

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 29 Número 2 Julio-diciembre 2019

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

- Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos
Japcy Margarita Quiceno y Stefano Vinoccia
- Intervenciones en estrés laboral: un análisis a partir del modelo bioecológico de Bronfenbrenner
Angélica María Hermosa-Rodríguez
- Estrés laboral y desarrollo de trastornos psicosomáticos en estudiantes de posgrado
José Raúl Peralta López y Walter Michael Villalba Jiménez
- Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores
Laura Angélica Montes de Oca Valdez y David Alberto Rodríguez Medina
- Adaptación y validación de la estructura factorial de las escalas de Felicidad Subjetiva Fluctuante y de Felicidad Subjetiva Duradera
José Luis Barrera-Gutiérrez, Denyzett Díaz-Ayala, Juan José Sánchez-Sosa y Ana Moreno-Coutiño
- Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
Sandra Nayeli Vergara Aguirre, Omar Arturo Chavarría Santiago, David Alberto Rodríguez Medina, Benjamin Domínguez Trejo y Patricia Zamudio Silva
- Afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus 2 con y sin retinopatía
Francisco Javier Rosas-Santiago, Ana Delia López-Suárez y Samantha Jiménez-Herrera
- Variables salutogénicas y patogénicas, imagen corporal y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama
Shirley Franca, María Alejandra Zuluaga, Stefano Vinoccia, Rosangela Raleigh y Gustavo Martínez
- Representación de enfermedad y depresión en pacientes con ERCT y asma: comparación por enfermedad
Isaías Vicente Lugo González, Yuma Yoaly Pérez Bautista, Sílvia Susana Robles Montajo y Cynthia Zaira Vega Valero
- La evaluación previa de conocimientos favorece la actitud a la donación de órganos, independientemente de los argumentos ofrecidos
Teresita Angélica López Ortiz, Susana Villalón Santillán y Ferrán Padrás Blázquez
- Satisfacción con la imagen corporal y calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria por cáncer: una revisión sistemática
Martha Juliana Villegas Moreno y Constanza Londoño
- Subestimación del peso corporal en escolares mexicanos
Romana Silvia Platas Acevedo, Gilda Gómez-Peresmitré y Gisela Pineda Garza
- Preocupación materna sobre el peso de los hijos y estrategias de alimentación: un estudio descriptivo
Kevin Alejandro López Ibarra, Nora Hemi Campos Rivera y Teresa Iveth Sotelo Quiñonez
- Procesos motivacionales en dietantes crónicos
María Fernanda Rivarola, Anna Ravella y Jorge Leporati

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 2 • Julio-diciembre 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: psicologiaysalud@uv.mx y rbulle@uv.mx.

Indizada en PsycINFO, EBSCO, CLASE, LATINDEX, CUIDEN y Thomson Gale.

Visítenos en: psicologiaysalud.uv.mx

SUMARIO

Volumen 29, Número 2
Julio-diciembre de 2019

Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos <i>Japcy Margarita Quiceno y Stefano Vinaccia</i>	159
Intervenciones en estrés laboral: un análisis a partir del modelo bioecológico de Bronfenbrenner <i>Angélica María Hermosa-Rodríguez</i>	167
Estrés laboral y desarrollo de trastornos psicósomáticos en estudiantes de posgrado <i>José Raúl Peralta López y Walter Michael Villalba Jiménez</i>	177
Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores <i>Laura Angélica Montes de Oca Valdez y David Alberto Rodríguez Medina</i>	187
Adaptación y validación de la estructura factorial de las escalas de Felicidad Subjetiva Fluctuante y de Felicidad Subjetiva Duradera <i>José Luis Barrera-Gutiérrez, Denyzett Díaz-Ayala, Juan José Sánchez-Sosa y Ana Moreno-Coutiño</i>	195
Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 <i>Sandra Nayeli Vergara Aguirre, Omar Arturo Chavarría Santiago, David Alberto Rodríguez Medina, Benjamín Domínguez Trejo y Patricia Zamudio Silva</i>	207
Afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus 2 con y sin retinopatía <i>Francisco Javier Rosas-Santiago, Ana Delia López-Suárez y Samantha Jiménez-Herrera</i>	219
Variables salutogénicas y patogénicas, imagen corporal y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama <i>Shirley Franco, María Alejandra Zuluaga, Stefano Vinaccia, Rosangela Raleigh y Gustavo Martínez</i>	225
Representación de enfermedad y depresión en pacientes con ERCT y asma: comparación por enfermedad <i>Isaías Vicente Lugo González, Yuma Yoaly Pérez Bautista, Silvia Susana Robles Montijo y Cynthia Zaira Vega Valero</i>	237
La evaluación previa de conocimientos favorece la actitud a la donación de órganos, independientemente de los argumentos ofrecidos <i>Teresita Angélica López Ortiz, Susana Villalón Santillán y Ferrán Padrós Blázquez</i>	249
Satisfacción con la imagen corporal y calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria por cáncer: una revisión sistemática <i>Martha Juliana Villegas Moreno y Constanza Londoño</i>	259
Subestimación del peso corporal en escolares mexicanos <i>Romana Silvia Platas Acevedo, Gilda Gómez-Peresmitré y Gisela Pineda García</i>	269
Preocupación materna sobre el peso de los hijos y estrategias de alimentación: un estudio descriptivo <i>Kevin Alejandro López Ibarra, Nora Hemi Campos Rivera y Teresa Iveth Sotelo Quiñonez</i>	279
Procesos motivacionales en dietantes crónicos <i>María Fernanda Rivarola, Anna Rovella y Jorge Leporati</i>	289

