	.54
Malestar psicológico	.54
Ideación suicida	.43
Comunicación problemática con padres	.43
Actitud positiva hacia la autoridad institucional	-.40
Funcionamiento familiar	-.32

Finalmente, para conocer en qué grado fue acertada la predicción, se presentan en la Tabla 4 los resultados de clasificación de los grupos de violencia relacional. Se observa que el modelo predi-

ce con acierto 81.4% de los casos. Así, pronostica correctamente a los alumnos con baja violencia relacional en 81.9%, y a los de alta violencia relacional en 69.4%.

Tabla 4. Resultados de la clasificación de los grupos de violencia relacional.

Original	Recuento %	Número inicial de casos ^a	Grupo de pertenencia pronosticado		Total
			Baja violencia	Alta violencia	
		Baja violencia relacional	4.98	1103	6,081
		Alta violencia relacional	74.0	168.0	242
		Casos desagrupados	1,071	721	1,792
		Baja violencia relacional	81.9	18.1	100
		Alta violencia relacional	30.6	69.4	100
		Casos desagrupados	59.8	40.2	100

^a Clasificados correctamente 81.4% de los casos agrupados originales.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como propósito llevar a cabo un análisis de la violencia relacional y su relación con diversas variables psicosociales, tanto familiares, como individuales y sociales.

El primer objetivo fue analizar la violencia relacional y su relación con variables familiares (el funcionamiento y la comunicación familiar). Los resultados muestran que el funcionamiento familiar presenta una mayor saturación discriminante en el grupo de baja violencia relacional, al igual que los problemas en la comunicación con los padres en los de alta violencia, lo que confirma la primera hipótesis. Un aspecto interesante de estos resultados es el hecho de que en la violencia relacional esas dimensiones familiares tienen un protagonismo similar al de la violencia manifiesta. Tales resultados son coherentes con recientes investigaciones que sostienen que la comunicación problemática con los padres durante la adolescencia puede ser un factor de riesgo de la violencia entre iguales (Trianes, 2000). Más específicamente, se ha observado que un buen funcionamiento familiar y más cohesión, apoyo, confianza e intimidad favorecen el ajuste conductual y psicológico de los hijos (Casas et al., 2004; Gracia y Musitu, 2000; Lila y Buelga, 2003); a la inversa, un déficit en estas dimensiones constituye uno de los factores de riesgo más directamente relacionados con los problemas de conducta violenta o de-

lictiva en los niños y adolescentes (Deković, Wis-sink y Meijer, 2004; Estévez, Musitu y Herrero, 2005b; Lambert y Cashwell, 2004; Smith, 2005).

El segundo objetivo del estudio consistió en examinar la violencia relacional y su asociación con variables sociales tales como la reputación social y la actitud hacia la autoridad institucional. Los resultados confirman que la reputación social (no conformista real e ideal) y la actitud positiva hacia la transgresión de normas sociales tienen una mayor saturación discriminante en el grupo de alta violencia relacional, y también que la actitud positiva hacia la autoridad institucional la tiene en el grupo de baja violencia relacional. Tales datos apoyan la segunda hipótesis y aportan evidencia científica a la idea de que la reputación del agresor y de la víctima, al igual que su pertenencia o no a determinadas categorías o grupos sociales, influye en la conducta violenta entre iguales adolescentes (Buelga, Musitu, Murgui y Pons, 2008; Correia, Vala y Aguiar, 2007). En este sentido, comportamientos violentos en el medio escolar (Putallaz et al., 2007), conductas delictivas (Buelga y Musitu, 2006; Emler y Reicher, 2005) y conductas disruptivas en el aula (Luthar y Ansary, 2005) son algunos comportamientos transgresores que al parecer hacen posible que los adolescentes sean reconocidos socialmente. También se ha observado en numerosos trabajos que los agresores son percibidos por sus iguales como figuras importantes en su grupo de pares (Hawley y Vaughn, 2003; Vaillan-

court, 2002), por lo que son populares y aceptados entre sus compañeros (Gini, 2006; Pellegrini y Long, 2002). Un aspecto que se considera aquí relevante y que debe subrayarse es que los adolescentes utilizan la violencia relacional con los mismos fines que la violencia manifiesta, esto es, obtener una mayor aceptación entre sus iguales y una mayor reputación social. Huelga decir que si bien son recursos disfuncionales, en el mundo de algunos adolescentes son operativos y funcionales.

Lo anterior no es una cuestión baladí. De hecho, debe subrayarse en los centros educativos y en los programas de formación de padres que no deben minimizarse las expresiones de la violencia relacional por sus efectos negativos en las víctimas y porque son una expresión de problemas de ajuste psicosocial en los jóvenes. Este es un aspecto que parece ser muy relevante pese a la escasa atención científica que ha recibido.

También se observó que la violencia relacional entre iguales se explica más por la insatisfacción personal respecto al status social que tiene el adolescente (reputación ideal) que por la reputación percibida (Estévez y Musitu, 2016). En efecto, como sugieren autores como Carroll et al. (2003) y Sussman, Unger y Dent (2004), a menudo los jóvenes obtienen popularidad y reconocimiento social entre sus pares por conductas que no transgreden las normas (por ejemplo en el deporte), lo que explica que una considerable reputación percibida no necesariamente constituye un factor de riesgo para la conducta violenta, pero sí el deseo de lograr una mayor reputación entre sus iguales.

Por último, y en relación al tercer objetivo, tal como se desprende de los resultados, el malestar psicológico y la ideación suicida presentan mayor saturación discriminante en el grupo de más alta violencia relacional, lo que coincide con los hallazgos de trabajos en los que se indica que tanto los agresores como las víctimas manifiestan más trastornos psicológicos que el común de los adolescentes (Carlson y Corcoran, 2001; Sánchez-Sosa et al., 2010); sin embargo, en otros trabajos se ha visto lo contrario (Estévez, Musitu y Herrero, 2005b) o bien una coocurrencia sumamente pequeña entre violencia y depresión (Garnefski y Diekstra, 1997; Kim et al., 2003). Esos resultados, a los que contradicen los obtenidos en este

trabajo, sugieren que el comportamiento violento no tiene que ser la consecuencia ni el origen directo de la depresión y el estrés (Estévez, Musitu y Herrero, 2005b); es más, se ha observado que la mayoría de los agresores exhiben un adecuado ajuste emocional (Brendgen, Vitaro, Turgeon, Poulin y Wanner, 2004). Es probable que esto se deba a su también adecuado ajuste social en la escuela y al apoyo que reciben de su grupo de iguales, factores que pueden alejarlos de la posibilidad de desarrollar una sintomatología depresiva. De cualquier manera, los presentes autores consideran de interés seguir investigando estos supuestos porque, como ya se ha visto, hay lagunas y divergencias científicas importantes. Además, también tendría interés científico explorar las diferencias existentes en el ámbito de la violencia relacional en términos del sexo y de la edad, aspectos que en esta investigación no se analizaron, pero que indudablemente ayudarían a entender mejor las relaciones entre la violencia relacional y las dimensiones abordadas en el estudio. Por ejemplo, en relación al sexo, en algunos estudios se ha constatado que la violencia relacional es una conducta más frecuente en las mujeres (Crick y Grotpeter, 1995; Nelson, Robinson y Hart, 2005), no así en otros (Putallaz et al., 2007). Sin embargo, se ha señalado que los varones son quienes ejercen violencia manifiesta y relacional con mayor frecuencia e intensidad que las mujeres (Carrascosa, Cava y Buelga, 2015).

Finalmente, a la luz de estos resultados se considera imprescindible que las familias y el profesorado dispongan de los recursos necesarios para detectar a tiempo cuándo es que los adolescentes están siendo víctimas de este tipo de violencia, cuya peculiaridad estriba en que no es una conducta observable. Es igualmente indispensable una necesaria y sólida formación profesional, una considerable sensibilidad en los agentes implicados y una imprescindible colaboración entre la familia y la escuela.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, su naturaleza transversal no permite establecer inferencias causales entre las variables analizadas. Para una mayor profundización, serán necesarias investigaciones longitudinales. Otra limitación se deriva de la utilización de autoinformes, pues las respuestas pueden estar sesgadas al ser el propio

sujeto quien informa de sus conductas y actitudes. En futuros trabajos sería conveniente disponer de diferentes informantes, así como de la percepción

de los padres y los profesores acerca de las conductas violentas de los adolescentes.

REFERENCIAS

- Barnes, H. y Olson, D. (1982). Parent adolescent communication scale. En D.H. Olson (Ed.): *Family inventories. Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (pp. 145-182). St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., Poulin, F. y Wanner, B. (2004). Is there a dark side of positive illusions? Overestimation of social competence and subsequent adjustment in aggressive and nonaggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(3), 305-320. Disponible en <https://doi.org/10.1023/B:JACP.0000026144.08470.cd>.
- Buelga, S. y Musitu, G. (2006). Famille et adolescence: Prévention de conduites à risque. En D. Jacquet, M. Zabalia y H. Lehalle (Eds.): *Adolescences d'aujourd'hui* (pp. 17-35). *Actes du XXIXème Symposium de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française*, 23-25 septembre 2004, Rennes: Université de Caen/Presses Universitaires de Rennes.
- Buelga, S., Martínez F., B. y Musitu, G. (2015). Family relationships and cyberbullying. En R. Navarro, S. Yubero y E. Larrañaga (Eds.): *Cyberbullying across the globe: Gender, family, and mental health* (pp. 99-114). Springer Eds. Disponible en https://doi.org/10.1007/978-3-319-25552-1_5
- Buelga, S., Musitu, G., Murgui, S. y Pons, J. (2008). Reputation, loneliness, satisfaction with life and aggressive behavior in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 192-200. Disponible en <https://doi.org/10.1017/S1138741600004236>.
- Carlson, M.J. y Corcoran, M.E. (2001). Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *Journal of Marriage and Family*, 63(3), 779-792. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00779.x>.
- Carrascosa, L., Cava, M.J. y Buelga, S. (2015). Actitudes hacia la autoridad y violencia entre adolescentes: diferencias en función del sexo. *Suma Psicológica*, 22(2), 102-109. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.sumps.2015.08.003>.
- Carroll, A., Green, S., Houghton, S. y Wood, R. (2003). Reputation enhancement and involvement in delinquency among high school students. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50(3), 253-273. Disponible en <https://doi.org/10.1080/1034912032000120444>.
- Carroll, A., Baglioni, A.J., Houghton, S. y Bramston, P. (1999). At-risk and not at-risk primary school children: an examination of goal orientations and social reputations. *The British Journal of Educational Psychology*, 69(3), 377-392. Disponible en <https://doi.org/10.1348/000709999157789>.
- Casas, A., Buxarris, M., Fuiguer, C., González, M., Tey, A., Noguera, E. y Rodríguez, J. (2004). Los valores y su influencia en la satisfacción vital de los adolescentes entre 12 y 16 años: estudio de algunos correlatos. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 3-23.
- Castellano, G. (2005). El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos. *Pediatría Integral*, 9(1), 41-46.
- Cava, M.J., Estévez, E., Buelga, S. y Musitu, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes hacia la Autoridad Institucional en Adolescentes (AAI-A). *Anales de Psicología*, 29(2), 540-548. Disponible en <https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.138031>.
- Cava, M.J. y Martínez, B. (2013). Violencia escolar entre iguales. En G. Musitu O. (Ed.): *Adolescencia y familia: nuevos retos del siglo XXI* (pp. 103-126). Mexico: Trillas.
- Córdova, A., Rodríguez, S. y Díaz, D.B. (2010). Bienestar subjetivo y calidad de vida en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(2), 147-162.
- Correia, I., Vala, J. y Aguiar, P. (2007). Victim's innocence, social categorization, and the threat to the belief in a just world. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 31-38.
- Crick, N.R. y Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66(3), 710-722. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x>.
- Cullerton-Sen, C. y Crick, N. R. (2005). Understanding the effects of physical and relational victimization: The utility of multiple perspectives in predicting social-emotional adjustment. *School Psychology Review*, 34(2), 147-160.
- Debarbieux, E. (2006). *Violence à l'école: un défi mondial?* Paris: A. Colin.
- Deković, M., Wissink, I.B. y Meijer, A.M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behaviour: Comparison of four ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 27(5), 497-514. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.06.010>.
- Emler, N. y Reicher, S. (1995). *Adolescence and delinquency: The collective management of reputation*. Malden, MS: Blackwell Publishing. Disponible en <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-97030-000>.
- Emler, N. y Reicher, S.D. (2005). Delinquency: cause or consequence of social exclusion. En D. Abrams (Ed.): *The social psychology of inclusion and exclusion* (pp. 211-244). Hoboken, NJ: Blackwell. Disponible en <https://doi.org/10.4324/9780203496176>.

- Estévez, E. y Musitu, G. (Coords.) (2016). *Intervención psicoeducativa en el ámbito familiar, social y comunitario*. Madrid: Paraninfo.
- Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005a). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89. Disponible en http://www.uv.es/lisis/estevez/estevez_salud.
- Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005b). The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: The role of parents and teachers. *Adolescence*, 40(157), 183-196.
- Estevez, E., Martínez, B. y Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: la perspectiva multidimensional. *Psychosocial Intervention*, 15(2), 223-232. Disponible en <http://www.psychosocial-intervention.org/ylang=en+ysecc=actual+yarticulo=53801>.
- Fernández B., F.J., Trianes T., M.V., Morena F. de la, M.L., Escobar E., M., Infante C., L. y Blanca M., M.J. (2011). Propiedades psicométricas de un cuestionario para la evaluación de la violencia cotidiana entre iguales en el contexto escolar. *Anales de Psicología*, 27(1), 102-108. Disponible en <http://revistas.um.es/analesps/article/view/113521/107511>.
- Garnefski, N. y Diekstra, R.F.W. (1997). "Comorbidity" of behavioral, emotional, and cognitive problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(3), 321-338. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10964-005-0005-3>.
- Gini, G. (2006). Bullying as a social process: The role of group membership in students' perception of inter-group aggression at school. *Journal of School Psychology*, 44(1), 51-65. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.12.002>.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Guterman, N.B., Hahm, H.C. y Cameron, M. (2002). Adolescent victimization and subsequent use of mental health counseling services. *Journal of Adolescent Health*, 30(5), 336-345. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00406-2](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00406-2).
- Gutiérrez J., P., Rivera D., J.A., Shamah-Levy, T., Villalpando H., S., Franco, A., Cuevas N., L. y Hernández Á., M. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales* (2ª ed.). Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante* (4a ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- Hawley, P.H. y Vaughn, B.E. (2003). Aggression and adaptive functioning: The bright side to bad behavior. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(3), 239-242. Disponible en <https://doi.org/10.1353/mpq.2003.0012>.
- Jiménez T., I., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: Efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36(2), 181-195.
- Kessler, R. y Mroczek, D. (1994). *Final version of our non-specific Psychological Distress Scale*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Kim, I.J., Ge, X., Brody, G.H., Conger, R.D., Gibbons, F.X. y Simons, R.L. (2003). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of depressive symptoms and conduct problems among African American children. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 571-583. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.571>.
- Lambert, S.F. y Cashwell, C.S. (2004). Preteens talking to parents: Perceived communication and school-based aggression. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 12(2), 122-128. Disponible en <https://doi.org/10.1177/1066480703261953>.
- Lila, M. y Buelga, S. (2003). Familia y adolescencia: el diseño de un programa para la prevención de conductas de riesgo. *Family and Adolescence: A Programme Design for Prevention of Risk Behaviour*, 1(1), 72-78.
- Little, T.D., Henrich, C.C., Jones, S.M. y Hawley, P.H. (2003). Disentangling the "whys" from the "whats" of aggressive behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 122-133. Disponible en <https://doi.org/10.1080/01650250244000128>.
- Luthar, S.S. y Ansary, N.S. (2005). Dimensions of adolescent rebellion: risks for academic failure among high- and low-income youth. *Development and Psychopathology*, 17(1), 231-250. Disponible en <https://doi.org/10.1017/S0954579405050121>.
- Mariño M., C., Chaparro J., J. y González, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 141-145.
- Martin, K.M. y Huebner, E.S. (2007). Peer victimization and prosocial experiences and emotional well-being of middle school students. *Psychology in the Schools*, 44(2), 199-208. Disponible en <https://doi.org/10.1002/pits.20216>.
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S. y Musitu, G. (2009). Reputación social y violencia relacional en adolescentes: El rol de la soledad, la autoestima y la satisfacción vital. *Psicothema*, 21(4), 537-542. Disponible en [https://doi.org/A Web of science](https://doi.org/A%20Web%20of%20science).
- Moreno, D., Ramos, M.J., Martínez F., B. y Musitu, G. (2010). Agresión manifiesta y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Summa Psicológica*, 7(2), 45-54. Disponible en <https://doi.org/10.18774/summa-vol7.num2-122>.
- Musitu, G. (Coord.) (2013). *Adolescencia y familia: nuevos retos en el siglo XXI*. México: Trillas.
- Nelson, D.A., Robinson, C.C., y Hart, C.H. (2005). Relational and physical aggression of preschool-age children: Peer status and linkages across informants. *Early Education and Development*, 16(2), 115-140. Disponible en https://doi.org/10.1207/s15566935eed1602_2.
- Pellegrini, A.D. y Long, J.D. (2002). A longitudinal study of bullying, victimization, and peer affiliation during the transition from primary school to middle school. *British Journal of Developmental Psychology*, 20, 259-280. Disponible en <https://doi.org/10.3102/00028312037003699>.

- Perez I., V., Díaz N., D.B. y Fernández C., C. (2014). Percepción de la violencia social en estudiantes mexicanos de educación media, usuarios y no usuarios de sustancias. *Psicología y Salud*, 24(2), 255-268.
- Putallaz, M., Grimes, C.L., Foster, K.J., Kupersmidt, J.B., Coie, J.D. y Dearing, K. (2007). Overt and relational aggression and victimization: Multiple perspectives within the school setting. *Journal of School Psychology*, 45(5), 523-547. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2007.05.003>.
- Roberts, R.E. (1980). Reliability of the CES-D scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*, 2(2), 125-134. Disponible en [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(80\)90069-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(80)90069-4).
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal G., M.E., Musitu, G. y Martínez F., B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287. Disponible en <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a8>.
- Smilkstein, G., Ashworth, C. y Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311.
- Smith, P. (2005). Violencia y acoso escolar: factores de riesgo familiares. En J. Sanmartín (Coord.): *Violencia y escuela* (pp. 59-76). Valencia (España): Centro Reina Sofía.
- Steffgen, G., Recchia, S. y Viechtbauer, W. (2013). The link between school climate and violence in school: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 300-309. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.12.001>.
- Storch, E.A. y Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27(3), 351-362. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.003>.
- Sussman, S., Unger, J.B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 9-25.
- Terrez B., E.V., Salcedo V., V., Estrada C., R., Romero J., P. y Sotres J., C. (2011). Validación de la Escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 34(4), 323-331.
- Trianes M., V. (2000). *La violencia en contextos escolares*. Málaga: Aljibe.
- Trianes M., V., Sánchez S., A. y Muñoz S., Á. (2001). Educar la convivencia como prevención de violencia interpersonal: perspectivas de los profesores. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 41, 73-93.
- Underwood, M.K., Galen, B.R. y Paquette, J.A. (2001). Top ten challenges for understanding gender and aggression in children: Why can't we all just get along? *Social Development*, 10(2), 248-266. Disponible en <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00162>.
- Vaillancourt, T. (2002). Competing for hegemony during adolescence: A link between aggression and social status. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 62(8-A), 2684. Disponible en <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&yD=psyc4&yNEWS=N&yAN=2002-95003-042>.