SUMMARY

Volume 29, Number 2
July-December 2019

Disease perception and sociodemographic characteristics in chronic patients <i>Japcy Margarita Quiceno and Stefano Vinaccia</i>	159
Workplace stress interventions: An analysis based on the Bronfenbrenner's bio-ecological model <i>Angélica María Hermosa-Rodríguez</i>	167
Workplace stress and development of psychosomatic disturbances in graduate students <i>José Raúl Peralta López and Walter Michael Villalba Jiménez</i>	177
Risk and protection factors of suicide in older adults <i>Laura Angélica Montes de Oca Valdez and David Alberto Rodríguez Medina</i>	187
Adaptation and validation of the factorial structure of the Scale of Subjective Fluctuating Happiness and Subjective Authentic-Durable Happiness <i>José Luis Barrera-Gutiérrez, Denyzzet Díaz-Ayala, Juan José Sánchez-Sosa and Ana Moreno-Coutiño</i>	195
Cognitive-behavioral intervention to promote therapeutic adherence and autonomic regulation in patients with type-2 diabetes mellitus <i>Sandra Nayeli Vergara Aguirre, Omar Arturo Chavarría Santiago, David Alberto Rodríguez Medina, Benjamín Domínguez Trejo and Patricia Zamudio Silva</i>	207
Coping in type 2 diabetes mellitus patients with and without retinopathy <i>Francisco Javier Rosas-Santiago, Ana Delia López-Suárez and Samantha Jiménez-Herrera</i>	219
Salutogenic and pathogenic variables, body image, and health-related quality of life in breast cancer patients <i>Shirley Franco, María Alejandra Zuluaga, Stefano Vinaccia, Rosangela Raleigh and Gustavo Martínez</i>	225
Illness representation and depression in patients with ESRD and asthma: A comparison by illness <i>Isaías Vicente Lugo González, Yuma Yoaly Pérez Bautista, Silvia Susana Robles Montijo and Cynthia Zaira Vega Valero</i>	237
Prior assessment of knowledge encourages organ donation attitude, independently of rationales offered <i>Teresita Angélica López Ortiz, Susana Villalón Santillán and Ferrán Padrós Blázquez</i>	249
Body image satisfaction and quality of life in women with mammary reconstruction after cancer: A systematic review <i>Martha Juliana Villegas Moreno and Constanza Londoño</i>	259
Underestimation of body weight in Mexican school children <i>Romana Silvia Platas Acevedo, Gilda Gómez-Peresmitré and Gisela Pineda García</i>	269
Maternal concern regarding child's weight and feeding strategies: A descriptive analysis <i>Kevin Alejandro López Ibarra, Nora Hemi Campos Rivera and Teresa Iveth Sotelo Quiñonez</i>	279
Motivational processes in chronic dietary restrainers <i>María Fernanda Rivarola, Anna Rovella and Jorge Leporati</i>	289

Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos

Disease perception and sociodemographic characteristics in chronic patients

Japcy Margarita Quiceno¹ y Stefano Vinaccia²

Citación: Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2019). Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología y Salud*, 29(2), 159-166.

RESUMEN

El propósito de este estudio fue evaluar las relaciones entre la percepción de enfermedad y las características sociodemográficas en enfermos crónicos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La muestra estuvo conformada por 124 pacientes con una media de edad de 59 años. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional y el instrumento utilizado fue el Cuestionario de Percepción de Enfermedad (IPQ-B). Las puntuaciones medias más altas en el IPQ-B se alcanzaron en las dimensiones Duración, Control personal, Control de tratamiento y Comprensión de la enfermedad, mientras que en las otras dimensiones hubo puntuaciones promedio. En cuanto a los factores que los pacientes consideraron que originaron su enfermedad, los porcentajes más altos de respuestas estuvieron relacionados con estilos de vida inadecuados y genética y herencia. En relación a las correlaciones entre el instrumento y las características sociodemográficas, se hallaron relaciones negativas entre la dimensión Consecuencias del IPQ-B con la edad y años cursados de estudios, y positivas entre la dimensión Comprensión de la enfermedad con los años cursados de estudio y el tiempo de diagnóstico. Se discuten los resultados con base en los datos encontrados.

Palabras clave: Percepción de enfermedad; Cuestionario de Percepción de Enfermedad; Enfermedad crónica; Factores sociodemográficos.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the relationship between the perception of disease and sociodemographic characteristics in chronic patients with a diagnosis of CRF, AR and COPD. The sample consisted of 124 patients with an average age of 59 years. The design of the study was descriptive-correlational, and the instrument used was the Brief Illness Perception Questionnaire. The highest average scores in the IPQ-B occurred in the dimensions: Duration, Personal control, Treatment control and Understanding the disease, with average scores in the other dimensions. Regarding the factors patients considered as origin of their disease, the highest percentages were related to inadequate lifestyle and genetic factors. Results between the IPQ-B and the sociodemographic characteristics, revealed negative correlations between the consequences dimension of the IPQ-B with age and schooling, and positive ones between the understanding dimension of IPQ-B disease with schooling and time since diagnosis.

Key words: Disease perception; Brief Illness Perception Questionnaire; Chronic disease; Sociodemographic factors.

¹ Universidad de Medellín, Carrera 87 N° 30 – 65, Medellín, Colombia, tel. 57(4)340-55-55, correo electrónico: japcyps@hotmail.com. Artículo recibido el 22 de mayo y aceptado el 7 de agosto de 2018.

² Universidad del Sinú, Campus Elías Bechara Zainúm, Cra. 1w No. 38-153, Barrio Juan XXIII, Montería - Córdoba, Colombia, PBX (+1)781-17-17, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) ha definido la enfermedad crónica como aquel trastorno orgánico-funcional, que obliga a una modificación en el estilo de vida de un individuo y que es probable que persista por largo tiempo (Vinaccia, Quiceno y Medina, 2016). Las enfermedades crónicas son enfermedades multifactoriales, esto es, ocurren debido a factores genéticos, anatómicos, psicológicos y socio-culturales; tienen un desarrollo progresivo, por lo que no es posible la recuperación completa; generalmente causan algún nivel de discapacidad permanente, y por lo regular no son infecciosas (Vinaccia y Orozco, 2005; Vinaccia y Quiceno, 2012).

La importancia relativa de las enfermedades crónicas en la sociedad ha aumentado significativamente en los últimos 70 años como resultado de los avances en la medicina, el desarrollo de la ingeniería sanitaria y la mejora sustancial en el estándar y la esperanza de vida, mismos que han reducido las enfermedades infecciosas. Pero ese interés también se debe a ciertos factores negativos asociados al estilo de vida, como los efectos del tabaquismo, el sedentarismo, el uso de alcohol, las dietas malsanas y la obesidad (Ward, Schiller y Goldman, 2014).

Las enfermedades crónicas son la causa de la muerte de 41 millones de personas anualmente (71% de todos los fallecimientos en el mundo). El mayor número de muertes se debe a las enfermedades cardiovasculares (17.9 millones), seguidas por tumores (9 millones), enfermedades respiratorias (3.9 millones) y diabetes (1.6 millones). Por otro lado, 13% de las muertes causadas por las enfermedades crónicas ocurre en los países desarrollados, registrándose el resto en países con niveles de ingreso medio-bajo, en los cuales vive la mayor parte de la población mundial (Global Burden of Disease [GBD], 2017). Aproximadamente entre 60 y 80% de todos los gastos de salud en todos los países se utilizan para el tratamiento de las enfermedades crónicas (Ogden, Carroll, Fryar y Flegal, 2015).

Por otro lado, independientemente de que sufran o no una enfermedad crónica, las personas tienen una concepción de salud y enfermedad que

influye en el modo en que reaccionan ante los síntomas percibidos. Los llamados “esquemas de la enfermedad” son las representaciones organizadas de la misma que se adquieren a través de las experiencias de determinadas enfermedades que hayan padecido el mismo sujeto o sus familiares y amigos (Quiceno y Vinaccia, 2010).