Cáncer y depresión: una revisión

Cancer and depression: A review

Rosario Fátima Diz Ramírez¹, Alberto Garza de la Cruz²,
Elivier Kristina Olivas Verduzco³, José Guadalupe Montes Esqueda⁴
y Guadalupe Selene Fernández Luciano⁵

Citación: Diz R., R.F, Garza C., A., Olivas V., E.K., Montes E., J.G. y Fernández L., G.S. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124.

RESUMEN

El objetivo del presente escrito es mostrar el estado actual de la cuestión relativa al vínculo entre cáncer y depresión. Para llevarlo a cabo, se hizo una búsqueda limitada a artículos arbitrados publicados de 2012 a 2017 en las bases de datos EBSCO, RedALYC y Google Académico mediante la unión de las palabras “cáncer” y “depresión”, sin filtro alguno en cuanto al idioma, por lo que se tomaron en cuenta artículos en español e inglés, principalmente. Se obtuvo un total de 25 artículos viables para los fines de esta investigación, los cuales se analizaron, extractaron y clasificaron en categorías. La información aquí presentada se estructuró en forma de ensayo y en secciones específicas a fin de dar orden y coherencia a las aportaciones de los distintos autores. Así, dichas secciones abordan la definición del término “cáncer” y la prevalencia de esta enfermedad en México y en el mundo; algunos datos hallados en diversas investigaciones hechas acerca de la comorbilidad entre cáncer y depresión; las características clínicas de la depresión, sus causas y consecuencias en pacientes oncológicos; la evaluación de la depresión en dichos pacientes y, por último, los tratamientos para los síntomas depresivos, divididos en dos modos de abordarlos: el médico-biológico y el psicológico.

Palabras clave: Cáncer, Depresión; Tratamiento; Bases de datos; Pacientes oncológicos.

SUMMARY

The aim of this article is to show the current state of the question concerning the link between cancer and depression, through a search of articles published from 2012 to 2017 in EBSCO, RedALYC and Academic Google data bases using the union of the terms “cancer” and “depression”, without idiomatic filters. Twenty five articles were found, analyzed, summarized and categorized. The information was structured as an essay divided in specific sections to give order and coherence to the contributions of the reviewed studies. Thus, such sections deal with the definition of the term “cancer” and the prevalence of this illness in Mexico and abroad. Some findings on cancer and depression revealed the clinical characteristics, causes and consequences of depression in oncological patients, the ways they were assessed and treatments provided to depressive symptoms, divided in two classes: medical-biological and psychological.

Key words: Cancer; Depression; Treatment; Data bases; Oncological patients.

¹ Universidad del Valle de Atemajac, Plantel Zamora, Valladolid 64, Fracc, Valencia 2ª secc, 59610 Zamora, Mich., México, tel, (351)517-74-41, correo electrónico: fatimadiz13@hotmail.com, Artículo recibido el 26 de octubre de 2017 y aceptado el 2 de febrero de 2018.

² Hospital Regional de Reynosa PEMEX, Sierra Nevada 1342, Col, Fuentes, Sección Lomas, 88730 Reynosa, Tamps., México, tel, (899)148-73-10, correo electrónico: maestriareynosa@gmail.com.

³ Universidad Autónoma de Baja California, Lago Pátzcuaro 790-B, Valle Dorado, 22890 Ensenada, B.C., México, correo electrónico: psic.elivierk@gmail.com.

⁴ Centro de Psicoterapia Cognitiva, Vicente Guerrero 123, Col Miguel de Madrid, 46400 Tequila, Jal., México, correo electrónico: jgme_tequila@hotmail.com.

⁵ Fiscalía General del Estado de Tabasco, Fracc, Estrellas de Buena Vista, C, Lyra, Manzana 42, Lote 3, 86250 Villahermosa, Tab., México, correo electrónico: selenef1982@gmail.com.

Cáncer: definición y prevalencia

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, y se considera la depresión como la enfermedad mental de este siglo, por lo que la ocurrencia de ambas enfermedades en una sola persona puede convertirse en una combinación deletérea, pues es posible que quien padece cáncer desarrolle síntomas depresivos en algún momento de la enfermedad, en tanto que la depresión aumenta la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas. Es de suma importancia detectar procesos depresivos de importancia clínica en pacientes oncológicos a fin de minimizar en ellos las consecuencias negativas de dicha combinación. El trabajo multidisciplinario se hace necesario en el proceso de diagnóstico de los procesos depresivos y en su tratamiento. Si bien existen innumerables investigaciones que abordan adecuadamente al paciente oncológico deprimido desde un punto de vista psicológico, aún falta desarrollar sistemas holísticos, sistemáticos y generalizados que atiendan este problema mundial.

El cáncer se define como “una alteración caracterizada por el crecimiento tisular patológico, el cual tiene su origen en una proliferación persistente y prolongada de células anormales que desemboca en una patología, determinada ésta por la invasión y destrucción de los tejidos del cuerpo” (Guerrero, Prepo y Loyo, 2016, p. 299).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017a) afirma que «una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina “metástasis”. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer» (§ 10).

Otra definición se encuentra en Ortiz et al. (2014), quienes indican que “el cáncer es una enfermedad provocada por la proliferación anormal de células mediante un proceso denominado carcinogénesis, es decir, la capacidad que adquieren algunas células para multiplicarse incontroladamente e invadir otros órganos” (p. 78).

Según cifras de la OMS (2017b), “el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015 ocasionó 8.8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe

a esta enfermedad” (§ 3). Por otro lado, la misma organización enlista los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos en el mundo: pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario.

El perfil oncológico de México, según la OMS (2014), indica que el total de fallecimientos causados por cáncer en los hombres fue de 33,900, siendo el de próstata el tipo de cáncer más frecuente, seguido por el pulmonar, el colorrectal, el gástrico y la leucemia. En el caso de las mujeres, se registraron 38,000 muertes, sobre todo por cáncer de mama, pero también cervicouterino, colorrectal, gástrico y hepático.

Además, el cáncer, “es considerado un grave problema de salud pública debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales para el paciente, así como por los altos costos económicos y de recursos humanos que representa para el Estado” (Guerrero et al., 2016, p. 298).

Comorbilidad entre cáncer y depresión

Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013) señalan que la relación entre las enfermedades mentales y físicas es muy estrecha. A la mayoría de las personas les resulta difícil aprender a sobrellevar y vivir con una dolencia crónica de larga duración, como la diabetes o el cáncer, por lo que no es sorprendente que la depresión sea la complicación más común asociada con este tipo condiciones.

Del mismo modo, las personas que sufren depresión tienen mayores probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares y respiratorias, diabetes y cáncer, condiciones crónicas todas ellas responsables de más de 60% de las muertes en el mundo. Según los citados autores, la relación entre el cáncer y la depresión es un camino de doble vía, pues quien padece cáncer puede desarrollar síntomas depresivos en algún momento de la enfermedad, y la depresión aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer.

Moreno, Krikorian y Palacio (2015) afirman que el cáncer puede ocasionar un grave impacto en las áreas física, psicológica, social y espiritual de una persona, y que su diagnóstico favorece el desarrollo de problemas para ella, su familia y su comunidad, en cualquier fase de su trayecto [cf. Bultz y Carlson, 2006; Bultz y Johansen, 2011].

“Una vez que la enfermedad es diagnosticada, ingresa a la cotidianidad de la persona y de su entorno y afecta su seguridad y confianza puesto que introduce cambios para los cuales el enfermo no estaba preparado” (p. 2).

Park y Rosenstein (2015) hallan que la prevalencia de síntomas depresivos en los pacientes con cáncer puede ir de 16 a 42%, y estiman que “en todos los pacientes con cáncer, 20% puede tener depresión menor o distimia” (p. 3). A su vez, Bernal y Muñoz (2017) refieren que la cantidad de pacientes con cáncer afectados por depresión va de 15 a 25%; además, afirman que “el estilo de afrontamiento depresivo se relaciona con un menor tiempo de supervivencia [...] alarga el tiempo de hospitalización, empeora la adherencia terapéutica y disminuye la calidad de vida” (p. 4).

“Varios estudios –apuntan Guerrero et al., 2016– han confirmado la presencia de depresión y ansiedad durante el proceso patológico de cáncer, por lo que la evolución, pronóstico y tratamiento del cáncer se ve afectada por [dichos] trastornos” (p. 299). De acuerdo con Costa y Ballester (2010), parece haber una mayor prevalencia de síntomas ansiosos que depresivos en pacientes oncológicos hospitalizados, los cuales tienden a disminuir durante la enfermedad, en tanto que los síntomas depresivos se mantienen o aumentan al avanzar la enfermedad o en el postratamiento (Moreno et al., 2015).

Para concluir este apartado, conviene rescatar lo que Hernández et al. (2012) afirman: «El malestar emocional se está convirtiendo en un elemento capital para valorar la salud y el bienestar de los pacientes con cáncer. Para los clínicos, es el “sexto signo vital”, tan principal como la temperatura, la respiración, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea o el dolor» (p. 236).

Características clínicas de la depresión

Con el fin de no confundir los sentimientos naturales de tristeza que pueden surgir en las personas que reciben un diagnóstico como el cáncer, se vio que era necesario definir claramente las características de la depresión, las cuales se sintetizan a continuación.

La depresión es un síndrome clínico, generalmente clasificado como un trastorno mental; específicamente en los manuales de diagnóstico,

se la clasifica como un trastorno del humor o del afecto. Para Diz (2017), los síntomas generales de la depresión se pueden clasificar en cuatro grandes áreas a fin de tener una visión más organizada del síndrome, entre los que se hallan, a saber:

- Síntomas afectivos: “Ánimo deprimido o triste, sensación de vacío que puede acompañarse de aplanamiento afectivo, infelicidad, incapacidad para disfrutar de cosas que anteriormente se apreciaban, sentimientos de culpa, inutilidad o inferioridad; sensaciones de impotencia y altos niveles de ansiedad” (pp. 29-30). En el caso de los pacientes con cáncer, es altamente probable que los síntomas afectivos se consideren “normales” por parte del propio paciente y de quienes le rodean; sin embargo, su persistencia puede ser el indicio de una depresión clínica.
- Síntomas cognitivos: “Problemas en la atención, concentración, memoria, capacidad de decisión y alteración del juicio, ya que [el paciente] tiene creencias fatalistas (perspectiva sombría de sí mismo y del futuro) y pensamientos de muerte o ideas suicidas” (p. 30). Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar y Alvarado (2016) afirman que “la depresión en el paciente con cáncer suele asociarse a pensamientos negativos intrusivos relacionados a la enfermedad y la muerte, que a su vez contribuyen a que se mantengan estrategias de afrontamiento poco adaptativas y una visión negativa del futuro” (p. 44).
- Síntomas conductuales: “Elentecimiento o agitación psicomotriz, reducción de la energía y por consecuencia reducción del nivel de actividad; puede presentarse conducta suicida o autodestructiva, entre otras” (Diz, 2017, p. 30).
- Síntomas somáticos: “Desgano y fatiga, alteraciones en el apetito (incremento o decremento), alteraciones en el peso (generalmente pérdida), alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnias) y, por último, afectación de la conducta sexual (pérdida de la libido)” (Diz, 2017, p. 30). En el paciente con cáncer, los síntomas conductuales y los somáticos pueden explicarse no solamente por la depresión, sino también –y principalmente– por la enfermedad física que lo aqueja.

La duración de los síntomas depresivos determinará si se diagnostica un episodio depresivo mayor, en el que se requiere que la persona manifieste los síntomas depresivos por al menos dos semanas, o un trastorno distímico, cuya duración es por lo regular de dos años o más.

Los niveles de gravedad de la depresión pueden distinguirse si se analizan la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas presentes. Por ejemplo, “el trastorno depresivo leve es frecuente y se caracteriza por humor y conducta alterados, dificultades con el sueño, pesimismo, ansiedad y falta de energía. En el trastorno depresivo moderado, los pacientes manifiestan un descenso del humor, ansiedad, irritabilidad y agitación, así como falta de interés, disfrute y concentración y mala memoria [...] En el trastorno depresivo grave los síntomas [...] aumentan en intensidad y aparecen [otros] nuevos, como delirios y alucinaciones” (Di Natale et al., 2012, p. 21).

La depresión en los pacientes con cáncer, según Fuchs, Bejarano, Álvarez, Godoy y Fernández (2013), suele ser breve al principio y después durar varios días o semanas; “puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación, o bien comenzar con un período disfórico, en el cual se pueden experimentar trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro” (p. 191).

Hernández y Cruzado (2013) resumen la situación de los síntomas depresivos en los pacientes oncológicos de la siguiente manera: “Pueden presentar temores, preocupaciones, aprensión, sentimientos de indefensión, pesadillas e insomnio, disfunciones y problemas sexuales, y secuelas neuropsicológicas a corto y largo plazo que pueden alcanzar al 43% de los pacientes según el tipo de tumor y de radioterapia” (p. 2).

Así, como síndrome clínico, la depresión puede influir en el curso de las enfermedades físicas, ya sea porque el paciente tiene actitudes que no apoyan los procesos de tratamiento, o bien porque en sí misma afecta procesos vitales de importancia, como el sistema inmune. Como afirman Sánchez, Figueroa, Cacho y Robles (2016), “los factores psicosociales que se encuentran presentes en la vida cotidiana provocan estados de ansiedad, depresión y estrés, causando un desequilibrio en las funciones de los sistemas autonómico, endócrino

o inmune que a su vez puede originar el desarrollo o progresión tumoral” (p. 151). Por esta razón, De Paula, Sonobe, Nicolussi, Zago y Sawada (2012) apuntan la importancia de que los profesionales de la salud “detecten oportunamente los síntomas de depresión para mejorar la calidad de vida en estos pacientes” (p. 6).

Causas de la depresión en pacientes oncológicos

La persona que ha sido diagnosticada con cáncer “es un individuo vulnerable ante la depresión generada por la propia enfermedad, pero también por otros factores, como su contexto y desarrollo; por consiguiente, tales variables influyen en el éxito de su tratamiento (Velásquez y Zuluaga, 2015).

Las causas de la depresión en pacientes oncológicos son muy variadas, y entre ellas se encuentran la edad (de hecho, en ocasiones es más frecuente en pacientes jóvenes). El género es otra causa, aunque no es común en todos los estudios, y también el estadio en que se halla la enfermedad, debido tal vez a la mayor limitación o la incapacidad física que trae consigo la misma; igualmente destaca la presencia de síntomas físicos resultantes de los tratamientos; el tipo de enfermedad neoplásica (los pacientes más deprimidos son los que sufren cáncer pancreático, orofaríngeo y del sistema nervioso central); los antecedentes psicológicos del paciente, los trastornos previos que haya experimentado, el escaso apoyo social percibido y los factores de riesgo biopsicosocial (Hernández et al., 2012).

Según Pousa et al. (2015), los factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer son los siguientes: *a)* el tipo de cáncer (cánceres que presentan síndromes paraneoplásicos y cánceres con liberación de citoquinas); *b)* el estadio del cáncer (se observa una mayor presencia de trastorno mental en los pacientes más sintomáticos); *c)* el tratamiento oncológico en curso; *d)* los antecedentes de depresión (tener un diagnóstico previo de depresión es el mayor factor de riesgo para desarrollar este trastorno en una enfermedad oncológica); *e)* el dolor (sobre todo el dolor crónico persistente o no bien controlado); *f)* una red social limitada; *g)* un estado funcional pobre, y *h)* la edad (los pacientes con menos edad son más propensos a sufrir depresión).

Es frecuente, además, encontrar pacientes oncológicos con ideación suicida, provocada por las situaciones específicas de cada caso, como pueden ser un estadio avanzado y con mal pronóstico de la enfermedad; el tipo y localización del tumor, mayor en el cáncer de cabeza y cuello; la presencia de un trastorno de depresión, o la desesperanza, la falta de control y el sentimiento de desamparo; el incremento de síntomas físicos o su cronicidad, el delirium y los estados confusionales; los antecedentes psicopatológicos, y la historia previa de intento de suicidio (Hernández et al., 2012).

Consecuencias de la depresión en pacientes oncológicos

La asociación entre cáncer y depresión “no solo produce sufrimiento, sino también una peor calidad de vida. Se ha visto que reduce el cumplimiento del tratamiento anticancerígeno, puede llevar al suicidio, es una carga psicológica para la familia y prolonga el tiempo de hospitalización” (Bernal y Muñoz, 2017, p. 2). La depresión, además, disminuye la habilidad del paciente para afrontar la enfermedad y agudiza la cantidad y la intensidad de los síntomas físicos (Colleoni et al., 2000; Prieto et al., 2002). Por último, la presencia de depresión en el curso de las enfermedades oncológicas reduce la adherencia terapéutica e incrementa la mortalidad y la morbilidad (Teng, De Castro y Navas, 2005). En conclusión, cáncer y depresión forman una combinación mortal. En una revisión sistemática hecha por Barber et al. (2016) de pacientes con cánceres de mama, pulmón, cerebro, piel y sangre, se encontró una mortalidad 25% mayor en pacientes con síntomas depresivos, y 39% mayor en pacientes con depresión mayor o menor, incluso cuando se controlan los pronósticos clínicos conocidos de la supervivencia.

Evaluación de la depresión en pacientes oncológicos

La detección oportuna de la depresión en pacientes oncológicos reviste suma importancia, ya que hacer un diagnóstico confiable conlleva un mejor manejo no solo de la sintomatología causada por la enfermedad oncológica, sino también una adecuada intervención en lo que se refiere a los síntomas

de depresión. Según Landa et al. (2014), el clínico debe decidir el instrumento a utilizar para evaluar la depresión, evaluación que puede ser hecha por medio de preguntas o a través de cuestionarios. Estos mismos autores afirman: “Las evaluaciones de una o dos preguntas son utilizadas con mayor frecuencia, tanto en la práctica clínica como en la investigación en la población paliativa. Se consideran útiles para recabar información oportuna sobre el estado de ánimo del paciente. Más que para establecer un diagnóstico, se emplean como una herramienta de tamizaje [...] Por otra parte, los cuestionarios de evaluación son instrumentos con mejores propiedades psicométricas debido a la cantidad de reactivos, que varían entre 5 a 20 por instrumento, y suelen evaluar un espectro más amplio de alteración emocional” (p. 416).

Para una detección de la depresión más acertada, se recomienda una evaluación en la que se combinen algunas preguntas de tipo exploratorio al principio; si se detectan síntomas significativos, es deseable aplicar alguna prueba especializada que, además, haya sido estandarizada previamente. Al respecto, Galindo et al. (2015) llevaron a cabo un estudio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), prueba desarrollada y publicada en 1983 por Zigmond y Snaith. Esta herramienta consta de 14 ítems, en un formato de autoaplicación; incluye dimensiones cognitivas y afectivas y omite aspectos somáticos tales como el insomnio, la fatiga, la pérdida de apetito y otros para evitar atribuirlos a la depresión y no a la enfermedad. En dicho estudio, los autores encontraron que la escala original había sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando siempre una sensibilidad y especificidad adecuadas para discriminar ansiedad y depresión. Afirman los autores del estudio: “La ventaja de la HADS sobre otros instrumentos que evalúan sintomatología ansiosa y depresiva es que no incluye síntomas somáticos que pueden explicarse por el cáncer y su tratamiento [...] Al ser un instrumento breve, fácil de aplicar y confiable para la práctica clínica y la investigación en población oncológica, resulta relevante para determinar la magnitud de la problemática, prevención e implementación de acciones para el tratamiento” (pp. 254-257).

Por otro lado, Galindo et al. (2016) investigaron las propiedades psicométricas del Inventar

rio de Depresión de Beck II (BDI-II), estructurado por Beck, Steer y Brown (1996), en pacientes con cáncer. El BDI-II es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems elaborados para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2016). En el citado estudio, se llegó a las siguientes conclusiones: “El BDI-II ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para detectar sintomatología depresiva [...] mostró características psicométricas adecuadas en su aplicación a pacientes con cáncer en población mexicana. La relevancia de los resultados obtenidos radica en que se trata de una población que puede requerir atención oportuna en su salud mental a lo largo del tratamiento oncológico” (p. 43).