Al respecto, Leventhal (1979) propuso un modelo jerárquicamente organizado con tres constructos principales: 1) “representación” de la experiencia de la enfermedad, 2) planificación de acción o respuestas de “afrentamiento” y 3) “evaluación” o monitoreo del éxito o fracaso de los esfuerzos de afrontamiento. Una característica novedosa de la proposición de Leventhal fue establecer dos canales paralelos para el sistema de procesamiento de la información: el primero para la representación objetiva de la enfermedad y el desarrollo de estrategias adecuadas de afrontamiento, y el segundo para el procesamiento de las respuestas emocionales producidas por la enfermedad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento (cf. Cameron y Leventhal, 2003).

La construcción de este modelo de autorregulación, que también ha sido llamado del “sentido común”, partió pues del postulado de que tales representaciones se integran con esquemas existentes, con las pautas normativas que las personas ya tenían previamente (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996). Estos esquemas son, a saber: *identidad*, es decir, la etiqueta o nombre dado a la condición y a los síntomas que identifican una enfermedad; *causa*, que se refiere a las ideas que tiene el paciente sobre las causas de su enfermedad; *tiempo*, o sea, la creencia predictiva sobre cuánto tiempo puede durar la misma; *consecuencias*, o sea, las creencias individuales sobre las consecuencias de la condición y cómo estas tendrán un impacto físico y social, y *curabilidad/controlabilidad*, que se refiere a las creencias sobre si la condición puede curarse o mantenerse bajo control y el grado en que la persona desempeña un papel para lograrlo (Weinman y Petrie, 1997; Weinman, Petrie, Sharpe y Walker, 2000).

Además, es importante señalar que las creencias, las percepciones y las clasificaciones sociales e individuales sobre el proceso de salud-enfermedad pueden también estar determinadas por el contexto sociocultural y el momento histórico en

que se manifiesten, incorporándose así a las creencias populares, que funcionan como esquemas cognitivos estereotipados que guían el comportamiento inmediato de las personas, permitiéndoles la rápida evaluación de una determinada enfermedad (Ehrenzweig, 2005). Por otro lado, el modelo de autorregulación de Leventhal para encarar la enfermedad habla de la importancia de las variables sociodemográficas en la susceptibilidad y en la gravedad percibidas (Marks et al., 2008).

Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar las relaciones entre la percepción de enfermedad y algunas características sociodemográficas en enfermos crónicos colombianos de la ciudad de Medellín, departamento de Antioquia, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC), artritis reumatoide (AR) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

MÉTODO

Participantes

En este estudio exploratorio, transversal, comparativo, *ex post facto* correlacional, hecho mediante una metodología tipo encuesta, según los criterios de Montero y León (2002), participaron 121 personas escogidas mediante un muestreo no aleatorio de sujetos disponibles, quienes fueron divididos en tres grupos según el tipo de enfermedad: 40 con IRC sometidos a hemodiálisis en el Instituto Clínica del Riñón de Medellín de Fresenius Medical Care de Colombia, diagnosticados según los criterios de Lameire, Van Biesen y Vanholder (2005); 41 con AR en tratamiento ambulatorio en la Fundación para el Paciente con Artritis Reumatoide (FUNPAR) de Medellín, diagnosticados según los criterios de Arnett et al. (1988), y 40 con EPOC, hospitalizados en el Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”, diagnosticados según los criterios de Dewar y Curry (2006).

Instrumento

Cuestionario de Percepción de Enfermedad (Brief Illness Perception Questionnaire [IPQ-B]). Desarrollado originalmente por Broadbent, Petrie, Main y Weinman (2006) y en versión española de Pacheco

et al. (2012), este cuestionario está conformado por nueve ítems con respuestas tipo Likert que van de 0 a 10 puntos. Comprende ocho dimensiones y una pregunta abierta ordinal con tres posibilidades de respuesta. Las dimensiones son las siguientes: Consecuencias, Duración, Control personal, Control del tratamiento, Identidad, Preocupación, Respuesta emocional y Comprensión de la enfermedad. El ítem número 9 es una pregunta abierta que hace referencia a los factores que, según la persona, causaron su enfermedad, organizados según su importancia.

Procedimiento

Antes de iniciar la fase de campo, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética Investigativa de las Universidades del Sinú y de Medellín. Después se llevó a cabo el proceso de adaptación cultural del IPQ-B, según los criterios de Alexandre y Guirardello (2002). Dicha adaptación, hecha sobre la base de la versión española de Pacheco et al. (2012), consistió en la aplicación de las pruebas a un grupo de 18 pacientes crónicos de ambos sexos con diagnóstico de diabetes tipo II. No se encontraron deficiencias en el instrumento que ameritaran cambios en su redacción, pues los pacientes reportaron haber comprendido a cabalidad los ítems en todos los instrumentos psicométricos evaluados; por consiguiente, previo permiso y autorización de las tres diferentes instituciones (una clínica renal, una fundación para pacientes con artritis reumatoide y un hospital público), se llevaron a cabo las aplicaciones del IPQ-B. Antes de las aplicaciones de los cuestionarios, a todos los participantes se les solicitó su consentimiento informado. Finalmente, se aplicaron los cuestionarios de una forma autoadministrada, interviniendo los investigadores solamente en el caso de que los pacientes requirieran algún tipo de ayuda. El tiempo de aplicación fue de 10 minutos en promedio.

RESULTADOS

Descripción de la muestra según las características sociodemográficas

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y clínicas de los participantes en el estu-

dio, todos ellos pacientes voluntarios de entre 22 y 86 años, de ambos sexos, con diagnóstico médico

de IRC, AR o EPOC. En general, hubo un predominio del género femenino.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas.

Características	n	%	Características	n	%
<i>Sexo</i>			<i>Escolaridad (años)</i>		
Mujeres	76	62.8	Media (D.T.)	7.34	(5.0)
Hombres	45	37.2	Rango (min.-max.)	(1-20)	
<i>Edad (años)</i>			<i>Ocupación</i>		
Media (D.T.)	59.18	(13.3)	Empleado	5	4.1
Rango (min.-max.)	(22 - 86)		Trabajador independiente	13	10.7
<i>Estado civil</i>			Jubilado/Pensionado	39	32.2
Soltero	28	23.1	Desempleado	12	9.9
Casado	54	44.6	Ama de casa	52	43.0
Separado/Divorciado	18	14.9	<i>Estrato socioeconómico</i>		
Unión Libre	6	5.0	Bajo (niveles 1 y 2)	59	48.8
Viudo	15	12.4	Medio (niveles 3 y 4)	55	45.5
<i>Con quién vive</i>			Alto (niveles 5 y 6)	7	5.8
Solo	8	6.6	<i>Tiempo de diagnóstico (meses)</i>		
Con familia	111	91.7	Media (DT)	85.56	85.6
Con amigos	2	1.7	Rango (Min-Max)	(1-444)	
<i>Sistema de salud</i>			<i>Consumo de medicación psiquiátrica</i>		
SISBEN	39	32.2	Si	6	5.0
EPS	79	65.3	No	115	95.0
Medicina prepagada	2	1.7	<i>En tratamiento farmacológico</i>		
Particular/Privada	1	0.8	Si	117	96.7
			No	4	3.3

SISBEN = Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales.

EPS = Entidad prestadora de servicios.

En la Tabla 2 se muestran las diferencias entre las variables sociodemográficas y clínicas y las varia-

bles psicológicas de la muestra total de enfermos con IRC, AR y EPOC).

Tabla 2. Análisis descriptivo del cuestionario IPQ-B (n = 121).

	Media	Mediana	D.T.
Consecuencias	6.4	7.0	3.5
Duración	7.0	9.0	3.5
Control personal	7.6	8.0	2.7
Control de tratamiento	8.4	9.0	2.2
Identidad	5.1	5.0	3.3
Preocupación	5.5	6.0	3.6
Comprensión de la enfermedad	7.8	9.0	2.8
Respuesta emocional	4.8	5.0	3.6

Factores que causaron la enfermedad: Ítem No. 9 del Cuestionario IPQ-B

Como ya se dijo antes, el IPQ-B incluye una novena pregunta abierta de tipo cualitativo en la que el paciente señala las causas que, en orden de impor-

tancia, considera que causaron la enfermedad. Las respuestas dadas por los pacientes fueron clasificadas en nueve categorías. En la Tabla 3 aparecen las frecuencias por categoría de cada uno de los tres grupos del estudio.

Tabla 3. Ítem 9 del IPQ-B: Factores que causaron la enfermedad según los pacientes.

Respuestas	IRC		AR		EPOC		n	x ²	df	p
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%				
No sabe/No responde	6	15	4	10	4	10	14	74.237	16	0.000
Genética / Herencia	6	15	19	46	2	5	27			
Enfermedad física	18	45	3	7	2	5	23			
Estilos de vida inadecuados	5	13	2	5	16	40	23			
Eventos vitales estresantes	1	3	4	10	2	5	7			
Trabajo	0	0	2	5	5	13	7			
Trascendental	1	3	3	7	8	20	12			

Se pueden apreciar en la tabla las diferentes respuestas que dieron los pacientes que participaron en el estudio sobre los tres factores más importantes que causaron su enfermedad en orden de importancia para cada uno de ellos.