Las investigaciones relacionadas con la evaluación de la depresión en pacientes con cáncer buscan encontrar instrumentos confiables y válidos que permitan detectar la presencia de síntomas depresivos con niveles clínicamente significativos, e intervenir oportunamente en la atención integral del paciente oncológico para lograr un mejor pronóstico y un curso de la enfermedad más esperanzador.

Tratamiento de síntomas depresivos en pacientes oncológicos

El tratamiento de los síntomas depresivos se ha abordado típicamente desde muy diversos ángulos, los que a continuación se presentan agrupados en categorías para su mejor comprensión.

- *Abordaje físico*

El principal modo de abordar la depresión desde el área somática se encuentra en el manejo farmacológico. Bernal y Muñoz (2017) señalan que “se ha encontrado que los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina son eficaces para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer. La paroxetina es una de las más eficaces. Los antidepressivos de perfil dual también han demostrado eficacia por su rapidez de acción y su utilidad en síntomas colaterales, como los síntomas vasomotores y los dolores. La mirtazapina es de gran uti-

lidad en síntomas como el dolor, náuseas, insomnio y ansiedad (p. 249).

Los mismos autores indican que quien debe prescribir este tipo de tratamientos es el médico oncólogo en colaboración con el médico psiquiatra, ya que elegir la medicación apropiada debe hacerse sobre la base del perfil sintomático del paciente, sus beneficios, la tolerabilidad y el riesgo-beneficio con el propósito de diseñar una estrategia para cada paciente” (pp. 249-250). El trabajo multidisciplinario se hace necesario ya que, como lo reportan Pousa et al. (2015), “con pacientes oncológicos sometidos a varias quimioterapias, es importante tener precaución con las interacciones farmacológicas. Antidepressivos como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina inhiben la transformación de agentes antineoplásicos a través del CYP450 3A4, lo que produce una disminución de su eficacia o mayor toxicidad de los mismos. Otros fármacos como el citalopram, el escitalopram, la venlafaxina y la mirtazapina son inhibidores débiles, lo que los convierte en una elección más segura (p. 169).

Algunas recomendaciones que complementan la intervención farmacológica las formulan Olivan et al. (2016): “Es necesario que el médico familiar pueda establecer un tratamiento específico para los síntomas de la depresión, como el estado de ánimo bajo, la anhedonia, las dificultades para conciliar el sueño o la falta de un descanso reparador con un medicamento farmacológico específico, técnicas de modificación de conducta e higiene del sueño, entre otros (p. 63).

- *Abordaje psicológico*

Los resultados del estudio realizado por Aguilar et al. (2014), muestran que se requiere una guía psicológica oportuna y la terapia apropiada desde el momento en que se diagnostica a las personas con cáncer. Es decir, no debe esperarse a que el paciente diagnosticado con cáncer manifieste un trastorno psicológico, toda vez que la intervención en los niveles iniciales (prevención primaria) contribuye a prevenir la ocurrencia de cuadros psicopatológicos clínicos posteriores, como la depresión.

Cuando la depresión ya está presente e incluso ha sido diagnosticada, será necesario llevar a cabo una intervención psicológica que minimice

su impacto en la enfermedad física (prevención secundaria), para así prevenir su exacerbación.

En este apartado se exponen los sistemas de abordaje psicológico más citados en la literatura especializada, clasificándolos en dos modalidades: la individual y la familiar/social.

- *Abordaje psicológico individual*

Una de las psicoterapias individuales más citadas en la literatura científica actual, la cual ha mostrado una alta eficiencia para abordar la depresión, es la terapia cognitivo-conductual de Beck. Al decir de Beltrán, Freyre y Hernández (2012), “se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan ciertos esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la manera negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo que inicia y mantiene los síntomas depresivos” (p. 6).

El objetivo de esta terapia es que el paciente reestructure sus creencias sobre sí mismo, el mundo y el futuro de un modo más realista, que lo conduzca a un modo más sano de afrontar la vida en general.

Por otro lado, estrategias como el *mindfulness*, o atención plena, han adquirido gran relevancia en los últimos años; dicha estrategia, derivada de las prácticas meditativas del budismo Zen, consiste, en palabras de Kabat-Zinn, en “prestar atención de un modo particular: deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar”. Es decir, ser plenamente conscientes de lo que ocurre en el momento presente, sin filtros ni prejuicios (Pousa et al., 2015, p. 4).

Otras estrategias, como la relajación y otras terapias basadas en la imaginación, se han utilizado para realizar intervenciones exitosas, consignadas en numerosas publicaciones. Entre sus efectos se encuentran la reducción del impacto sobre el cuerpo del estrés asociado al desencadenamiento del cáncer y al miedo a la enfermedad, la activación del sistema inmunológico contra la enfermedad mediante la instauración de creencias positivas, el aumento de la motivación para el cambio del estilo de vida, el fortalecimiento del “deseo de vivir”, el afrontamiento de la desesperanza y la evaluación y modificación de las creen-

cias del enfermo respecto a la enfermedad (Pousa et al., 2015).

Guerrero et al. (2016) afirman que uno de los mecanismos usados para contrarrestar los efectos negativos de la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos podría ser la autotrascendencia (espiritualidad), definida como “la reducción de las creencias personales y conductas que expresan una cosmovisión individual en un sentido de relación con una dimensión trascendente, que adquiere gran significación en circunstancias diversas de la enfermedad, explicadas como momentos cruciales en la vida del individuo, pudiendo ayudar a aceptar la enfermedad y lograr que otras personas acepten dicha condición de salud [...] La autotrascendencia influye sobre la salud y el bienestar, siendo a su vez promotora de comportamientos saludables que representan un aporte significativo a la salud de los pacientes con cáncer” (pp. 299-300).

En múltiples investigaciones se sigue trabajando para estructurar métodos específicos para el manejo de la depresión en pacientes oncológicos; mientras tanto, es necesario que los profesionales de la salud mental intervengan con los métodos ya conocidos para el tratamiento de la depresión clásica, y hagan un seguimiento puntual del curso de los síntomas anímicos y físicos en beneficio del propio paciente y de su familia.

- *Abordaje psicológico familiar/social*

Cuando aparece una enfermedad como el cáncer, la familia funge como la mayor fuente de apoyo social, personal, afectivo y económico; es por ello que el profesional de la salud mental debe abordar las posibles vicisitudes que surgen en el grupo de apoyo familiar o social del paciente oncológico.

Por ejemplo, los conflictos intrafamiliares y la culpa pueden empeorar el curso de la enfermedad, la cercanía y la unidad, mientras que las relaciones de apoyo mutuo y las destrezas de la familia en el cuidado del enfermo son importantes factores de protección (Fuchset al., 2013).

El abordaje psicológico de la familia y de las personas que apoyan al paciente oncológico se ha realizado clásicamente a través de las intervenciones en grupos terapéuticos o grupos de apoyo; sin embargo, el profesional de la salud mental de-

berá evaluar además, si se requiere, la intervención individual con algún familiar o un amigo en particular.

Por otro lado, el personal médico y de enfermería necesita recibir entrenamiento para realizar un adecuado manejo del paciente oncológico deprimido, lo que está llevando a psicólogos y psiquiatras a invertir un tiempo considerable en la formación de equipos sanitarios en psicopatología, y asimismo en el desarrollo de instrumentos de detección adecuados a la realidad asistencial de los pacientes y que les ayuden a detectar los problemas emocionales con los objetivos de brindarles orientación y ayuda psicológica desde las fases más tempranas del tratamiento médico, reducir los costes de cuidados sanitarios y programar la atención sanitaria para los pacientes con un malestar psicológico considerable sin necesidad de largas entrevistas diagnósticas o extensos cuestionarios (Hernández et al., 2012).

Por último, es necesario recordar que la atención *integral* debe llevarla a cabo todo aquel profesional que participe en la atención de cualquier persona enferma; el médico o enfermero que limite su intervención a los meros aspectos físicos, así como el psicólogo que la restrinja a los psicológicos, estarán realizando un abordaje parcial que puede ser dañino para la salud de sus pacientes. En el caso específico de los pacientes con cáncer, el descuido de alguna de estas dimensiones físicas, psicológicas y sociales puede repercutir en el curso de la enfermedad y desembocar en un pronóstico desfavorable.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se pueden extraer del análisis de las investigaciones actuales sobre cáncer y depresión son las siguientes:

El cáncer es una enfermedad que se ha convertido en un grave problema de salud pública, con importantes consecuencias individuales, familiares y sociales.

La comorbilidad entre cáncer y depresión es elevada, por lo que los profesionales de la salud deben evaluar si un paciente cursa ambas enfermedades a fin de ofrecerle un tratamiento oportuno e integral.

Los síntomas de la depresión en el paciente oncológico son múltiples y muy variados y están conectadas al tipo de cáncer, al estadio en el que se encuentra la enfermedad, al tipo de tratamiento recibido, a la edad del paciente, a la presencia o no de dolor y a las redes sociales de apoyo de que aquél dispone, entre otros factores, por lo que se requiere una capacitación especial para que el profesional de la salud identifique correctamente esos signos y síntomas.

Las consecuencias de la depresión en pacientes oncológicos también son múltiples, entre las que se encuentran el daño a su calidad de vida y la disminución de su adhesión al tratamiento oncológico; al parecer, muestran un mayor índice de mortalidad los pacientes que padecen ambos trastornos.

El abordaje de los síntomas depresivos en dichos pacientes ha incluido tratamientos medicamentosos cuyos resultados son variables, pero también psicológicos, tanto en el plano individual –como es el caso de la TCC de Beck, el *mindfulness* y otras–, como en el familiar y social, donde se trabaja con las redes de apoyo para que se manejen adecuadamente los procesos físicos y psicológicos por los que atraviesan estos enfermos.

Por último, es necesario hacer énfasis en que la dicotomía cuerpo-mente es un tema actual, y se le puede percibir claramente al momento en que se analiza la literatura sobre cáncer y depresión, ya que esta da cuenta de que estos dos padecimientos se encuentran íntimamente vinculados; sin embargo, aún no existen sistemas integrales de intervención para el paciente oncológico que sean además sistemáticos y generalizados, en los que se aborde la enfermedad de un modo holístico, lo que traería consigo un sustancial beneficio al paciente.

REFERENCIAS

- Aguilar C., M.J., Mur V., N., Neri S., M., Pimentel R., M.L., García R., A. y Gómez V., E. (2014). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 371-379. doi: 10.3305/nh.2015.31.1.7863.
- American Psychiatric Association (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana.
- Barber, B., Dergousoff, J., Slater, L., Harris, J., O'Connell, D., El-Hakim, H., Biron, V., Mitchell, N. y Seikaly, H. (2016). Depression and survival in patients with head and neck cancer: a systematic review. *JAMA Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, 142(3), 284-288. doi: 10.1001/jamaoto.2015.3171.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beltrán M., C., Freyre M., Á. y Hernández G., L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13.
- Berenzon, S., Lara, M.A., Robles, R. y Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Bernal G., P. y Muñoz A., M. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 249-270. doi: 10.5209/PSIC.54435.
- Bultz, B.D. y Carlson, L.E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign —future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15(2), 93-95.
- Bultz, B. y Johansen, C. (2011). Screening for distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*, 20, 569-571.
- Colleoni, M., Mandala, M., Peruzzotti, G., Robertson, C., Bredart, A. y Goldhirsch, A. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, 356, 1326-1327.
- De Paula, J.M., Sonobe, H.M., Nicolussi, A.C., Zago, M.F. y Sawada, N.O. (2012). Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(2), 362-368.
- Di Natale G., Renzo G., Espinal M., Sucre A., I.T., Dávila S., J.L., Hanssen H., D.A. y Lechtig B., A. (2012). Grados de depresión en padres de niños con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 24(1) 19-26.
- Diz R., R.F. (2017). Características de la depresión en el siglo XXI. *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, 36(87), 22-31.
- Fuchs T., V., Bejarano, M., Álvarez A., K., Godoy, M. y Fernández K., N.C. (2013). Efecto de la presencia de los familiares sobre la depresión en mujeres hospitalizadas con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 25(2) 190-195.
- Galindo V., O., Benjet, C., Juárez G., F., Rojas C., E., Riveros R., A., Aguilar P., J.L. y Alvarado A., S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035.
- Galindo V., O., Rojas C., E., Meneses G., A., Aguilar P., J.L. y Alvarado A., S. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 26(1), 43-49.
- Guerrero A., J.M., Prepo S., A.R. y Loyo Á., J.G. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309.
- Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.A. y Martín, J.C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257. doi: 10.5209/rev_psic.2013.v9.n2-3.40895.
- Hernández, M. y Cruzado, J.A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clinica y Salud*, 24(1), 1-9. doi: 10.5093/c12013a1.
- Landa R., E., Cárdenas L., G., Greer, J.A., Sánchez R., S. y Riveros R., A. (2014). Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: una revisión. *Salud Mental*, 37(5), 415-422.
- Moreno A., A., Krikorian, A. y Palacio G., C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517-529. doi: http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3148.
- Olivan B., B., Rubio A., E., García S., O. y Magallón B., R. (2016). Correlación entre el diagnóstico de depresión y la sintomatología presentada en pacientes de atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(2), 55-63.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Perfiles oncológicos de los países*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017a). *Cáncer. Nota descriptiva*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017b). *10 datos sobre el cáncer*. Ginebra: OMS.
- Ortiz G., E., Méndez S., L. P., Camargo B., J.A., Chavarro S., A., Toro C., G.I. y Vernaza G., M. B. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 8(1) 77-83.
- Park, E.M. y Rosenstein, D.L. (2015). Depression in adolescents and young adults with cancer. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 171-180.
- Pousa R., V., Miguelez A., A., Hernández B., M., González T., M.A. y Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172. doi: 10.1016/j.rccan.2015.04.005.
- Prieto, J.M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E. y Gastó, C. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 1907-1917.
- Sánchez H., M.S., Figueroa L., C.G., Cacho D., B. y Robles G., R. (2016). Relación entre síntomas autonómicos con niveles de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Claves del Pensamiento Journal*, 10(19), 145-162.
- Teng, C.T., De Castro, H. y Navas, F.D. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Velásquez S., S. y Zuluaga S., L. (2015). Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera en su detección. *Duazary*, 12(2), 164.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Religión y discapacidad: tramas que construyen la calidad de vida de los creyentes

Religion and disability: Weaves that build the believers' quality of life

Carolina Mora Huerta¹ y María Eugenia Patiño López²

Citación: Mora H., C, y Patiño L., M.E. (2019). Religión y discapacidad: tramas que construyen la calidad de vida de los creyentes. *Psicología y Salud*, 29(1), 125-137.

RESUMEN

La calidad de vida es un aspecto de suma importancia para las personas que sufren discapacidades y para sus familias. La percepción, evaluación y aspiraciones que utilizan para valorar su vida están vinculadas a las creencias, algunas de ellas religiosas, ya que son las que suelen ofrecer respuestas al tránsito por el padecimiento o la muerte. El presente artículo recoge los principales hallazgos de un estudio cuyo objetivo fue conocer el papel que desempeñan las creencias religiosas en la construcción de la calidad de vida de familias con hijos con parálisis cerebral, desde el enfoque constructivista social y la metodología cualitativa. Se entrevistaron 53 familias, de las cuales 18 hablaron espontáneamente de sus creencias religiosas, sobre las cuales se centran la discusión y el análisis. Se observó que las creencias se convierten en la trama que conduce a estas familias a la abnegación por su adaptación a los valores culturales; al afrontamiento del problema o al cuestionamiento de esas creencias. Los datos recabados permiten establecer la importancia de las creencias religiosas en situaciones que implican cambios en la percepción y la estructura social de las familias.

Palabras clave: Calidad de vida; Creencias religiosas; Familia; Parálisis cerebral; Trama.

ABSTRACT

Quality of life is an important issue for people with disabilities and their families. The perception, evaluation, and aspirations that people use to value their lives are tied to beliefs, some of them religious, since they offer some responses to illness and death. This aim of this study, which used a qualitative and socio-constructivist approach, was to identify the impact of religious beliefs in families with children with cerebral palsy. A total of 53 families were interviewed, 18 of which spoke spontaneously about their religious beliefs. Such beliefs seem to become a weave that lead participants to adopt abnegation by adapting to cultural values. These beliefs also affect coping, or even questioning such beliefs. The main findings allow to establish the importance of beliefs in situations involving perceptual and structural changes in families.

Key words: Quality of life; Religious beliefs; Family; Cerebral palsy; Weave.

¹ Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón Aguascalientes, Invierno 37, Fracc. Real Solare, 76246 El Marqués, Qro., México, tel. (449)198-04-92, correo electrónico: carolina_mh@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 2 de abril y aceptado el 24 de mayo de 2018.

² Departamento de Sociología y Antropología, Centro de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Av. Universidad 940, Ciudad Universitaria, 20131 Aguascalientes, Ags., México, tel. (449)910-84-90, correo electrónico: eugeniapatino@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

Entre los años 2010 y 2013 se realizó un estudio con 53 familias con hijos con diagnóstico de parálisis cerebral; en él se exploraron los atributos más importantes con los que ellas definían la calidad de vida, para lo cual se utilizaron como eje de la guía de entrevista las variables que la conforman, al tiempo que se exploraron algunos aspectos físicos, emocionales, cognitivos, sociales y culturales. A pesar de que la religión no fue uno de los aspectos que se consideraban en la entrevista, dieciocho de esas familias señalaron espontáneamente ese elemento como importante para su bienestar. Este grupo representó la tercera parte de los entrevistados. El presente trabajo da cuenta de la relación entre la religión y la calidad de vida encontrada en las entrevistas realizadas a este conjunto.

La familia es el grupo primario donde ocurre la socialización, y su organización suele obedecer a las características socioculturales del entorno. Cuando uno de sus miembros sufre un padecimiento como la parálisis cerebral infantil, la estructura experimenta cambios y adaptaciones en virtud de las interacciones que se desarrollan alrededor de la discapacidad. Tal reacomodo afecta a cada uno de los miembros de la familia y a ésta como grupo.

En la mayoría de los casos, es la madre quien cuida al niño, pero ello no la releva de sus otros roles dentro de la familia (madre, esposa, etc.). A ella no se le reconoce su derecho al bienestar, pues deben atender antes a sus hijos o pareja. El padre aparece como proveedor y casi siempre se mantiene periférico con respecto a las labores del hogar o el cuidado de los hijos, y los hermanos de los niños discapacitados frecuentemente asumen el papel de progenitores, o son hechos a un lado por el sistema familiar (Mora, 2012).

La percepción de la calidad de vida es algo de suma importancia para las personas discapacitadas y sus familias. La satisfacción en cuanto a sus condiciones de vida y salud define el modo en que afrontan las situaciones propias de su organización. Debido a sus circunstancias, buscan constantemente el bienestar individual y subjetivo, así como el social e intersubjetivo, esto es, su equilibrio emocional y cognitivo, al tiempo que luchan por mantener sus interacciones sociales. Es aquí

donde las creencias religiosas pueden desempeñar un importante papel al ser una fuente de estabilidad; en el caso de aquellos que asisten a las iglesias, pueden encontrar en algunos casos una red alterna de sociabilidad y ayuda.

El concepto *calidad de vida* ha sido definido desde muy diversos contextos y remite a una serie de aspectos es los que su empleo es diferente. Un recorrido por el estado de la cuestión remite a algunos de ellos. Schalock y Verdugo (2009), por ejemplo, entienden la calidad de vida como un concepto multidimensional que tiene los mismos componentes para todas las personas y que está influido por factores personales, ambientales y de interacción de carácter tanto objetivo como subjetivo. Las dimensiones a las que aluden dichos autores son, a saber: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Algunos estudios transculturales señalan la pertinencia de registrar las diferencias propias del entorno cuando se evalúa la calidad de vida. Verdugo, Jenaro y Schalock (2009) encontraron que en ciertas poblaciones latinoamericanas las dimensiones más significativas para las personas con discapacidad fueron el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el bienestar físico y los derechos humanos y legales, mientras que para sus familiares fueron el bienestar emocional, el bienestar físico y los derechos humanos y legales.

En este trabajo se asume como “calidad de vida” la percepción, la evaluación y las aspiraciones relacionadas a las creencias de una persona o un grupo respecto a su experiencia vital en cuanto a su condición física, emocional, familiar y social, así como al bienestar que brinda el entorno en lo que corresponde al apoyo institucional en los ámbitos de la salud, recreación, oportunidades y convivencia, todo lo cual tiene su sustento en el contexto y la cultura en la que se desarrollan las personas.

De acuerdo con Salazar (2014), la explicación racional de las causas de una muerte sirve de poco y crea lo que Talcott Parsons (1996) define como un “problema de significado”, un vacío semántico en la experiencia humana que la cultura tiende a llenar. Del instinto de preservación de la especie se deriva el miedo a la muerte y a las en-

fermedades, y también la necesidad de alimentarse, pero no se satisface únicamente con comportamientos instintivos: los humanos necesitan de la cultura, una parte fundamental de la cual se conforma a través de las creencias, las que, según Caballero (2014), son ideas que ayudan al individuo a responder en el mundo. En este sentido, las creencias religiosas influyen considerablemente en la manera en que las personas se conducen en situaciones diversas y cotidianas, desde las más simples hasta las más demandantes, como la enfermedad propia o la de algún otro miembro de la familia.

Pese a ello, las creencias religiosas pueden actuar de distintas maneras en el afrontamiento de la enfermedad. En estudios como el llevado a cabo por Yanez et al. (2009) en una muestra de 418 pacientes diagnosticados con cáncer, se encontró que el propósito y la paz se relacionaban con una menor depresión, mientras que la religiosidad se vinculó con su aumento. En la investigación de Ridge, Williams, Anderson y Elford (2008) sobre las creencias religiosas como un medio de afrontamiento para personas con VIH/sida, se halló que la religión ayudaba a tener un sentimiento de pertenencia y brindaba seguridad por la claridad de sus reglas. A pesar del estigma que las instituciones religiosas instigan respecto a los padecimientos como el VIH, al que se asocia con la promiscuidad y la drogadicción, los participantes descubren que su fe les proporciona ayuda como soporte y esperanza. Se encuentra que la religión también provee paz mental, evita que se acentúe la condición sufriente y promueve pensamientos positivos. Para Funes (2007), a pesar de que la religión se asocia con la estigmatización de ciertos padecimientos, es una fuente de fuerza, apoyo, coraje y esperanza. Se observa en estos estudios que la pesquisa sobre las creencias y prácticas religiosas de las personas con un padecimiento puede generar un conocimiento que sirva para el diseño de estrategias terapéuticas que fomenten el bienestar de los sujetos involucrados, y el presente trabajo no es una excepción.

Como se puede advertir, a pesar de que algunas investigaciones sugieren que las creencias religiosas contribuyen a la percepción de una mejor calidad de vida, ciertos hallazgos muestran que en realidad no favorecen el bienestar y hacen que

el entendimiento del mundo sea más “aterrador” (Boyer, 2010, p. 38). Bateson y Bateson (2000) señalan que las creencias religiosas suelen ser un paliativo, pero a la vez advierten acerca del error que entraña emplearlas como un anestésico para el sufrimiento crónico. Ello no implica que no se deba indagar sobre las creencias y prácticas de las personas enfermas y de sus familias; por el contrario, esa tarea es una guía para llevar a los sujetos a una atención integral.

Ambas perspectivas –las creencias religiosas como estrategias de afrontamiento o causantes de angustia– son posibles cuando se habla de una enfermedad discapacitante, grave o degenerativa. Según Kleinman (1988), la naturaleza de las narrativas y las características de las tramas con las que se explican las situaciones vitales –entre ellas las creencias– suelen determinar los modos de entender y hacer frente a la enfermedad y el sufrimiento. Esto traza un camino en el que es posible advertir que para algunos grupos (tales como las familias con un miembro con discapacidad) las creencias religiosas desempeñan un papel significativo en cuanto al modo de construir su realidad ante su medio social.

En el presente trabajo se buscó estudiar aquellos elementos que esos grupos toman de sus creencias religiosas para comprender la manera en que conciben su experiencia y, por lo tanto, perciben el modo en que viven, lo que parece importante en virtud de que traen consigo el bienestar o atormentan a los que sufren, pues esto los llevará a responder a su situación de un modo correspondiente e influirá en su experiencia de la enfermedad. Tal conocimiento puede ser útil a los profesionales de las diferentes disciplinas que atienden cuestiones relativas a la salud (antropología, enfermería, medicina, psicología, terapia física y ocupacional, trabajo social, etc.) y a los organismos de la sociedad encargados de las políticas públicas en salud, con el fin de favorecer a las personas enfermas o discapacitadas y a sus familias.

MÉTODO

El diseño metodológico fue cualitativo y parte de la propuesta de los métodos narrativos, utilizando como técnica de obtención de información la en-

trevista a profundidad, para posteriormente aplicar un análisis de contenido según la propuesta de Adréu (2000).

Muestra

El grupo de muestra estuvo conformado por familias inscritas en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón Aguascalientes (CRIT), uno de cuyos miembros sufriera parálisis cerebral infantil, las cuales se seleccionaron por muestreo teórico, lo que supone “una representación no estadística, sino la representación tipológica socioestructural correspondiente a los objetivos del estudio” (Vallés, 2009, p. 68). Así, se entrevistó a 53 familias, de las cuales, para efectos del presente artículo, se retomaron 18 por ser las que relacionaron espontáneamente sus creencias religiosas con los indicadores de calidad de vida. En todos los casos se respetó el anonimato, por lo que en los resultados se utilizan seudónimos para una exposición más clara. La guía de entrevista fue construida a partir de ocho preguntas-eje de las que

se derivaron otras adicionales de acuerdo con la situación particular.

Procedimiento

Se convocó a la familia completa, aunque la mayor parte de los casos fueron las madres las que acudían a las entrevistas con sus hijos discapacitados. En un caso asistió el padre, en otro la abuela, y únicamente en dos casos asistieron el padre, la madre y uno de los hermanos. Generalmente este hecho se pudo atribuir a los horarios de trabajo, pues mientras los padres iban a laborar, las madres quedaban al cuidado de los menores.

Las entrevistas se hicieron en dos sesiones con duración de 40 minutos en promedio.

RESULTADOS

Las características de las familias se muestran en las Tablas 1, 2 y 3 según la severidad del padecimiento.

Tabla 1. Características de las familias de los niños con parálisis cerebral severa.

Caso	Estrato	Tipo de familia	Miembros	Edad	Escolaridad	Ocupación
1	Alto	Nuclear	Padre	44	Primaria	Gobierno
			Madre	45	Secundaria	Comercio
			Hija	20	Licenciatura	
			Hijo	16	High School	
			Hija (paciente)	12	Primaria	
2	Medio	Nuclear	Padre	36	Primaria no terminada	Mecánico
			Madre	35	Primaria	Comercio
			Hija	16	Secundaria	
			Hijo	8	Primaria	
			Hijo (paciente)	3	Escuela especial	
3	Medio	Nuclear	Padre	47	Primaria trunca	Comerciante
			Madre	43	Primaria	Hogar
			Hijo	26	Preparatoria	Trabaja en EU
			Hijo	24	Secundaria	Albañil
			Hija	22	Preparatoria	Hogar
			Hija	20	Preparatoria	Tendera
			Hija	11	Primaria	
			Hijo (paciente)	5	Escuela especial	

Continúa...

4	Medio	Monoparental / madre presente	Padre	27	Licenciatura	
			Madre	31	Licenciatura	Hogar
			Hijo	8	Primaria	
			Hija (paciente)	7	Escuela especial	
5	Bajo	Nuclear	Padre	44	Primaria	Plomero
			Madre	36	Primaria trunca	Hogar
			Hijo	17	Preparatoria	
			Hijo	16	Analfabeta	
			Hija	10	Primaria	
			Hija (paciente)	5	Escuela especial	
			Hijo	2m		
6	Bajo	Nuclear	Padre	47	Secundaria	Mecánico
			Madre	49	Licenciatura	Tendera, hogar
			Hija	23		Comercio
			Hijo	22		
			Hija	20	Preparatoria	
			Hija (paciente)	15	Escuela especial	
			Hijo	12	Primaria	
7	Medio	Nuclear	Padre	39	Analfabeta	Jornalero
			Madre	33	Analfabeta	Hogar
			Hija	16	Secundaria	
			Hija (paciente)	9	Sin estudios	
8	Medio	Nuclear	Padre	38	Preparatoria	Empleado
			Madre	37	Primaria	Hogar
			Hijo (paciente)	13	Sin estudios	
			Hija	12	Secundaria	
			Hijo	10	Primaria	
9	Medio	Monoparental / madre presente	Padre	45	Secundaria	Preso
			Madre	42	Analfabeta	Diversos trabajos
			Hijo	28	Primaria	Albañil
			Hijo	26	Analfabeta	Albañil
			Hija	8d	Finada insuficiencia respiratoria	
			Hija	22	Secundaria	Hogar
			Hijo	20	Analfabeta	Albañil
			Hijo	18	Primaria	Obrero
			Hijo	17	Primaria	Mandados
			Hijo	15	Primaria	Hace crema
10	Medio	Nuclear	Padre	38	Secundaria	Repartidor
			Madre	33	Secundaria	Hogar
			Hija	15	Secundaria	
			Hijo	14	Secundaria	
			Hijo (paciente)	10		
11	Bajo	Nuclear	Padre	28	Primaria	Comercian
			Madre	27	Primaria	Hogar
			Hija	9	Primaria	
			Hijo (paciente)	6		

Tabla 2. Características de las familias de los niños con parálisis cerebral moderada.

Caso	Estrato	Tipo de familia	Miembros	Edad	Escolaridad	Ocupación
12	Medio	Nuclear	Padre	50	Secundaria	Plomero
			Madre	49	Primaria	Hogar
			Hijo (paciente)	32	preparatoria	Plomero
			Hijo	28	Preparatoria	Plomero
			Hija	27	Preparatoria	Hogar
			Hijo	19	prepa	Empleado
			Hijo	18	Licenciatura	
			Hija	16	Preparatoria	
			Hijo (paciente)	12	Escuela especial	
13	Bajo	Nuclear	Padre	31	Primaria no terminada	Camionero
			Madre	32	Analfabeta	Hogar
			Hija	14	Primaria	
			Hija	11	Primaria	
			Hijo	10	Primaria	
			Hijo (paciente)	6	Primaria	
14	Bajo	Nuclear	Padre	30	Primaria	Jornalero
			Madre	31	Primaria	Hogar
			Hija	9	Primaria	Mostrador
			Hijo (paciente)	5		
15	Bajo	Nuclear	Padre	37	Sin estudios	Albañil
			Madre	31	Sin estudios	Hogar
			Hijo	10	Primaria	
			Hija (paciente)	9	Primaria	

Tabla 3. Características de las familias de los niños con parálisis cerebral leve.

Caso	Estrato	Tipo de familia	Miembros	Edad	Escolaridad	Ocupación
16	Medio	Monoparental/ madre presente	Padre	42	Fallecido por accidente	
			Madre	41		Hogar
			Hijo	12	Primaria	
			Hijo	5	Kínder	
17	Bajo	Nuclear	Padre	36	Sin estudios	Desempleado
			Madre	34	Sin estudios	Hogar
			Hija	9	Primaria	
			Hijo	7	Primaria	Trabaja en EU
			Hijo (paciente)	2		
18	Medio	Tres generaciones	Abuelo	62	Secundaria	Pensionado
			Abuela	60	Primaria no terminada	Hogar
			Padre	38	Secundaria	Mostrador
			Madre	34	Analfabeta	Prostituta
			Hijo	12	Primaria	
			Hijo (paciente)	10	Primaria	
			Hija	9	Primaria	

En cuanto a su lugar de residencia, seis de esas familias residían en el estado de Zacatecas, cinco en Aguascalientes, cinco en Jalisco, una en San Luís Potosí y una en la ciudad de Houston, Texas.

Los padres tenían en promedio una edad de treinta y nueve años, la mayoría con educación primaria. Las madres, un promedio de treinta y cuatro años, la mayor parte sin educación formal. Entre ellas hubo el mayor número de analfabetas (cuatro), o bien sin estudios, aunque sabían leer y escribir (cuatro).

Los niños con discapacidad tenían un diagnóstico de parálisis cerebral, nueve de ellos con discapacidad severa, cuatro con discapacidad moderada y tres con discapacidad leve³.

Respecto a su edad y lugar en la familia, los niños mencionados tenían un promedio de ocho años, y trece de ellos ocupaban el lugar de hijo menor. Seis asistían a una escuela regular, seis a una especial y seis no estaban escolarizados. Doce eran varones y seis mujeres.

Características familiares

Las familias entrevistadas sufrían diversos problemas asociados a la discapacidad. En primer lugar, había un quebranto en el vínculo entre los padres, ya sea por el sentimiento de culpa sobre el padecimiento del hijo –mismo que suele acompañar a muchos de estos casos– o por la dinámica de la división social del trabajo, en la que uno de ellos permanecía junto al hijo discapacitado y el otro se hacía cargo del sustento; es decir, uno era cuidador y el otro proveedor. En segundo término, dicha situación puede verse acompañada por el aislamiento de toda la familia de otros grupos sociales, lo que se acentúa en el cuidador primario, que en la mayoría de las familias es la madre. Algunas de estas mujeres mostraban depresión o ideación suicida, pero encontraban poco viable rendirse debido a que los menores necesitaban sus cuidados. Un tercer elemento fue la posición de

³ Una clasificación de la parálisis cerebral se basa en su severidad. Una parálisis cerebral leve se caracteriza por la presencia de una alteración, pero no impide el desarrollo de las actividades en la vida cotidiana; moderada refiere a que la persona necesita de apoyos o asistencia para algunas acciones, y la severa implica la necesidad de apoyo para todas las actividades diarias (Lorente et al., 1993, p. 30).

los hermanos, algunos de ellos ignorados o dejados en los hogares de otros familiares por la imposibilidad de cuidarlos, y otros exhibían conductas asociales y violentas, o se adaptaban a la situación familiar a través de la realización de labores domésticas o el cuidado de los padres o del hermano discapacitado. En la mayoría de los casos, esta última alternativa parecía ser la más conveniente para la dinámica familiar.

Presencia de la divinidad en los relatos

Fue frecuente el uso de frases como “Dios aprieta, pero no ahorca” y “A veces amanecemos sin nada, pero Dios siempre se acuerda de uno”. Aparece también la idea de un dios que ayuda a quitar el dolor, a cumplir deseos o a que los niños se integren a la escuela. Dios cuida, Dios ayuda a obtener trabajo y dinero, Dios es alguien con quien pueden hablar sobre la posible muerte de su hijo; Dios permite la salud; Dios es un ser que “quiere” que pasen cosas malas a los niños. Cuando se hizo un acercamiento a cada una de las narrativas, se hallaron historias con diferentes matices y significados. A continuación se hace una exposición en presente de los casos más relevantes para el análisis propuesto.

Narrativas de los cuidadores principales

Caso 1. “No olvidarnos de nuestra religión”.

La familia de Luis (nueve años) está conformada por sus padres: Raúl (37 años, sin estudios) y Rosa (31 años, sin estudios); él y su hermano Vicente (10 años) asisten a la primaria. El padre se encuentra desvinculado emocionalmente de la familia y separado de ellos, sobre todo de la madre, de modo que no la ayuda en las labores del hogar ni en la rehabilitación de Luis, pues pasa la mayor parte de su tiempo con sus propios padres y hermanos, lo que hace que Rosa se sienta sola y desplazada.

Vicente y Luis juegan juntos y llevan una buena relación entre sí. Rosa se preocupa mucho por ellos y por Raúl, porque fuma mucho. La percepción que tiene de sí misma es que no piensa mucho en ella. Se descuida, cree que es egoísta dedicar más tiempo a ella que a sus hijos. Afirma que no puede pensar en otra cosa que no sean

ellos. A pesar de esto, en ocasiones debe desempeñar tantas actividades en casa como cuidadora primaria, madre y esposa que no se ocupa de que Luis lleve a cabo su terapia de manera adecuada.

La familia desatiende en general los aspectos físicos de su calidad de vida. En cuestiones emocionales, Raúl y Rosa no se apoyan recíprocamente; para los hijos, la madre es su soporte. El aislamiento es una de las características de toda la familia en general, pues ninguno de sus miembros tiene amigos, y la socialización hacia afuera consiste en encuentros ocasionales con los vecinos o, en el caso de los niños, con los compañeros de la escuela. Cuando se les pregunta qué es calidad de vida para ellos, Rosa responde:

“Estar bien con la familia. Como nosotros, que vivimos con mis papás; llevarnos bien con ellos, con mis hermanos que están allí, saber convivir; o sea, estar bien. Estar bien ahora, sí, por estar en la gracia de Dios, vivir bien con uno mismo, y también no olvidarnos de nuestra religión. Recibir los sacramentos. Que ellos vayan a la escuela [señala a su hijo]. Estar bien alimentados. Casi significa lo mismo que la salud: si no tenemos qué comer, ¿cómo vamos a tener buena salud?”.

A pesar de que estar bien con Dios sea uno de los elementos principales para el bienestar, este no es suficiente para considerar satisfactoria su vida. A Rosa y a Luis les gustaría que cambiara y tener más convivencia con otras personas. Para Luis sería deseable poder caminar para sentirse satisfecho.

Caso 2. “Pídele a Dios que sea el diagnóstico de otro niño, de otra persona”.

La familia está integrada por Guillermina (37 años, con estudios de primaria), Jorge (38 años, con preparatoria) y sus tres hijos: Rogelio (13 años, en escuela especial), Violeta (12 años, en secundaria) y Leonardo (10 años, en primaria). En esta familia prevalece la creencia de tipo providencialista en la que Dios es quien decide lo que ocurre, ya sea bueno o malo. Entre esos sucesos está la salud. Es Dios quien resuelve si los niños tendrán discapacidad o no, o cuánto tiempo vivirán. Con base en estas creencias, construyen la idea de que la discapacidad es el resultado de la voluntad divina.

«No, no era maligno [el tumor de una de las hijas], era un trauma muy raro. Pero yo por eso le digo que hemos estado unidos mi esposo y yo. Y mucha gente. Decía la mamá de mi esposo: “No hijo, pídele a Dios que sea el diagnóstico de otro niño, de otra persona”. “Pero si Dios quiso mandárnoslo a nosotros –decía mi esposo–, yo no quiero que nadie pase por esto que yo estoy pasando, por lo que nosotros estamos pasando. Si Dios así lo decidió, a echarle ganas y para adelante”».

La familia en general piensa que es una disposición de Dios la salud de los hijos, a tal grado que dejaron de llevar al niño a rehabilitación, ya que desde su perspectiva sólo necesitan de la fe para que el niño se encuentre bien. La confianza en Dios y sus decisiones es absoluta, por lo que la creencia religiosa es de suma importancia como un referente para comprender el mundo.

Caso 3. “Ya Dios, si te lo quieres llevar, llévatelo”.