En los pacientes con IRC se encuentra como primera causa de la enfermedad una enfermedad

física, en los pacientes con AR, una causa genética o heredada, y en los pacientes con EPOC los estilos de vida inadecuados. Es de resaltar que solo los pacientes con EPOC consideraron que la enfermedad había sido causada por factores trascendentales.

Tabla 4. Correlación de Pearson entre percepción de enfermedad y edad, años de estudios y tiempo de diagnóstico.

Dimensiones del IPQ-B	Edad	Años cursados de estudios	Tiempo de diagnóstico de la enfermedad (meses)
Consecuencias	-0.245**	-0.335**	-0.144
Duración	-0.012	0.011	0.057
Control personal	-0.190*	0.162	-0.046
Control de tratamiento	-0.082	0.120	0.25
Identidad	-0.200*	-0.045	0.112
Preocupación	0.080	-0.262**	-0.141
Comprensión de enfermedad	-0.117	0.202*	0.258**
Respuesta emocional	0.079	-0.188*	0.154

* $p < .05$, dos colas.

** $p < .01$, dos colas.

Se evidencian en la Tabla 4 las correlaciones moderadas positivas y negativas en los niveles de 0.01 y 0.05. En general, se encontraron correlaciones negativas entre los años cursados de estudio con las dimensiones Consecuencias y Preocupación del IPQ-B, y positivas entre el tiempo de diagnóstico y la dimensión Comprensión de la enfermedad.

DISCUSIÓN

En cuanto a la percepción de la enfermedad medida con el cuestionario IPQ-B, se evidenció que los ítems relacionados con la sección de representación cognitiva de la enfermedad, como control

personal, control del tratamiento, consecuencias y duración, obtuvieron los puntajes más altos, mientras los de la sección de representación emocional, como preocupación y respuesta emocional, los puntajes más bajos. Ello implica que los pacientes crónicos de esta muestra estaban convencidos e implicados en su tratamiento, lo que es alentador dada la evidencia de que las cogniciones relacionadas con el control pueden tener efectos protectores en los resultados relacionados con la salud. Las dimensiones de control de la percepción de la enfermedad se refieren a la sensación de empoderamiento respecto a la efectividad de las conductas de afrontamiento (Hagger y Orbell, 2003), y es probable que influyan en la motivación del

paciente para su cuidado personal. Por otro lado, los puntajes en las dimensiones Preocupación y Respuesta emocional muestran que, en términos generales, los pacientes no estaban demasiado preocupados y atentos a los signos y síntomas físicoemocionales de la enfermedad. La frecuencia de respuestas negativas a la percepción de la enfermedad es notable, pues se ha demostrado que influyen negativamente en el ajuste emocional y en los resultados relacionados con la salud en poblaciones con enfermedades crónicas (Cherrington, Moser, Lennie y Kennedy, 2004). Además, las muy razonables expectativas acerca de la evolución y el tiempo que durará la enfermedad son significativas en virtud de que la comprensión compartida de la enfermedad entre el médico y paciente es beneficiosa para facilitar la toma de decisiones, formular planes terapéuticos aceptables para este último y mejorar la adherencia al tratamiento (Street y Haidet, 2011).

Respecto al ítem 9 del cuestionario IPQ-B (“¿Cuáles son los factores más importantes que causaron su enfermedad?”), los pacientes crónicos fueron muy conscientes de las razones que los llevaron a enfermar y no distan mucho de lo reportado en la literatura científica. Entre las razones expuestas se hallan los estilos de vida inadecuados, la enfermedad física, la herencia y el trabajo; pero llama la atención el bajo porcentaje de factores trascendentales que consideraron los pacientes como causas de su enfermedad (la religión, la mala suerte o el destino), así como la ignorancia y la falta de respuesta, con excepción de 20% de pacientes con EPOC. Dichos pacientes eran los de mayor edad, con menos estudios y de un estrato socioeconómico más bajo. Esto último es significativo porque en estudios recientes, como el de Miglioretti, Meroni, Baiardo, Savioli y Velasco (2018), hecho en 211 pacientes cardíacos, empleando esa pregunta abierta del IPQ-B, 26% no reconoció ninguna atribución causal. La probabilidad de que los pacientes no respondieran aumentó en los pacientes mayores, en las mujeres y en los pacientes con menores niveles educativos. Sobre eso mismo, Hoth, Wamboldt, Bowler, Make y Holm (2011), utilizando una muestra de 394 pacientes con EPOC, hallaron que 93% de los mismos estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo en que fumar era la causa de su condición. Es ne-

cesario anotar que los sujetos del estudio anterior, quienes atribuyeron su enfermedad a algunos factores psicológicos, tenían más probabilidades de tener un reducido ajuste emocional y pobre calidad de vida.