Las creencias de los padres de familia cumplen un papel muy importante en los momentos críticos, como la muerte de los niños. Es el caso de Catalina (27 años, primaria), quien meses antes del fallecimiento de su hijo Antonio (de seis años) tuvo continuos momentos de negociación con la voluntad de Dios. A pesar de tener la convicción de que Dios era quien decidía si su hijo moría o no, sufría largos periodos de tristeza e incluso ideas sobre suicidio por su incapacidad para encontrar consuelo. La idea de la muerte de su hijo fue un problema difícil de sobrellevar:

«“¡Ya Dios, si te lo quieres llevar, llévatelo!” [...] Entonces, yo decía esas palabras en el hospital, pero cuando llegué a mi casa, al ver los recuerdos de Antonio, al ver sus juguetes en el ropero, su cuna donde él dormía, o sea, ¡no! Decía: “No, ¿cómo que te me vas a ir? Todavía no estoy preparada para que te vayas”. Y es lo que quiero: sentirme preparada para el día de mañana poder decir: “Mi niño descansa en paz”, y no decir: “¿Por qué te me vas?”».

Las dificultades de su vida cotidiana no ayudan en este proceso, pues se trata de una familia en una situación funcionalmente difícil. En general, sus miembros se encuentran aislados, sin redes de apoyo de las familias extensas, sobre todo la de la madre. Catalina y su esposo Nuno (28 años, primaria) tienen una relación muy conflictiva y se

encuentran desvinculados emocionalmente. Catalina se refugia en sus creencias religiosas para sobrellevar la situación en la que se encuentra.

Caso 4. “Si Dios nos dio otra oportunidad, ¿para qué nos vamos a estar lamentando?”

En la familia de Sara (32 años, analfabeta) y Julián (31 años, sin estudios), el niño adquiere la parálisis cerebral debido a un accidente automovilístico en el que el padre pierde el control del vehículo. Ese día, Julián había bebido demasiado alcohol. Cecilio (seis años, primaria) viajaba en el asiento del copiloto en brazos de Sara. Cuando la camioneta choca, el niño es expulsado del vehículo y sufre daño cerebral. A partir de ese día, Julián culpa a Sara de lo ocurrido, y ella a su vez lo culpa a él.

La convivencia en familia es muy difícil debido a la violencia que Julián ejerce sobre Sara y sus cuatro hijos: Martín (14 años, primaria), Ania (11 años, primaria), Guillermo (10 años, primaria) y el propio Cecilio. Lo que más molesta a Sara es que Julián ponga a sus hijos a hacer ladrillos, que no los deje jugar y que desquite su enojo con ellos. Esta situación y el aislamiento tienen a Sara muy desilusionada. Aun así, ella ha hecho todo lo posible por mantener unida a la familia, y la manera en que lo ha logrado es resignificando el accidente en el que Cecilio sufrió el daño cerebral:

«No, a él [a Cecilio] nunca lo he visto así [que esté discapacitado por mi culpa]. Yo en un principio decía que era por nuestra culpa —de los dos, tanto él como yo—, pero digo: “Si Dios nos dio otra oportunidad, ¿para qué nos vamos a estar lamentando? En vez de estarnos lamentando, hay que darle lo mejor para que salga adelante porque ya Dios bendito nos dio licencia [para] que el niño esté otra vez con nosotros”».

De esta forma, a pesar de la tristeza que padece, recupera la experiencia como una nueva oportunidad de vivir dada por Dios a pesar de las secuelas del accidente sufridas por el menor de sus hijos.

Caso 5. “Dios nos da lo que merecemos. A lo mejor es para mí salvación”

En muchas de las representaciones que se tienen sobre la discapacidad, se asocia el hijo que la su-

fre con la idea de que es la cruz que debe llevarse, tal como Jesucristo cargó la suya. Así, el menor se convierte en el sacrificio que debe hacer cada persona de manera diferente. Este es el caso de la familia de Dulce (13 años, en escuela de educación especial), integrada por sus padres Mauro (46 años, secundaria), Luz (42 años, analfabeta) y siete hermanos, de los cuales sólo dos viven actualmente con Luz y Dulce: León (17 años, primaria) y Ramón (15 años, primaria).

Luz se ha dedicado a cuidar y mantener a sus hijos sola, en un entorno sociocultural muy poco propicio para las mujeres ya que su esposo se encuentra preso. Su situación es de gran vulnerabilidad al no contar con trabajo ni tener la colaboración de su esposo. El medio machista en el que viven se perpetúa en los discursos cotidianos, incluso en los de Luz: “Una mujer, cuando quiere a su esposo, lo obedece, le tiene su ropa limpia, le tiene su cuarto limpio, le tiene su familia, lo atiende bien, con amor”.

Actualmente ella está deprimida y con muchas carencias ya que no puede conseguir un trabajo con sueldo fijo. Para ella, sus hijos y la situación de su esposo son la cruz que debe llevar:

«Casi no estoy enojada; más bien me da por estar triste. Pero así de que maldiga o no maldiga, no... y menos a mis hijos. Rara es la vez que ando enojada. Yo siempre tengo una sonrisa en la cara, aunque ande que me lleva... La gente me dice: “Ay, señora, usted siempre bien contenta; usted siempre bien alegre y no aparenta la vida que lleva”. Digo, es que la gente no tiene la culpa de mis problemas. Dicen mis hijos que cada quien se traiza su destino. ¿Por qué voy a envidiar a otras personas? Dios nos da lo que merecemos, y a lo mejor es para mí salvación [señala a la niña con parálisis cerebral]. No sé. Me da por llorar».

En este ejemplo, la narración expuesta es la del niño como el sacrificio que hace la madre para su salvación. No la lleva a pensar en la calidad de vida que tiene, sino a soportar abnegadamente la suerte que le tocó vivir por la promesa de la gratificación. La entrevista de Luz se narra teniendo como ejes dos momentos significativos para su vida: el encarcelamiento de su esposo y la discapacidad de la hija desde su nacimiento.

Caso 6. “Es que todas las noches le pido a Dios que me ayude a caminar, a hablar, pero no, no me escucha”.

Esta manera de aceptar la enfermedad por parte de los adultos, que constituye el pilar para valorar su experiencia, no siempre es compartida por los niños. En uno de los casos, los padres trataron de hablar con su hija sobre la discapacidad utilizando ese discurso, pero la niña se sintió profundamente irritada con ellos y con Dios debido a que no la escuchaba cuando le pedía caminar:

«Le digo: “Mi amor, mi padre Dios quiso que tú estuvieras así. Como todo el mundo somos diferentes, tú eres así, así Dios quiso mandarte”. Y era cuando también se ponía triste: “Es que todas las noches le pido a Dios que me ayude a caminar, a hablar, pero no, no me escucha”. Y le digo: “Hija, Dios está ocupado. Mira a tantos niños con cáncer, con tumores en su cerebro y que están a punto de morir. Él se preocupa por ellos. Porque a ti no te falta nada. Tú, gracias a Dios, puedes comer, puedes usar el baño... O sea, ¿qué te falta?” ».

Cabe destacar que Juanita (12 años, asiste a una escuela especial) no cumple con sus objetivos de rehabilitación, pues se niega a llevar a cabo sus terapias. Se muestra incómoda con su cuerpo y tiene continuos arranques de enojo. Para ella, la creencia en un Dios que quiere que ella tenga parálisis cerebral no constituye un elemento para valorar su vida como algo deseable, con metas, o lo suficientemente motivante para aspirar a estar mejor. El debate sobre un Dios que quiere que ella esté así se ha convertido en un tema de suma importancia, pues no puede conciliar a una divinidad así con el Dios benevolente de sus padres en virtud de que sus condiciones de vida y experiencias son muy distintas.

Sus padres, Lukas (44 años, primaria terminada) y Ramona (45 años, secundaria terminada), son creyentes devotos, y de esta manera han podido sobrellevar el problema de la discapacidad de Juanita. Tienen, además de ella, dos hijos: María (20 años, universidad) y Alberto (18 años, preparatoria). Los tres hermanos tienen muy buena relación entre sí.

DISCUSIÓN

Para Turner (1996), la relación entre la salud y la religión es obligada si se toma en cuenta que “la religión se ocupa de la pureza del alma y el cuerpo”. Se considera entonces que en un estudio sobre el padecimiento físico son importantes las creencias religiosas como estrategia de afrontamiento de quienes lo padecen y de sus familias.

La mayoría de las familias participantes (once) que relacionaron la calidad de vida con sus creencias religiosas tenían en su seno a un menor con una discapacidad debida a la parálisis cerebral, es decir, a un dependiente total. Las siete familias restantes tenían problemas graves en su funcionamiento, con una evidente fractura en las relaciones interpersonales y sociales, asociadas con desventajas culturales. Aunque en este estudio es difícil afirmar que el tipo de discapacidad, las características sociodemográficas o el sufrimiento fortalecen o animan el apego a las creencias religiosas, hay estudios que encuentran una relación cuando la población tiene ciertas características. Por ejemplo, en un estudio realizado en México por Rivera y Montero (2007) con adultos mayores se encontró que el afrontamiento religioso de la soledad es una estrategia más común en las mujeres que en los hombres, pero conforme avanza la edad ambos sexos la utilizan. Dicha estrategia también es empleada más por personas con escaso nivel educativo, solteros o viudos y cristianos, en comparación con personas de mayor nivel educativo, casados o en unión libre y católicos, respectivamente.

Es un hecho que durante mucho tiempo se ignoró la relación entre la calidad de vida y las creencias religiosas. Los principales teóricos que exploran el bienestar de las personas con discapacidad y sus familias no consideran que las creencias religiosas sean un elemento a evaluar (Córdova, Verdugo y Gómez, 2009; Gómez y Verdugo, 2009; González y Jenaro, 2009; Sabeh, Verdugo y Prieto, 2009; Sainz, Verdugo y Delgado, 2009; Verdugo y Schalock, 2009). Es solo en los últimos años cuando han surgido estudiosos que encuentran una relación no solo indudable sino primordial (Murphy, Ciarrocchi, Piedmont, Cheston y Peirot, 2000; Quiceno y Vinaccia, 2011; Rodrí-

guez, Fernández, Pérez y Noriega, 2011; Yoffe, 2009), autores para los cuales marca una diferencia importante en la percepción de bienestar, lo que coincide con los resultados del presente estudio.

Dichos hallazgos coinciden asimismo en mostrar una característica común: la necesidad de construir una narrativa que permita percibir la vida como algo tolerable o, en algunos casos, hasta próspera y con un bienestar evidente, lo que coincide con lo señalado por Kleinman (2008) sobre la relevancia de la narrativa en la comprensión profunda de la enfermedad, el cuidado (Kleinman, 1988), el sufrimiento y la calidad de vida (Kleinman y Kleinman, 1996). Las creencias religiosas en los casos de enfermedad o discapacidad se integran como una trama posible en la narración. De acuerdo con los discursos que se asuman, se construye la realidad de las experiencias. En el presente estudio se observa la manera en que las creencias religiosas se trenzan con el modo en que las personas perciben su calidad de vida en el continuo vaivén de la aceptación y la lucha: 1) en la mayoría de los casos representa para ellas un intento de adaptación individual y social (en algunas ocasiones afortunado, no así en otras); 2) aceptan con abnegación el sufrimiento por ser la voluntad de Dios, lo que les hace posible plantear su situación a través de valores culturalmente reconocidos y aceptados, un ejemplo de lo cual es la madre abnegada que sacrifica todo por sus hijos, y 3) se produce un cuestionamiento sobre su propia creencia en Dios.

Cuando las familias con un miembro discapacitado buscan una explicación, no es difícil encontrar respuestas del tipo “Dios así lo quiso”. Esta idea es tratada por Swinburne (2011), quien explica que, en el contexto religioso, esta respuesta funciona debido a que contiene los elementos para afirmar la creencia: únicamente un mal puede ocurrir para lograr un bien mayor. Para las familias estudiadas en este trabajo, tal patrón se ejemplifica cuando asumen su condición como el modo en que la familia podrá mantenerse unida.

Por otro lado, se advierte el papel de la mujer en estos grupos familiares: abnegada, aislada y sin reconocer que ella también necesita bienestar (Mora, 2012). Esto mismo se explora en el trabajo de Landsman (2009) con madres de niños con discapacidad en Gran Bretaña: la mujer como

cuidadora primaria suele cargar no únicamente con el trabajo que implica el cuidado del niño discapacitado, sino también con la culpa por esa discapacidad. En esta afirmación ocupa un lugar primordial la idea tan extendida de que es el cuerpo femenino en el que se desarrollan los niños el responsable, dejando de lado una gran cantidad de circunstancias por las que la discapacidad puede ocurrir.

Finalmente, respecto a cómo es que lo señalado aquí podría servir para el tratamiento de estos niños y de sus familias, se aprecia que la capacidad de las creencias para crear las tramas con las que se concibe la realidad es un campo que han considerado de interés diversas terapias; la narrativa con la que se “co-escribe” la realidad por los sujetos puede crear nuevos significados (Limón, 2005); esto es, que lo que se entiende por bienestar, calidad de vida y enfermedad son elementos de suma importancia en la atención de la salud. De aquí que las creencias deban ser integradas al tratamiento, ya sea desde una visión posmoderna, constructivista o sistémica, pues, como apunta Caballero (2014), las creencias guían la respuesta de los sujetos en el mundo.

En conclusión, el presente estudio propone en términos generales que el análisis de las creencias y las prácticas religiosas puede 1) contribuir a la evaluación de la calidad de vida de los niños con parálisis cerebral y de sus familias (incluso algunos de ellos expresan que la calidad de vida es “estar bien con Dios”); 2) alterar la dinámica de las familias, pues tales creencias les hacen posible soportar diversas situaciones por las promesas de su credo; 3) favorecer la reestructuración de la idea de enfermedad y permitir su resignificación, aunque no una mayor resiliencia ante el dolor; 4) ayudar en la resignación en el duelo ante la muerte; 5) modificar la conducta o la actitud ante la rehabilitación cuando no se corresponden con la idea del dios misericordioso que ayuda a la curación, y 6) dirigir la trama hacia una definición de la experiencia de la enfermedad.

En el presente estudio se reconoce que, para las madres entrevistadas, las creencias religiosas desempeñan un importante papel en su cotidianidad al ofrecerles “asideros de sentido”; son estas las que les hacen comprender y transitar en las vidas compartidas con sus familias, con ellas mis-

mas y con su hijo enfermo. Por tanto, suelen ser benéficas y favorecer la formación de una experiencia más positiva y significativa. Sin embargo, cuando se interpretan a un grado tal que el propio bienestar se ve en un segundo término, vuelven vulnerables a los sujetos y tienen serias repercusiones en su salud física y mental que es necesario tratar mediante intervenciones que consideren, además de los elementos tradicionales, los culturales y religiosos. Otro aspecto por considerar es que las instituciones no pierdan de vista la importancia de dichos elementos y colaboren de manera eficiente en enviar los mensajes adecuados para que todos los miembros de la familia generen y colaboren en la gestión de mejores condiciones de bienestar para cada uno de ellos.

En ambos casos, es importante destacar que el entorno en el cual viven las familias tiene un peso importante en la manera en que se construye la vida tras la llegada de un niño con discapacidad. La idea del sufrimiento llevado hasta límites que

no son sanos —como el de esperar que sean las madres sobre las que recaiga la mayor parte del cuidado y del sostén emocional primario de ella y su familia— puede tener y tiene efectos en la relación y calidad de vida de toda la familia.

El dolor, la enfermedad y el sufrimiento son procesos socioculturales que trascienden el mundo físico y enmarcan lo que el cuerpo hace a la vida de los sujetos que los padecen, y lo que la cultura, a través de las creencias religiosas, ofrece como un esquema perceptual para comprender su experiencia de vida.

Es necesario continuar el estudio de las creencias religiosas como una trama en la narrativa de vida de las personas que sufren enfermedades y sus familias, así como el modo en que aquellas les hace posible comprender su situación y vivirla desde el padecimiento, la culpa, el dolor y, en muchos casos, la precariedad de opciones disponibles para mejorar sus condiciones de bienestar y calidad de vida.

REFERENCIAS

- Andéu, J. (2000). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Fundación Centro Estudios Andaluces*, 10(2), 1-3. Disponible en <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>.
- Bateson, G. y Bateson, C. (2000). *El temor de los ángeles. Epistemología de lo sagrado*. Madrid: Gedisa.
- Boyer, P. (2010). *Y el hombre creó a los dioses*. México: Taurus.
- Caballero, E. (2014). *Estructura mental de la patología*. México: Psicoterapia de Premisas.
- Córdova, L., Verdugo, M. y Gómez, J. (2009). Adaptación de la Escala de Calidad de Vida Familiar en Cali (Colombia). En M. Verdugo (Dir.): *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y herramientas de evaluación* (pp. 273-290). Salamanca (España): Amarú.
- Funes, M. (2007). Mito y ritual: terapeutas religiosos en el contexto del catolicismo en el área metropolitana (Argentina). *Mitológicas*, 22, 55-68.
- Gómez, M. y Verdugo, M. (2009). La calidad de vida en la adolescencia: evaluación de jóvenes con discapacidad y sin ella. En M. Verdugo (Dir.): *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y herramientas de evaluación* (pp. 77-102). Salamanca (España): Amarú.
- González, F. y Jenaro, C. (2009). La calidad de vida en niños hospitalizados. En M. Verdugo (Dir.): *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y herramientas de evaluación* (pp. 103-122). Salamanca (España): Amarú.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (2008). Catastrophe and caregiving: the failure of medicine as an art. *The Lancet*, 371(9606), 22-23.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1996). The appeal of experience; the dismay of images. Cultural appropriations of suffering in our times. *Daedalus*, 125(1), 1-23.
- Landsman, G. (2009). *Reconstructing motherhood and disability in the age of "perfect" babies*. London: Routledge.
- Limón, G. (2005). *Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas*. México: Pax México.
- Lorente, M., Rosa, A., Montero, I., Martí, L., García, B., Calvo, E., Fierro, M., Martín, M., García, M., Martínez, M., Ortega, P., Gómez, M. y López, P. (1993). *Instrucción y progreso escolar en niños con parálisis cerebral, de preescolar y ciclo inicial: un estudio de seguimiento*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.
- Mora, C. (2012). Familias de pacientes con parálisis cerebral severa; sus indicadores de calidad de vida. *Investigación y Ciencia*, 55, 33-41.

- Murphy, P., Ciarrocchi, J., Piedmont, R., Cheston, S.H. y Peyrot, M. (2000). The relation of religious belief and practices: depression and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(6), 1102-1106.
- Parsons, T. (1996). The theory of human behavior in its individual and social aspects. *The American Sociologist*, 27(4), 13-23.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychology. Avances de la disciplina*, 5(1), 25-36.
- Ridge, D., Williams, I., Anderson, J. y Elford, J. (2008). Like a prayer: the role of spirituality and religion for people living with HIV in the UK. *Sociology of Health & Illness*, 30(3), 413-428.
- Rivera, A. y Montero, L. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-47.
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M. y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11(2), 24-49.
- Sabeh, E., Verdugo, M. y Prieto, G. (2009). Dimensiones e indicadores de calidad de vida en la infancia. En M. Verdugo (Dir.): *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y herramientas de evaluación* (pp. 61-76). Salamanca (España): Amarú.
- Sainz, F., Verdugo, M. y Delgado, J. (2009). Adaptación de la Escala de Calidad de Vida Familiar al contexto español. En M. Verdugo (Dir.): *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y herramientas de evaluación* (pp. 251-270). Salamanca (España): Amarú.
- Salazar, C. (2014). *Antropología de las creencias. Religión, simbolismo, irracionalidad*. Barcelona: Fragmenta.
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2009). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M. A. Verdugo (Dir.): *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de valoración* (pp. 29-41). Salamanca (España): Amarú.
- Swinburne, R. (2011). La libertad y el mal. En J. Baggini y J. Stangroom (Comps.): *Lo que piensan los filósofos* (pp.113-120). Madrid: Paidós.
- Turner, B. (1996). *The body and society*. London: SAGE.
- Vallés M., S. (2009). *Cuadernos metodológicos: entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Verdugo, M. y Schalock, R. (2009). Aspectos claves para medir la calidad de vida. En M. Verdugo (Dir.): *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y herramientas de evaluación* (pp. 43-58). Salamanca (España): Amarú.
- Verdugo, M., Jenaro C. y Schalock, R. (2009). Estudio transcultural de la calidad de vida. En M. A. Verdugo (Dir.): *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de valoración* (pp. 251-265). Salamanca (España): Amarú.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A., Park, C.L. Kwan, L. Ganz, P.A. y Blank, T.O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77, 730-41.
- Yoffe, L. (2009). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*, 7, 193-206. Disponible en <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf>.

Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve¹

Depression and adherence to antiretroviral medication: Effects of a brief behavioral intervention

Humberto Valle-Soto², Susana Robles-Montijo³,
John S. Wiebe⁴ y Juan José Sánchez-Sosa²

Citación: Valle S., H., Robles M., S., Wiebe, J.S. y Sánchez-Sosa, J.J. (2019). Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve. *Psicología y Salud*, 29(1), 139-153.

RESUMEN

Antecedentes. Hay una considerable ausencia de intervenciones sencillas y eficaces para aumentar los niveles de adherencia a la terapia antirretroviral y disminuir los niveles de depresión en población seropositiva mexicana. *Objetivo.* En este contexto, se evaluaron los efectos de una intervención basada en las técnicas de activación conductual, adicionada con módulos de psicoeducación, solución de problemas y relajación muscular progresiva profunda, sobre los niveles de sintomatología depresiva y adherencia a la terapia antirretroviral de pacientes seropositivos de la Ciudad de México. *Método.* Se usó un diseño intrasujetos con ocho réplicas individuales y mediciones de línea base, postratamiento y seguimiento a un mes sobre variables psicológicas y conductas de adhesión medidas mediante el VPAD-24, el BDI-II, el SVE-12 y los autorregistros conductuales de la toma de medicamento y el nivel de agrado de las actividades. *Resultados.* Los resultados se presentan en tablas de resumen y gráficas para cada participante según la etapa de intervención. *Discusión.* La combinación de procedimientos disminuyó los niveles de sintomatología depresiva y aumentó los niveles de adherencia. La activación conductual y la solución de problemas se aprecian más asociadas a un aumento del nivel de agrado y de toma del medicamento antirretroviral en los autorregistros. En consecuencia, es posible proponer la conclusión preliminar de que la intervención propuesta disminuye los niveles de depresión, aumenta los niveles de adherencia a la terapia antirretroviral y mejora el manejo de situaciones generadoras de estrés.

Palabras clave: VIH; Depresión; Estrés; Adherencia terapéutica; Terapia conductual.

ABSTRACT

Background. There is a noticeable scarcity of publications on easy-to-administer interventions aimed at increasing therapeutic adherence and decreasing depressive symptoms in persons living with HIV in Latin America in general, and in Mexico in particular. *Objective.* To evaluate the clinical effects on depressive symptoms and medication adherence, of an intervention based on behavioral activation techniques, supplemented with educational materials, problem-solving strategies and deep muscle relaxation. *Method.* A within-subjects baseline-pre-post-follow-up design with eight individual clinical replications was used to examine the effects of the treatment. *Measures included Beck's Depression Inventory, the VPAD-24 and the SVE-12 scales for adherence and stress management respectively, and additional behavioral self-recording techniques on medication adherence*

¹ Los autores agradecen muy especialmente a los doctores Laura Acuña y Víctor Rodríguez sus comentarios a una versión preliminar del manuscrito. El presente estudio recibió apoyo financiero parcial de las subvenciones 248477 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, e IN-303618 de la Dirección de Asuntos del Personal Académico e Investigación de la UNAM (PAPIIT). Artículo recibido el 14 de agosto y aceptado el 3 de septiembre de 2018.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Edif. "D" Mezzanine, Laboratorio 015, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: hvalleso@gmail.com. y jujosaso@gmail.com.

³ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de Los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 52970 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correo electrónico: susana@unam.mx.

⁴ Psychology Building, Room 112, Department of Psychology, The University of Texas at El Paso, 500 W. University, 79902 El Paso, TX, Estados Unidos de América, correo electrónico: jwiebe@utep.edu.

and perceived pleasing value of behavioral activation behaviors and activities. Treatment integrity was protected through standardized materials and consistent therapeutic techniques. Results. Data analyses show clinically relevant decreases in depressive symptoms as well as increases in medication adherence and perceived pleasing value of behavioral activation actions in all participants, as shown by scales' data and self-behavioral recordings. Discussion. Although some methodological precautions could well improve future similar studies, the present findings suggest that an easy-to-administer combination of behavioral activation and didactics-based exercises and planning are effective interventions on HIV+ Spanish-speaking participants.

Key words: HIV; Medication; Depression; Behavioral activation; Therapy.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que ataca el sistema inmunológico de las personas (Castro, Gutiérrez y Villena, 2007) y ocasiona un deterioro progresivo del sistema inmunológico (Klimas, O'Brien y Fletcher, 2008; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013); Vargas y Boza, 2012).

El VIH sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en el mundo; en el año 2016 había aproximadamente 36.7 millones de personas infectadas, y ese mismo año se produjeron 1.8 millones de nuevas infecciones y un millón de personas fallecieron por causas relacionadas con el virus (OMS, 2017). En México, el número de casos de VIH muestra un aumento importante año tras año; a la fecha, hay unos 73,215 pacientes con VIH, de los cuales 13,247 residen en la Ciudad de México (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA], 2017; Secretaría de Salud/CENSIDA, 2008).

Actualmente, la infección por VIH podría concebirse como una infección crónica con una esperanza de vida casi normal (Castro et al., 2007; World Health Organization [WHO], 2016) gracias a la terapia con medicamentos antirretrovirales, cuyo objetivo es disminuir el número de copias del virus a una medida “indetectable” —esto es, por debajo de 50 copias por mililitro de sangre (Hammer et al., 2006)— y aumentar los conteos de células protectoras CD4 en la sangre del paciente (Castro et al., 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 2017; Vargas y Boza, 2012).

Se ha demostrado que el éxito de la terapia antirretroviral depende de que el paciente observe niveles tan elevados como 95% de apego a las pautas de la medicación para mantener la replicación viral en un nivel mínimo. Una disminución minúscula de la adherencia (tan pequeña como de 95 a 90%) suele resultar en una reducción marcada de las tasas de supresión viral (Berg, Michelson y Safren, 2007; Castro et al., 2007; Shuter, 2008; WHO, 2016). Pese a su importancia, en México se ha encontrado que solo alrededor de la mitad de los pacientes muestra una adherencia óptima (arriba de 95%) (Balandrán, Gutiérrez y Romero, 2013; Peñarrieta et al., 2009; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008).

Diversos estudios han mostrado la correlación inversa que existe entre la depresión y la adherencia terapéutica (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Horberg et al., 2008; Maru et al., 2008; Orejudo, Ladero, Carrobles y Malo, 2006; Piña et al., 2008). Por ejemplo, Uthman, Magidson, Safren y Nachega (2014) realizaron un metaanálisis que incluía 111 estudios sobre la relación entre ambas variables en una muestra total de 42,366 participantes. Concluyeron que la probabilidad de sostener una adherencia adecuada (toma $\geq 95\%$) era 42% menor en los participantes que mostraban síntomas depresivos que en aquellos que no los padecían.

Aproximadamente un tercio de los pacientes manifiestan sintomatología depresiva (entre 20 y 40% de los casos) (Galvan, Davis, Banks y Bing, 2008; Horberg et al., 2008; Mao et al., 2008; Newman, Limin, Kippax, Saltman y Kidd, 2008; Pinto et al., 2012). En México se ha visto una prevalencia muy semejante a la encontrada en estudios internacionales; por ejemplo, Soto y Cruz (2014), trabajando con una muestra de 252 participantes de Ciudad Juárez, hallaron que, medida con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), 20.6% de ellos padecían depresión. Galindo y Ortega (2010), en Xalapa, encontraron que 18.76% de un total de 160 pacientes padecían depresión, medida con el Cuestionario Clínico de Síndrome Depresivo (Calderón, 1995). Cruz (2015), en Ciudad de México, halló en una muestra de 223 participantes que 26% de ellos padecían síntomas depresivos medidos con el BDI.

En dichos pacientes se observa una estrecha relación entre la adherencia terapéutica, la depresión

y el estrés. La aparición de estados emocionales tales como la ansiedad o el estrés está relacionada con la probabilidad de padecer sintomatología depresiva (Rodkjaer, Laursen, Balle y Sodemann, 2010). En uno de esos estudios, Bottonari, Roberts, Ciesla y Hewitt (2005) hallaron que ciertos eventos estresantes pueden ocasionar lapsos de escasa adherencia, aun en ausencia de sintomatología depresiva; sin embargo, dicho efecto es mucho mayor cuando el paciente se encuentra deprimido. Por su parte, el modelo propuesto por Piña y Sánchez-Sosa (2007) y Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila (2009) concede una posición relevante al estrés como un factor que afecta la adherencia terapéutica.

La terapia cognitivo-conductual para la adherencia terapéutica y la depresión (CBT-AD, por sus siglas en inglés) ha mostrado ser efectiva para disminuir los niveles de depresión y aumentar los de adherencia en distintos estudios. La CBT-AD se basa en el abordaje tradicional cognitivo-conductual para la depresión y combina diversas técnicas de intervención empleadas en enfermedades crónicas (Safren, Otto y Worth, 1999; Thomason, Bachanas y Campos, 1996). El programa ha demostrado en repetidas ocasiones su efectividad en pacientes (predominantemente blancos no hispanos) con VIH/sida. Numerosos ensayos controlados aleatorizados demuestran los claros efectos de la CBT-AD (Safren et al., 2001; Safren et al., 2009).

Existen pocos intentos por emplear la CBT-AD en población latina. Solamente Simoni et al. (2013) han hecho una prueba clínica aleatorizada preliminar de la CBT-AD en 40 participantes de ascendencia latina en la ciudad de El Paso; en dicha prueba, el tamaño del efecto de la intervención fue de moderado a grande, incluso en las mediciones de seguimiento, viéndose aumentada la adherencia, disminuidos los niveles de depresión y mejorados los resultados en mediciones clínicas del grupo intervenido ante uno de comparación.

La activación conductual (AC) es un componente de la CBT-AD que busca mejorar el estado de ánimo de los pacientes mediante el aumento de actividades placenteras, lo que facilita la aparición de reforzadores potencialmente antidepresivos en el ambiente. En general, la AC busca identificar y promover que el paciente realice actividades que le resulten placenteras (Santiago-Rivera et al.,

2008), consistentes con sus metas a largo plazo, con el propósito de romper el ciclo de la depresión (Dimidjian et al., 2006).

La AC por sí sola ha mostrado su efectividad para disminuir los niveles de depresión en participantes con otros problemas, y tiene niveles de eficacia tan elevados en pacientes con depresión grave como los obtenidos con antidepresivos, y aún mejores que los de la terapia cognitiva sola (Dimidjian et al., 2006). La AC genera una considerable resistencia a las recaídas, equiparable a los de las terapias cognitiva y cognitivo-conductual (Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998), e incluso más elevada que el tratamiento con antidepresivos (Dimidjian et al., 2006). En distintas revisiones y metaanálisis no se encuentran diferencias significativas entre la terapia cognitivo-conductual con o sin las técnicas cognitivas (Bell, Marcus y Goodlad, 2013).

Específicamente en poblaciones latinas, las intervenciones con AC han obtenido resultados positivos para disminuir la sintomatología depresiva (Kanter, Diéguez, Rusch, Busch y Santiago-Rivera, 2008), por lo que se prefiere su uso al de las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales (Santiago-Rivera et al., 2008). Los componentes de la AC se adaptan fácilmente a los valores culturales de las poblaciones latinas y tienen un potencial mayor que las intervenciones cognitivo-conductuales (Santiago-Rivera et al., 2008). Un ensayo clínico realizado por Simoni et al. (2013) mostró que los pacientes calificaron los componentes de la AC como los más aceptados y útiles.

Respecto al VIH, Magidson, Seitz-Brown, Safren y Daughters (2014) realizaron una intervención grupal cuyo contenido era flexible, pues sólo se contaba con los módulos de AC y el ejercicio de planeación denominado *pasos vitales*. Participaron 13 pacientes, 12 de los cuales eran afroamericanos, a quienes se dio un promedio de 3.49 sesiones por paciente (el programa constaba de ocho sesiones). Al concluir la intervención, se observó una reducción significativa de la depresión, medida con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Sin embargo, dichas mediciones solo se hicieron en cuatro participantes, los únicos que decidieron acudir de forma voluntaria a las sesiones de seguimiento. Dos de ellos fueron los que

más habían asistido a las sesiones grupales. Además, se vio una ligera mejoría en los niveles de adherencia de los pacientes, no obstante lo cual ya mostraban adherencia desde la línea base.

Tomando en cuenta ambas intervenciones (CBT-AD y AC), se propone que sí los componentes cognitivos relativamente complejos de la CBT-AD pueden omitirse sin una pérdida significativa de la eficacia en el tratamiento, la intervención conductual derivada podría ser ampliamente aceptada por los pacientes latinos y muy fácilmente aplicable a través de una intervención hecha por el personal sanitario no especializado. También tendría el potencial de ser extendida a consejeros paraprofesionales, como trabajadores sociales y otros empleados del sector salud.

Hay, en efecto, pocos estudios que evalúen la eficacia de las intervenciones para mejorar la adherencia y disminuir la sintomatología depresiva y el estrés en pacientes seropositivos en México. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de la terapia de AC en los niveles de carga viral plasmática (CV), conteos de CD4, adherencia al tratamiento antirretroviral, sintomatología depresiva y afrontamiento ante el estrés en pacientes con VIH/sida de la Ciudad de México.

MÉTODO

Diseño

En virtud de tratarse de un diseño experimental ampliamente documentado en la literatura de investigación en psicología y considerado como especialmente sólido en estudios clínicos, el presente estudio siguió un diseño intrasujetos, con tantas réplicas clínicas como participantes se logró reunir para el estudio, de manera que cada participante representa una réplica sistemática del mismo (Kazdin, 2011; Sidman, 1960; Tate et al., 2013).

Participantes

El estudio incluyó participantes varones mayores de 18 años de edad de la referida ciudad con VIH/

sida que se encontraban bajo un tratamiento antirretroviral en ese momento. Los participantes exhibían una sintomatología depresiva indicada por puntajes superiores a 13 en el IDB-II, y una adherencia subóptima a la terapia antirretroviral (menor a 95% en la última semana), tal como proponen Golin et al. (2002) con el reactivo "En los últimos siete días, ¿cuántas veces no ha tomado su medicamento?". Se tomó como error de adherencia cualquier desviación en el horario de ingestión del medicamento antirretroviral o la omisión de las tomas reportadas por el paciente.

No participaron en el estudio pacientes con evidencia o diagnóstico formal de psicosis activa, uso de drogas inyectables, cáncer o deterioro cognitivo importante en virtud de que son condiciones que imposibilitan la instrumentación de los procedimientos educativo-clínicos. En ausencia de un diagnóstico formal, se empleó el cribado y juicio del clínico tratante. Se excluyó del análisis final a quienes no completaron 80% de los contenidos de la intervención, particularmente el módulo de AC.

Se reclutó a los participantes mediante invitaciones en línea, tanto en redes sociales como en grupos de apoyo para pacientes con VIH/sida, y se pidió a esos participantes activos que invitaran a otros posibles interesados en sumarse al estudio. Por último, se acudió a distintas organizaciones y centros de apoyo no gubernamentales (Fundación Unidos por un México Vivo, A.C. y Fundación Eudes) para repartir trípticos y carteles en distintos puntos de la ciudad en los que se invitaba a participar. Una vez contactados los mismos, se les hacía una entrevista inicial para valorar el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Hubo doce participantes que satisficieron las características anteriormente descritas, con una media de edad de 27.5 (22-35 años), de los cuales ocho completaron el estudio. Tres de ellos no poseían un trabajo formal, uno era estudiante, seis estaban en una relación de pareja estable, tres de los cuales vivían con sus parejas, todos habían concluido el bachillerato, uno estudiaba una licenciatura, otro tenía estudios de maestría y el resto (seis) tenían el grado de licenciatura.

Validación por expertos y pilotaje

El manual de tratamiento fue evaluado de manera independiente por cinco especialistas en VIH: dos psiquiatras y tres psicólogos con posgrado, y las técnicas de intervención cognitivo-conductuales por dos psicólogos con doctorado y un especialista en desarrollo de manuales educativos. Los contenidos gráficos y autorregistros empleados fueron revisados en jueceo independiente por 22 psicólogos especialistas en ciencias conductuales y de la salud, a fin de corroborar su pertinencia para la recolección de datos y su uso a lo largo de la intervención.

Hecho lo anterior, se llevó a cabo un pilotaje del tratamiento con dos participantes, tras de lo cual el equipo de investigación hizo los cambios necesarios a los materiales y técnicas de la intervención con vistas a su integridad, idoneidad y comprensión para su uso en el estudio.

Entrenamiento y supervisión de terapeutas

La intervención fue administrada por un psicólogo con grado de maestría con base en los materiales desarrollados en el proyecto de la Universidad de Texas en El Paso (Simoni et al., 2013), adaptados al castellano de la Ciudad de México, mediante los procedimientos descritos arriba. Además del entrenamiento específico para guiarse por el protocolo de intervención y los procedimientos prescritos por los materiales, cada paciente evaluó los contenidos de cada uno de los módulos al final de cada sesión a fin de valorar la integridad del tratamiento.

Medición

Se tomaron los datos sociodemográficos de los participantes (edad, estado civil, ocupación, nivel educativo y situación laboral), el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH y la pauta médica prescrita. Se recolectaron los resultados de las pruebas de laboratorio, de los cuales se capturaron la cantidad de linfocitos CD4 en sangre (conteos de CD4) y la cantidad de copias de RNA del VIH en sangre expresada en copias/ml de sangre (CV).

Para el resto de variables se emplearon instrumentos psicométricos o autorregistros conductuales del modo en que se describe a continuación.

Adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral: Puntajes obtenidos en el cuestionario de adherencia terapéutica a antirretrovirales: variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24) y mediciones realizadas mediante autorregistros. El VPAD-24 posee validez conceptual, concurrente y predictiva adecuadas (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006), y contiene 24 preguntas tipo Likert agrupadas en cuatro apartados y con alta consistencia interna ($\alpha = 0.852$).

Sintomatología depresiva: Puntajes obtenidos mediante el IDB-II adaptado a población mexicana. La escala muestra consistencia interna ($\alpha = .87$ a $.92$) y cumple con los criterios de validez convergente con las escalas de depresión y ansiedad del HADS. La versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert. Los puntajes resultantes categorizan el nivel de depresión como mínimo, leve, moderado y grave (González, Reséndiz y Reyes, 2015).

Activación conductual: Media semanal del nivel de agrado diario referido en las mediciones de autorregistros o autoinforme de actividades tipificadas por el propio participante como agradables. El autorregistro incluye el día de la semana, las actividades realizadas a lo largo del día, el nivel de agrado general por las actividades llevadas a cabo y el nivel de agrado del día.

Afrontamiento del estrés: Puntajes obtenidos en la Escala de Situaciones Vinculadas con el Estrés (SVE-12). Esta escala, adaptada a población seropositiva (Piña, Valencia, Mungaray y Corrales, 2006), posee validez de constructo y concurrente y una alta consistencia interna ($\alpha = 0.904$). Consta de doce preguntas tipo Likert, agrupadas en tres factores. Las respuestas se muestran en formato Likert y van de 1 (“No es una situación amenazante”) a 10 (“Es una situación sumamente amenazante”).