Con relación a la búsqueda de relaciones entre la percepción de enfermedad (IPQ-B) y ciertas variables sociodemográficas (años cursados de estudio, edad y tiempo de diagnóstico de la enfermedad), en este último análisis se encontró que el número de años cursados de estudio se relacionaba negativamente con los sentimientos de preocupación y consecuencias (percepciones) acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tendrá la enfermedad, así como a las reacciones emocionales que podrán surgir como consecuencias de la misma. Adler y Ostrove (1999) y Lambregts (2017) plantean al respecto que los pacientes con antecedentes educativos más bajos tienen menos conocimientos sobre cómo reducir la posibilidad de recurrencia o tener un mejor control de los síntomas, lo que implicaría un aumento de emociones negativas. De igual manera, se halló que la edad de los pacientes también se relacionaba negativamente con la identificación de los síntomas físicos y emocionales y con la percepción de consecuencias severas de la enfermedad. Sobre esto mismo, Al-Smadi, Ashour, Hweidi, Gharai-beth y Fitzsimons (2016), en una revisión sistemática hecha con enfermos crónicos coronarios, encontraron que los pacientes mayores tenían una menor percepción de las consecuencias y de la cronicidad de su enfermedad. El número de meses desde el diagnóstico de la enfermedad se relacionó positivamente con los niveles de comprensión de la misma.

Barraza y Sarmiento (2014) llevaron a cabo una investigación para evaluar el conocimiento de 150 pacientes hipertensos colombianos acerca de su enfermedad. Los resultados indican que quienes llevaban once años o más con la enfermedad tenían un conocimiento notablemente superior al de los recién diagnosticados.

Comprender la percepción que tienen los pacientes de la enfermedad que padecen podría permitir al paciente, a su familia y al médico adoptar medidas encaminadas a diseñar intervenciones más puntuales y eficaces para el manejo integral de aquélla aumentando la adherencia al tratamiento,

disminuyendo la morbilidad asociada y, por supuesto, reduciendo los costos derivados de la atención (Valencia et al., 2014).

Debe considerarse que los grupos de pacientes con IRC y AR del presente estudio eran “profesionales de su enfermedad”, por así decir. Aquellos con IRC estaban en un tratamiento altamente tecnificado de su enfermedad, con capacitación y apoyo psicológico en su centro de diálisis no solamente por parte de los profesionales sino por sus propios compañeros. Los pacientes con AR estaban asociados a un organismo no gubernamental que les brindaba apoyo educativo, legal y médico sobre su enfermedad, y los hacía participar en actividades recreativas de grupo y terapia ocupacional. Por el contrario, los pacientes con EPOC eran “novatos” respecto a su enfermedad, estaban aislados, y por su mayor edad y bajo nivel educativo tenían dificultades para entender el proceso patológico que los había llevado a hospitalizarse, visto más como gripe o influenza o

como una enfermedad infecciosa aguda que como la enfermedad crónica que es.

La principal limitación de este estudio puede atribuirse al hecho de que los datos fueron recogidos en un momento específico de la enfermedad, cuando los pacientes se hallaban en un proceso de tratamiento y rehabilitación. Tales datos sugieren que la percepción del paciente acerca de su enfermedad se asocian moderadamente con variables tales como la edad, educación y tiempo de diagnóstico, factor este último que también fue encontrado en la investigación de Xavier et al. (2016) sobre la educación en pacientes de EPOC.

Por último, las investigaciones futuras sobre la influencia de los factores sociodemográficos sobre la percepción de la enfermedad deberían determinar si tales factores cambian o están relacionados con grupos específicos de pacientes que también comparten características específicas de cada enfermedad.