Se efectuaron mediciones de las variables a lo largo de todo el estudio; los autorregistros se emplearon todas las semanas a partir de la línea base, misma que duró de dos a tres, hasta la semana posterior a la última sesión, y las semanas necesarias para medir el seguimiento. Los instrumentos psicométricos se utilizaron en cuatro momentos distintos: al inicio de línea base, al empezar el tratamiento, al concluir éste y al mes de seguimiento.

Procedimiento

Luego de obtenerse su línea base, los participantes empezaban la etapa de intervención, la cual comprendió siete módulos de terapia basada en técnicas de AC de manera individual con el terapeuta. Dichos módulos incluyen los utilizados por Berg, Raminani, Greer, Harwood y Safren (2008), Safren et al. (2009), Safren et al. (2012) y Simoni et al. (2013). Se agregó un módulo de retención en el que el paciente enunciaba sus principales razones para continuar con el tratamiento y no suspenderlo.

Los demás componentes incluyeron psicoeducación sobre sintomatología depresiva, activación conductual basada en la empleada por Daughters et al. (2008), Gawrysiak, Nicholas y Hopko (2009) y Daughters, Magidson, Schuster y Safren (2010); entrenamiento de adherencia (Pasos Vitales), basado en Safren et al. (2009), Safren et al. (2012) y Simoni et al. (2013), con un formato simple de solución de problemas, y entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular con el protocolo de Fahrion y Norris (1990) y Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa (2010).

Repaso y prevención de recaídas

Aunado a las sesiones presenciales realizadas cada dos semanas, se hicieron llamadas telefónicas de seguimiento a los participantes en las semanas de

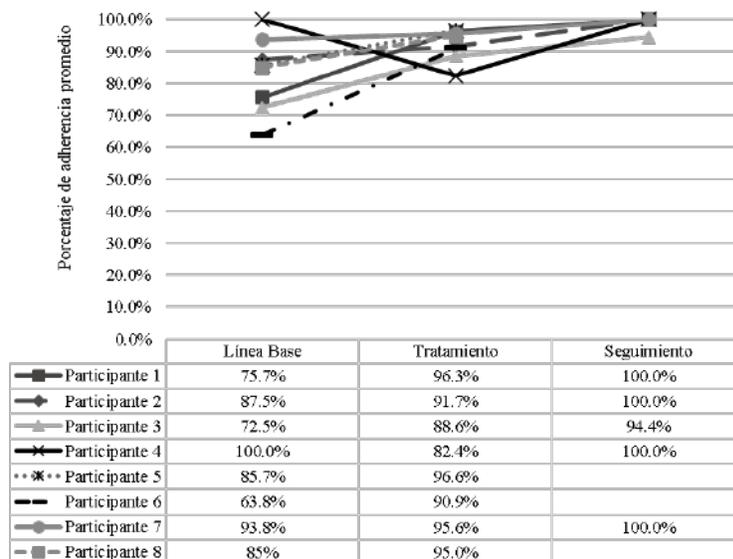
descanso. En esas llamadas se revisaba brevemente el módulo de retención –particularmente si habían incluido alguna razón más para continuar en el tratamiento–; se evaluaba la adherencia de la semana anterior mediante la pregunta “En los últimos siete días, ¿cuántas veces no ha tomado su medicamento?”; se daba retroalimentación sobre la adherencia, tanto si habían observado una adherencia adecuada (reforzamiento social positivo), como si habían cometido errores en ella (“¿Por qué motivo no logramos la toma completa del medicamento?”), y por último se evaluaban su posibles dudas al elaborar los registros y llevar a cabo las tareas en casa.

Las sesiones tenían una duración de una a dos horas cada catorce días, o con la frecuencia permitida por la disponibilidad temporal de los participantes, pues se buscaba completar el tratamiento en aproximadamente dos meses. Se permitió la flexibilidad en el número de sesiones dedicadas a cada uno de los módulos para que los participantes se adaptaran a la complejidad clínica de cada caso (Safren et al., 2009; Safren et al., 2012; Simoni et al., 2013). Sin embargo, el objetivo era que la intervención se concluyera, de ser posible, en solamente cuatro sesiones.

RESULTADOS

La Figura 1 muestra los puntajes de adherencia al régimen antirretroviral de cada participante.

Figura 1. Porcentaje de adherencia promedio por participante por periodo del estudio.



Dichos porcentajes incluyen las fallas en la toma del medicamento en horarios adecuados, en un esquema de representación típica (el paciente más beneficiado, el menos beneficiado y al que más se parecían los datos del resto). Los puntajes del participante 6 muestran los menores niveles iniciales de adherencia: de 63.8 a 90.9% al concluir (27.1% de mejoría, aunque claramente aún insuficiente). El participante 3 representa al paciente típico, es decir, la forma en que se comportó la mayoría de los pacientes; inicia el periodo de línea base con una adherencia de 72.5%, aumenta a 88.6% durante el periodo de intervención y concluye el seguimiento con 94.4% (21.5% de mejo-

ría, prácticamente en la meta clínica). Por último, el participante 1 fue el que más aumentó sus niveles de adherencia, pasando de 75.7 a 100% (adherencia perfecta) en las mediciones de seguimiento (24.3% de mejoría).

La Tabla 1 muestra cómo los participantes 4, 5 y 8 redujeron a niveles indetectables su carga viral a lo largo del estudio. Dichos participantes, además, eran de reciente diagnóstico, a diferencia del participante 6, el cual reportó en la primera medición una carga viral de 67 copias por mililitro de sangre, para después pasar a niveles indetectables.

Tabla 1. Pauta médica prescrita y resultados de pruebas de sangre por participante a lo largo del estudio.

	Participantes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad	25 años	23 años	37 años	24 años	22 años	29 años	25 años	35 años
Medicación prescrita	Atripla	Atripla	Atripla	Truvada Dolutegravir	Truvada Dolutegravir	Atripla	Atripla	Truvada Dolutegravir
Tiempo de diagnóstico	1 año y medio	2 años	7 años	9 meses	2 meses	5 años	4 meses	6 meses
CV - LB	Indetectable	Indetectable	Indetectable	1200	29'100	67	1'514	84
CD4 -LB	957	768	1107	435	366	657	485	203
CV - Intv.							114	Indetectable
CD4 - Intv.							735	554
CV - Seguimiento	Indetectable	Indetectable	Indetectable	Indetectable	Indetectable	Indetectable	Indetectable	
CD4 - Seguimiento	1108	913	870	503	985	715	-	

Nuevamente, en términos de representatividad típica, la Figura 2 muestra los datos del promedio semanal de agrado con las actividades entre los participantes 4, 7 y 8, según sus autorregistros de activación conductual. El participante 8 fue el que más se benefició de la intervención, el participan-

te 7 el que menos, y el participante 4 representa cómo se comportó la mayoría de las puntuaciones en el resto de participantes.

A su vez, la Tabla 2 detalla los puntajes de todos los participantes.

Figura 2. Promedio de nivel de agrado semanal por semana y por periodo durante el estudio.

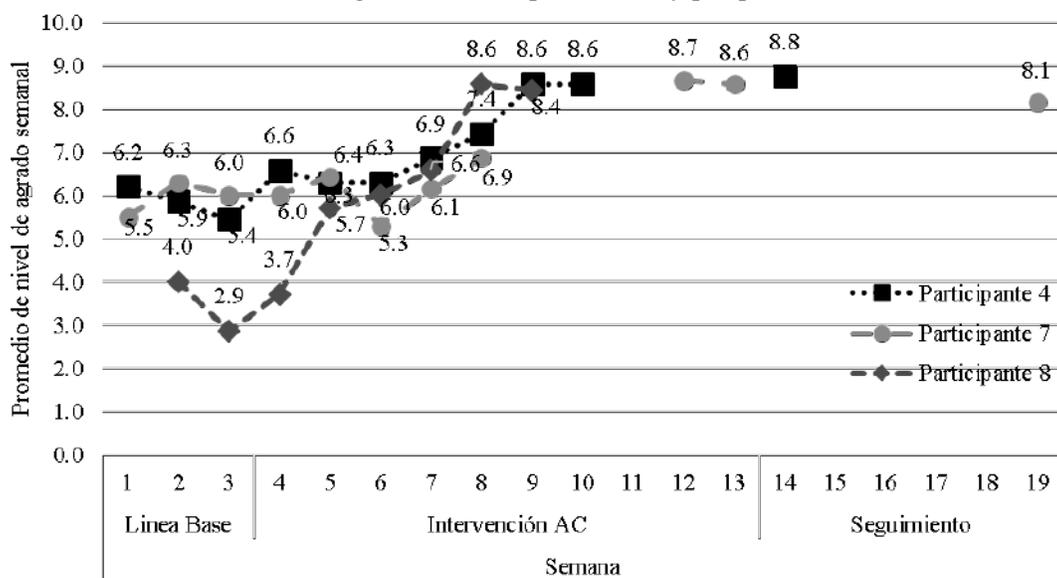


Tabla 2. Promedios de nivel de agrado semanal por participante por periodo.

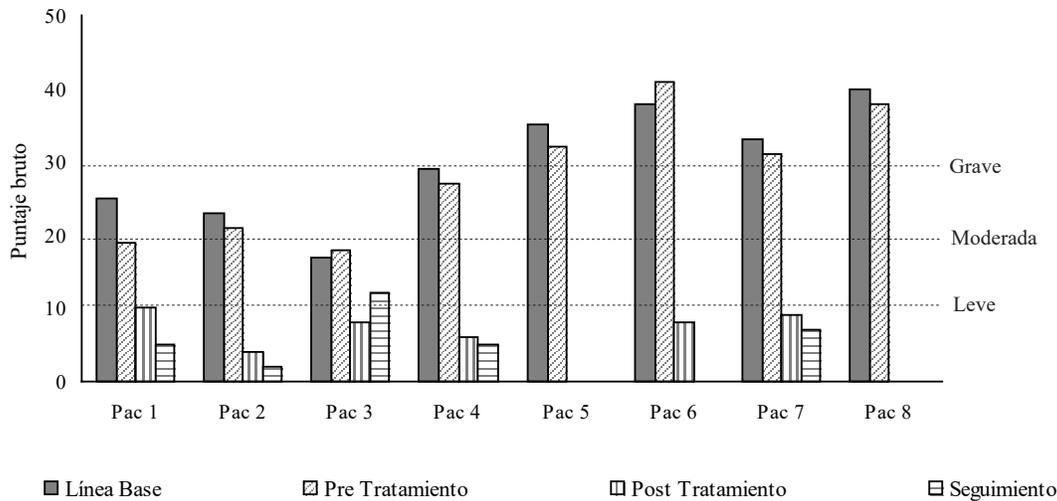
		Participantes								
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Semana	LB	1	6.0	6.0		6.2			5.5	
		2	8.0	6.0	7.3	5.9	4.5	6.0	6.3	4.0
		3	6.5	6.3	6.7	5.4	6.0	5.0	6.0	2.9
Semana	Intervención AC	4	5.2	7.1	6.4	6.6	3.7	5.1	6.0	3.7
		5	8.4	7.3	6.7	6.3		5.9	6.4	5.7
		6	7.1	6.4	6.1	6.3		4.9	5.3	6.0
		7	9.1	8.0	6.9	6.9		6.9	6.1	6.6
		8	8.7	8.3	6.3	7.4	7.7	7.7	6.9	8.6
		9	8.1	8.3		8.6	8.4	7.3		8.4
		10		9.0		8.6	9.3	8.6		
		11					9.0	9.3		
		12	9.1		8.3			9.0	8.7	
		13	8.4		8.1				8.6	
Semana	Seguimiento	14	8.4			8.8				
		15		8.4						
		16								
		17								
		18								
		19			7.3				8.1	

La tabla anterior muestra que los mayores cambios ocurrieron en los participantes 2, 4, 5 y 8, los cuales presentan las diferencias más grandes entre el promedio de sus puntajes de línea base y sus mediciones de seguimiento; para el participante 8, es entre el promedio de línea base y el promedio durante el periodo de intervención; con cambios

menores están los participantes 1 y 6, y la menor mejoría fue la del participante 3, que pasa de un promedio de 7 en la línea base a una de 7.3 en el seguimiento.

La Figura 3 muestra cómo todos los participantes iniciaron la línea base con depresión leve o superior, según los puntajes del instrumento.

Figura 3. Sintomatología depresiva por etapa de investigación.

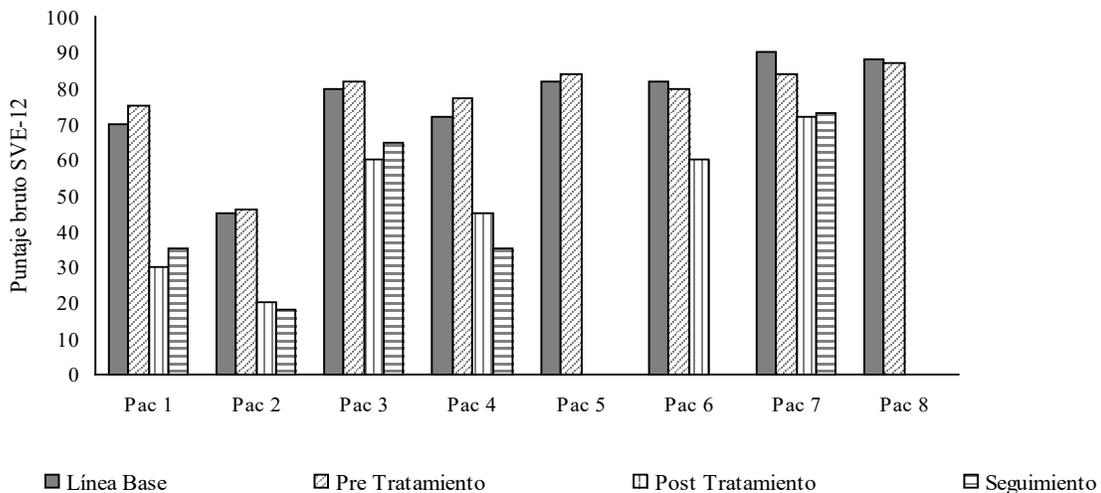


En la figura se aprecia que el participante 1 comienza el tratamiento por debajo de su puntuación de línea base, pasando de depresión moderada a leve, tendencia que se mantiene hasta el seguimiento. Sólo el participante 3 no alcanza puntuaciones por arriba de la depresión leve en la línea base, las que se reducen a diez puntos y aumentan ligeramente en el seguimiento. Los participantes 5, 6, 7 y 8 puntuaron como depresión grave en línea base, y

únicamente los participantes 6 y 7 muestran niveles postratamiento con puntajes por debajo del punto de corte para depresión leve.

Por último, la Figura 4 muestra las mediciones de todos los participantes. Se observa una mejoría al comparar las puntuaciones en línea base y pretratamiento con las posteriores (a menor puntaje bruto, menor nivel de estrés).

Figura 4. Sintomatología por estrés percibido.



DISCUSIÓN

Los resultados hallados permiten proponer que, al igual que en otras enfermedades crónicas (Hopko et al., 2013; Lundervold, Talley y Buermann, 2008; Magidson et al., 2014), la activación conductual disminuye la sintomatología depresiva. La intervención también aumenta los niveles de adheren-

cia médica de los participantes y disminuye los de estrés percibido.

Si bien este resultado se aprecia en todos los participantes, al igual que en Magidson et al. (2014), estos resultados son limitados debido a la cantidad de participantes y a las diversas características clínicas y situacionales.

Los niveles de adherencia en la línea base (sin considerar algunas desviaciones menores de horario) indican que el número de participantes con niveles de adherencia óptimos –por arriba de 95%– es muy similar al hallado en otros estudios, incluidos los llevados a cabo en México (Baladrán et al., 2013; Berg et al., 2007; Peñarrieta et al., 2009; Piña et al., 2008; Shuter, 2008; WHO, 2016). En efecto, en el presente estudio la mitad de los participantes exhibieron niveles superiores a ese porcentaje en la línea base.

Exceptuando el participante 3, todos mejoraron su sintomatología depresiva, pasando de niveles de depresión *moderada* y *grave* a niveles por debajo de *leve*. En cuanto a los resultados del VPAD-30, al comparar línea base con el postratamiento y el seguimiento, no hubo desviaciones de los puntajes mayores a 22 (puntaje bruto), lo que quizá se deba a que gran parte del cuestionario evalúa la motivación a ser adherente y las conductas de adherencia médica *previas* al diagnóstico de VIH. Por lo tanto, las diferencias, aunque pequeñas, son clínicamente relevantes porque incluyen directamente el estrés percibido, los síntomas depresivos y la adherencia terapéutica.

Si bien un análisis de la contribución relativa de cada módulo está lejos del propósito del presente estudio, algunos hallazgos clínicos específicos complementan los aquí descritos y resultan interesantes. Por ejemplo, los derivados de los reactivos “En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted todos los medicamentos que le dio su médico?”, “¿Qué tan difícil se le hace a usted mantenerse relajado y en calma?” y “¿Qué tan difícil se le hace a usted evitar situaciones que le provoquen tristeza o que lo depriman?”. Conviene recordar que el SVE-12 evalúa la respuesta de estrés ante situaciones específicas que tienen que ver con el tratamiento del paciente (Piña et al., 2006), lo que hace suponer que el desarrollo de estrategias para afrontar eventos específicos facilita una reducción en respuestas poco útiles para manejar el estrés. Tal posibilidad sugiere que la intervención facilita el desarrollo de competencias funcionales para afrontar situaciones estresantes relacionadas con el VIH.

Los resultados resultan relevantes en cuanto que indican que, en efecto, la activación conductual es una opción sencilla, viable, breve (Hopko,

Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003) y de bajo costo al no requerir la intervención de personal altamente capacitado (Ekers et al., 2011), situación que prevalece por lo general en clínicas y centros públicos de atención en América Latina.

Es muy probable que la intervención haya producido efectos positivos en la adherencia y que, tal como indican Balfour et al. (2006), Gardner, Burman, Steiner, Anderson y Bangsberg (2009) y Hughes et al. (2011), el éxito o fracaso del tratamiento depende de no requerirlo. Del mismo modo, disminuir los niveles de depresión en los pacientes supone evitarles en el largo plazo meses de costoso e innecesario sufrimiento emocional (Valente, 2003).

Luego de la implementación de la activación conductual, se observó un aumento en el nivel de agrado diario de los participantes. Ello indica asimismo una relación entre la implementación del tratamiento y la reducción de la sintomatología depresiva, relación también encontrada por Magidson et al. (2014) en pacientes seropositivos. Este hallazgo parece apoyar las teorías conductuales de la depresión, en el sentido en que, tal como lo explica Ferster (1965, 1973), la disminución de los reforzadores positivos contingentes a la conducta de los participantes propicia la aparición de sintomatología depresiva. Es probable que, gracias a la AC, los participantes comenzaran a percibir reforzadores positivos contingentes a su conducta en su propio ambiente, y a contrarrestar la disminución de la efectividad de los reforzadores debido a la pérdida de placer en estados depresivos (Costello, 1972).

Una posible explicación adicional de la mejoría de la sintomatología depresiva podría residir en el módulo de solución de problemas. La solución inadecuada de problemas se ha asociado con la sintomatología depresiva cuando los individuos encaran situaciones difíciles (Nezu, 1987). Esto podría sugerir que una posible explicación a la disminución de tal sintomatología en el presente estudio se pueda también atribuir a los efectos del módulo de solución de problemas (Nezu, Nezu, Saraydarian, Kalmar y Ronan, 1986). Tal sería el caso del participante 2, que mejoró su sintomatología depresiva, estrés percibido y falta de adherencia sólo hasta que encontró formas de afrontar sus problemas económicos, de horario y de pareja.

Otra explicación de este fenómeno reside tal vez en una transferencia del efecto clínico al medio social natural de los pacientes y a una habituación propiciada por el paso del tiempo desde que principia la activación conductual. Quizá la mejoría de los participantes 2, 6 y 7 pudo deberse al tiempo transcurrido desde la sesión de AC y psicoeducación sobre la depresión, y no únicamente al módulo de solución de problemas. Fue únicamente hasta después de sus vacaciones que el participante 7 mostró un aumento considerable en el promedio de agrado semanal, lo que puede indicar la necesidad de periodos más prolongados para estabilizar claramente los efectos de las actividades agradables en este participante.

En las gráficas presentadas se aprecia cómo los cambios en algunos de los participantes permiten suponer que, a partir del uso de estrategias adecuadas para mantenerse adherentes (en los módulos de solución de problemas y pasos vitales), lograron niveles de adherencia altos que se mantuvieron por varias semanas. Los participantes 1, 2, 7 y 8 tenían tasas inferiores a las óptimas en su adherencia médica, y no fue sino hasta la implementación del módulo de solución de problemas y pasos vitales que se apreció una mejoría de la misma. Estudios como el de Safren, González y Soroudi (2007), Safren et al. (2009) y Simoni et al. (2013) llevan a suponer que la mejoría en la adherencia ocurre debido a esos módulos específicos. Por ejemplo, Gross et al. (2013), trabajando con 218 participantes (38 excluidos, 91 en intervención basada en solución de problemas y 89 controles en tratamiento usual), documentaron que la solución de problemas es un componente medular para mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes con VIH. Por su parte, el módulo de pasos vitales también ha mostrado su efectividad para aumentar los niveles de adherencia por sí sola (Psaros et al., 2014). Por tanto, se puede concluir que parte de los cambios en la adherencia se deben al efecto de dichos módulos.

Finalmente, los efectos de la intervención en los participantes 3, 5 y 6 ratifican la premisa de una correlación inversa entre la adherencia terapéutica y la sintomatología depresiva (DiMatteo et al., 2000; Horberg et al., 2008; Maru et al., 2008; Orejudo et al., 2006; Piña et al., 2008; Starace et al., 2002). El participante 3 mejoró sus niveles de

adherencia, pero no hasta alcanzar una que fuese prácticamente “perfecta” como en los otros casos, quizá por su nivel de sintomatología depresiva en el seguimiento. El participante 5 representa el caso contrario: una vez que se estabilizó su estado de ánimo (reflejado en su nivel de agrado semanal), aumentaron sus niveles de adherencia. Quizá el caso más claro de lo anterior es el del participante 6, en el que es posible apreciar una disminución gradual de la sintomatología depresiva (y su nivel de agrado semanal) y un aumento de los niveles de adherencia. También se aprecian los efectos de los módulos de solución de problemas y de pasos vitales en los niveles de adherencia, los cuales alcanzaron el cien por ciento.

Al igual que todas las investigaciones de naturaleza clínica con las características del presente, este estudio tuvo algunas limitaciones. En primer lugar, los medios empleados para la captación de participantes pudo haber afectado su tipo y cantidad. Se puede suponer que solo los pacientes motivados al cambio y a ser adherentes decidieron acercarse al grupo de investigación para participar. En segundo lugar, los periodos en los que se llevó a cabo la intervención (entre ellos el sismo ocurrido en Ciudad de México en septiembre de 2017 y el periodo vacacional de diciembre del mismo año) pueden haber impedido que todos los participantes se expusieran exactamente a los mismos tiempos de intervención, e incluso aumentar su deserción. En tercer lugar, el número de participantes reclutados para el estudio fue pequeño. En cuarto lugar, todos los participantes poseían pautas de medicación con tratamientos relativamente sencillos (una o dos tabletas al día tomadas a la misma hora), lo cual habría facilitado que los participantes presentaran mejores niveles de adherencia.

Por todo lo anterior, se sugiere realizar estudios futuros que permitan saber si el paso del tiempo afecta los resultados del módulo de AC al aumentar el tiempo entre consultas; examinen réplicas de los resultados de la presente investigación con un mayor número de participantes; posean una muestra con pautas médicas más complejas (un mayor número de tabletas por día, etc.); implementen la intervención comparando su instrumentación por parte de un personal capacitado y no especializado a fin de corroborar la efectividad de la misma sin el requisito de una alta especialidad

profesional y a un menor costo; permitan hacer combinaciones en los módulos de la intervención para corroborar los efectos de cada uno en las variables de interés y pueda intentarse así un análisis de componentes, e incluyan finalmente una con-

dición de comparación para corroborar la manera en que contribuye la intervención en las diversas duraciones de tratamiento a fin de aislar la posible contribución del paso del tiempo, en especial en aquellos pacientes con diagnóstico reciente.

REFERENCIAS

- Balandrán, D.A., Gutiérrez, J.P. y Romero, M. (2013). Adherencia antirretroviral en México. *Revista de Investigación Clínica*, 65(5), 384-391.
- Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G., Angel, J., Macpherson, P. y Cameron, D. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18(7), 830-838.
- Bell, E., Marcus, D. y Goodlad, J. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722-736. doi: 10.1037/a0033004.
- Berg, C., Michelson, S. y Safren, S. (2007). Behavioral aspects of HIV care: adherence, depression, substance use, and HIV-transmission behaviors. *Infectious Disease Clinics*, 21(1), 181-200.
- Berg, C., Raminani, S., Greer, J., Harwood, M. y Safren, S. (2008). Participants' perspectives on cognitive-behavioral therapy for adherence and depression in HIV. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(3), 271-280. doi: 10.1080/10503300701561537.
- Bottonari, K., Roberts, J., Ciesla, J. y Hewitt, R. (2005). Life stress and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive individuals: a preliminary investigation. *AIDS Patient Care & Studies*, 19(11), 719-727.
- Calderón N., G. (1995). *Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo*. Trabajo presentado en el home-naje rendido al doctor Carlos Alberto Seguin por la Asociación Psiquiátrica Peruana, Lima, 25 de agosto.
- Castro, J., Gutiérrez, R. y Villena, J. (2007). Actualización para el médico no especialista en el tratamiento del VIH. *Acta Médica Peruana*, 24(3), 208-222.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) (2017). *Epidemiología / Registro Nacional de casos de VIH y sida*. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/301432/RN_4to_trim_2017.pdf.
- Costello, C.G. (1972). Depression: Loss of reinforcers of loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy*, 3(2), 240-247.
- Cruz J., B. (2015). *Efecto de la depresión en la discapacidad en hombres con VIH en una clínica especializada*. Tesis inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Daughters, S.B., Braun, A., Sargeant, M., Reynolds, E., Hopko, D., Blanco, C. y Lejuez, C.W. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for innercity illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 122-129.
- Daughters, S.B., Magidson, J.F., Schuster, R. y Safren, S. (2010). Act healthy: A combined behavioral activation for depression and cognitive-behavioral HIV medication adherence treatment for substance users in residential treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(3), 309-321.
- DiMatteo, M., Lepper, H. y Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Dimidjian, S., Hollon, S., Dobson, K., Schmaling, K., Kohlenberg, R., Addis, M., Gallop, R., McGlinchey, J., Markley, D., Gollan, J., Atkins, D., Dunner, D. y Jacobson, N. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658.
- Ekers, D., Godfrey, C., Gilbody, S., Parrott, S., Richards, D.A., Hammond, D. y Hayes, A. (2011). Cost utility of behavioural activation delivered by the non-specialist. *British Journal of Psychiatry*, 199(5), 510-511. doi: 10.1192/bjp.bp.110.090266.
- Fahrion, S.L. y Norris, P. A. (1990). Self-regulation of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 217-231.
- Ferster, C.B. (1965). Classification of behavioral pathology. En L. Krasner y L.Ullman (Eds.): *Research in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.
- Galindo, J. y Ortega, M. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona Núm. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) "Lic. Ignacio Díaz Téllez". *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 30(4), 129-133.

- Galvan, F., Davis, E., Banks, D. y Bing, E. (2008). HIV stigma and social support among African Americans. *AIDS Patient Care & Studies*, 22(5), 423-436. doi: 10.1089/apc.2007.0169.
- Gardner, E., Burman, W., Steiner, J., Anderson, P. y Bangsberg, D. (2009). Antiretroviral medication adherence and the development of class-specific antiretroviral resistance. *AIDS*, 23(9), 1035-1046.
- Garduño Z., C., Riveros R., 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.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C. y Hopko, D. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(5), 468-475.
- Golin, C.E., Liu, H., Hays, R., Miller, L., Beck, C.K., Ickovics, J., Kaplan, A.H. y Wenger, N. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*, 17(10), 756-765. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.11214.x.
- González D., A., Reséndiz, A. y Reyes L., I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. Disponible en <http://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>.
- Gortner, E., Gollan, J., Dobson, K. y Jacobson, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377-384.
- Gross, R., Bellamy, S.L., Chapman, J., Han, X., O'Duor, J., Palmer, S.C., Houts, P.S., Coyne, J.C. y Strom, B.L. (2013). Managed problem solving for antiretroviral therapy adherence: a randomized trial. *JAMA Internal Medicine*, 173(4), 300-306. doi: <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2152>.
- Hammer, S., Saag, M., Schechter, M., Montaner, J., Schooley, R., Jacobsen, D. y Volberding, P. (2006). Treatment for adult HIV infection: recommendations of the International AIDS Society—USA panel. *HIV Medicine*, 14(3), 827-843.
- Hopko, D.R., Funderburk, J.S., Shorey, R.C., McIndoo, C.C., Ryba, M.M., File, A.A., Benson, K. y Vitulano, M. (2013). Behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: preliminary support for decreased suicidal ideation. *Behavior Modification*, 37(6), 747-767. doi: 10.1177/0145445513501512.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., Ruggiero, K.J. y Eifert, G.H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology*, 23(6), 699-717. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00070-9.
- Horberg, M., Silverberg, M., Hurley, L., Towner, W., Klein, D., Bersoff-Matcha, S., Weinberg, W.G., Antoniskis, D., Mogyoros, M., Dodge, W.T., Dobrinich, R., Quesenberry, C.P. y Kovach, D. (2008). Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 47(3), 384-390.
- Hughes, R., Sterne, J., Walsh, J., Bansi, L., Gilson, R., Orkin, C., Hill, T., Ainsworth, J., Anderson, J., Gompels, M., Dunn, D., Johnson, M.A., Phillips, A.N., Pillay, D., Leen, C., Easterbrook, P., Gazzard, B., Fisher, M. y Sabin, C. (2011). Long-term trends in CD4 cell counts and impact of viral failure in individuals starting antiretroviral therapy: UK Collaborative HIV Cohort (CHIC) study. *HIV Medicine*, 12(10), 583-593. doi: 10.1111/j.1468-1293.2011.00929.x.
- Kanter, J., Diéguez, G., Rusch, L., Busch, A. y Santiago-Rivera, A. (2008). Behavioral activation for Latinos with depression. *Clinical Case Studies*, 7(5), 491-506.
- Kazdin, A. (2011). Background and key measurements considerations. En A. Kazdin (Ed.): *Single case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Klimas, N., O'Brien, A. y Fletcher, M.A. (2008). Overview of HIV. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 523-530.
- Lundervold, D., Talley, C. y Buermann, M. (2008). Effect of behavioral activation treatment on chronic fibromyalgia pain: replication and extension. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 146-157.
- Magidson, J.F., Seitz-Brown, C.J., Safren, S.A. y Daughters, S.B. (2014). Implementing behavioral activation and life-steps for depression and HIV medication adherence in a community health center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 386-403. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.10.002.
- Mao, L., Kippax, S., Newman, C., Andrews, G., Rogers, G., Saltman, D. y Kidd, M. (2008). Rates of depression among men attending high-HIV-caseload general practices in Australia. *Mental Health in Family Medicine*, 5(2), 79-83.
- Maru, D., Bruce, R., Walton, M., Mezger, J., Springer, S., Shield, D. y Altice, F. (2008). Initiation, adherence, and retention in a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy. *AIDS and Behavior*, 12(2), 284-293.
- Newman, C., Limin, M., Kippax, S., Saltman, D. y Kidd, M. (2008). Management of HIV and depression in general practice: the Primary Health Care Project on HIV and Depression. *HIV Australia*, 7(4), 18-45.
- Nezu, A. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7(2), 121-144. doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90030-4).
- Nezu, A., Nezu, C., Saraydarian, L., Kalmar, K. y Ronan, G. (1986). Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 489-498.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Temas de salud: VIH/SIDA*. Ginebra: OMS. Disponible en http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.

- Organización Mundial de la Salud (2017). *VIH/sida*. Ginebra: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.
- Orejudo, S., Ladero, L., Carrobles, J.A. y Malo, C.C. (2006). Adherencia al tratamiento antirretroviral y ansiedad, depresión y estrés en sujetos en un programa de mantenimiento con metadona. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 19-29.
- Peñarrieta M., I., Kendall, T., Martínez, N., Rivera A., M., González, N., Flores, F. y Ángel E., D. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 333-337.
- Pinto, M., Cruz, M., Tavares, C., Silveira, T., Sica, A. y Beltrami, L. (2012). Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 162-167.
- Piña, J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407.
- Piña, J.A., Corrales A., E., Mungaray, K. y Valencia M., A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana Salud Pública*, 19(4), 217-228.
- Piña, J.A., Dávila T., M, Sánchez-Sosa, J.J., Togawa, C. y Cázares R., O. (2008). Association between stress and depression levels and treatment adherence among HIV-positive individuals in Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Piña, J. A., Valencia, M. A., Mungaray, K. y Corrales, A. E. (2006). Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 24(1), 15-21.
- Pсарos, C., Haberer, J.E., Katabira, E., Ronald, A., Tumwesigye, E., Campbell, J.D. y Safren, S.A. (2014). An intervention to support HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) adherence in HIV serodiscordant couples in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66(5), 522-529. doi: <http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000212>.
- Rodkjaer, L., Laursen, T., Balle, N. y Sodemann, M. (2010). Depression in patients with HIV is under-diagnosed: a cross-sectional study in Denmark. *HIV Medicine*, 11(1), 46-53. doi: 10.1111/j.1468-1293.2009.00741.x.
- Safren, S., González, J. y Soroudi, N. (2007). *Coping with chronic illness: Cognitive behavioral therapy for adherence and depression in individuals with chronic illness. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Safren, S., O'Cleirigh, M., Bullis, J., Otto, M., Stein, M. y Pollack, M. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 404-415. doi: 10.1037/a0028208.
- Safren, S., O'Cleirigh, M., Reilly, L., Tan, J., Raminani, S., Otto, M. y Mayer, K. (2009). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28(1), 1-10.
- Safren, S., Otto, M. y Worth, J. (1999). Life-steps: Applying cognitive behavioral therapy to HIV medication adherence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 332-341. doi: 10.1016/S1077-7229(99)80052-2.
- Safren, S., Otto, M., Worth, J., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K. y Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1151-1162.
- Sánchez-Sosa, J.J., Cázares, O., Piña, J.A. y Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32(4), 389-397.
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R. y Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for latinos with depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice & Training*, 45(2), 173-185.
- Shuter, J. (2008). Forgiveness of non-adherence to HIV-1 antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 61(4), 769-773.
- Sidman, M. 1960. *Tactics of scientific research; Evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books.
- Simoni, J., Wiebe, J., Saucedo, J., Huh, D., Sanchez, G., Longoria, V., Andres B., C. y Safren, S. (2013). A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive Latinos on the U.S.-Mexico border: the Nuevo Día study. *AIDS Behavior*, 17(8), 2816-2819. doi: 10.1007/s10461-013-0538-5.
- Soto, J. y Cruz, J. (2014). *Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA*. ©Ecorfan. Disponible en <http://www.ecorfan.org/handbooks/Educacion%20T-IV/ARTICULO%201.pdf>.
- Secretaría de Salud y Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (2008). *Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México*. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2008/myh2008feb28_2.pdf.
- Starace, F., Ammassari, A., Trotta, M., Murri, R., De Longis, P., Izzo, C., Scalzini, A., d'Arminio M., A., Wu, A.W. y Antinori, A. (2002). Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(5), 136-139.
- Tate, R., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Wakim, D., Godbee, K., Togher, L. y McDonald, S., (2013). Revision of a method quality rating scale for single-case experimental designs and n-of-1 trials: The 15-item Risk of Bias in N-of-1 Trials (ROBiNT) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 619-638. doi: 10.1080/09602011.2013.824383.

- Thomason, B., Bachanas, P. y Campos, P. (1996). Cognitive behavioral interventions with persons affected by HIV/AIDS. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3(2), 417-442. doi: 10.1016/S1077-7229(96)80026-5.
- U.S. Department of Health & Human Services (2017). *Limitations to treatment safety and efficacy adherence to the continuum of care*. Disponible en <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/30/adherence>.
- Uthman, O.A., Magidson, J.F., Safren, S.A. y Nachega, J.B. (2014). Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Current HIV/AIDS Reports*, 11(3), 291-307.
- Valente, S. (2003). Depression and HIV disease. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care (JANAC)*, 14(2), 41-51.
- Vargas, C. y Boza, R. (2012). Condición inmunológica de los pacientes portadores de VIH/sida en el momento de su diagnóstico en el Hospital San Juan de Dios. *Acta Médica Costarricense*, 54(3) 159-164.
- World Health Organization (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach* (2nd ed.). Geneva: Author. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf;jsessionid=59FF20669FF289231F4E543D83145155?sequence=1.

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.



UNIVERSIDAD
VERACRUZANA

SUMMARY

Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory
in Mexican asthmatic adults

Centli Guillén Díaz-Barriga and Ana Luisa González-Celis Rangel

Validation of the Zarit Burden Interview in informal primary caregivers
of patients with diagnosis of mental disorders

*Michelle Flores-Terrones, Óscar Galindo-Vázquez, Janet Jiménez-Genchi,
Liliana Rivera-Fong and Eva González-Rodríguez*

Compassion Scale (ECOM) for Mexican population

Alejandro López Tello and Ana Beatriz Moreno Cautiño

Physical and social repercussions on the health of carriers,
who are also primary caregivers of hemophilic patients

*Maricela Osorio Guzmán, María del Carmen Puente Reyna
and Georgina Eugenia Bazán Riverón*

Depression, anxiety and self-efficacy to lose weight
in women in a nutritional treatment

Cecilia Silva, Natalia Fernández and Natalia Rodríguez

Variables associated with burnout syndrome in the health area
of a clinic at Villavicencio, Colombia

*Karen Tatiana Castillo Parra, Nadyara Cestagalli Vargas,
Juan Sebastián Vernaza Sánchez, Fernando Riveros Muñívar,
Liliana Bernal Vargas and Angie Paola Quiñonez Moreno*

Mindfulness-based interventions for reducing stress
in cardiovascular disease: How do they work?

Erika Yohanna Bedoya Cardona

Losses throughout the life span in old age people

*Karen Cecilia Sandoval Carlos, María Dolores García Sánchez
and Oliva Eréndira Luis Delgado*

Evaluation of compliance of the mental health guide
for perinatal grief care in the hospital setting

María Esperanza Durán-Flórez and Diana Marcela Casallas-Murillo

Relational violence in adolescence:

A psychosocial analysis

*Ana Ramero-Abrio, María Elena Villarreal-González,
Juan Evaristo Callejas-Jerónimo, Juan Carlos Sánchez-Sosa
and Gonzalo Musitu*

Cancer and depression: A review

*Rosario Fátima Diz Ramirez, Alberto Garza de la Cruz,
Elivier Kristina Olivas Verduzco, José Guadalupe Montes Esqueda
and Guadalupe Selene Fernández Luciano*

Religion and disability: Weaves that build
the believers' quality of life

Carolina Mora Huerta and María Eugenia Patiño López

Depression and adherence to antiretroviral medication:

Effects of a brief behavioral intervention

*Humberto Valle-Soto, Susana Robles-Montijo,
John S. Wiebe and Juan José Sánchez-Sosa*