REFERENCIAS

- Adler, N.E. y Ostrove, J.M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
- Alexandre, N.M.C. y Guirardello, E.B. (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(2), 109-111.
- Al-Smadi, A.M., Ashour, A., Hweidi, I., Gharaibeth, B. y Fitzsimons, D. (2016). Illness perception in patients with coronary artery disease: A systematic review. *International Nursing Practice*, 22(6), 633-648.
- Arnett, F.C., Edworthy, S.M., Bloch, D.A., McShane, D.J., Fries, J.F., Cooper, N.S. et al. (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatoid Review*, 31(3), 315-324.
- Barraza L., F. y Sarmiento C., A. (2014). Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 399-405.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J. y Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Cameron, L. y Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Psychology Press.
- Cherrington, C.C., Moser, D.K., Lennie, T.A. y Kennedy, C.W. (2004). Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*, 13(2), 136-145.
- Dewar, M. y Curry, R.W. (2006). Chronic obstructive pulmonary disease: Diagnostic considerations. *American Family Physician*, 73, 669-678.
- Ehrenzweig, Y. (2005). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. En L. Flores, M. M. Botero y B. Moreno (Eds.): *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 133-152). Barranquilla (Colombia): Uninorte.
- Global Burden of Disease (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 16(390), 1345-1422.
- Hagger, M. y Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- Hoth, K., Wamboldt, F., Bowler, R., Make, B. y Holm, E. (2011). Attributions about cause of illness in chronic pulmonary disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 465-472.

- Lambregts, A. (2017). *The relationship between illness perception and health-related quality of life among colorectal cancer patients: the role of socioeconomic status*. Thesis submitted for the degree of B.Sc. Tilburg (Holanda): Tilburg University.
- Lameire, N., Van Biesen, W. y Vanholder, R. (2005). Acute renal failure. *Lancet*, 365, 417-430.
- Leventhal, H. (1979). A perceptual-motor processing model of emotion. En P. Pliner, K. Blankstein e I. M. Spiegel (Eds.): *Perception of emotion in self and others* (v. 5, pp. 1-46). New York: Plenum.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. y Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Miglioretti, M., Meroni, C., Baiardo, G., Savioli, G. y Velasco, V. (2018). The perceptions of the causes of cardiac disease: a taxonomy. *Psychology & Health*, 33(4), 537-554.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Fryar, C.D. y Flegal, K.M. (2015). Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011–2014, *NCHS Data Brief*, 219, 1-8.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedades crónicas y promoción de la salud*. Ginebra: OMS. Disponible en http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/.
- Pacheco H., V., Viladrich, C., Pujol R., E., Cabezas P., C., Núñez, M., Roura O. et al. (2012) Perception in chronic illnesses: linguistic validation of the revised Illness Perception Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire for a Spanish population. *Atención Primaria*, 44(5), 280-287.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: Una aproximación a partir del 'Illness Perception Questionnaire'. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83.
- Street, R.L. y Haidet, P. (2011). How do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients health beliefs. *Journal of General Internal Medicine*, 26(1), 21-27.
- Valencia, P., Mora, C., Arbelaez, A.M., Jaimes, Y., Merideidy, Y., Romero, M.C. et al. (2014). Cual es la percepción de enfermedad en pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Percepción Questionnaire (IPQ-R). *Revista Colombiana de Reumatología*, 21, 4-9.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida en pacientes crónicos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1, 125-137.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J.M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 13(4), 156-163.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M. y Medina A., M (2016). Conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Un estudio transcultural. *Psicología y Salud*, 26(1), 5-14.
- Ward, B.W. Schiller, J.S. y Goodman, R.A. (2014). Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. *Prevention of Chronic Disease*, 2(11), E62.
- Weinman, J. y Petrie, K.J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113-116.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Sharpe, N. y Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-273.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new measure for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 431-445.
- Xavier, A., Costa, A., Alves A., C., Carvalho P., R.M., Leon, F., Arrabal, S. et al. (2016). Association of illness perception with psycho-demographic factors and physical activity in COPD patients. *European Respiratory Journal*, 8, PA 1890. doi: 10.1183/13993003.

Intervenciones en estrés laboral: un análisis a partir del modelo bioecológico de Bronfenbrenner

Workplace stress interventions: An analysis based on the Bronfenbrenner's bio-ecological model

Angélica María Hermosa-Rodríguez¹

Citación: Hermosa R., A.M. (2019). Intervenciones en estrés laboral: un análisis a partir del modelo bioecológico de Bronfenbrenner. *Psicología y Salud*, 29(2), 167-176.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo analizar las intervenciones en el estrés laboral a la luz de los fundamentos conceptuales y metodológicos del modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner. Dicho modelo ofrece un marco de referencia que trasciende los ámbitos individual y organizacional bajo los cuales se ha intervenido tradicionalmente en el problema. Se hace una contextualización del estrés laboral y las intervenciones en este campo; luego se describe la perspectiva teórico-conceptual y los aspectos metodológicos del citado modelo, y finalmente se toman sus postulados como una propuesta para orientar las intervenciones en el estrés laboral.

Palabras clave: Estrés laboral; Salud ocupacional; Intervenciones en estrés laboral; Modelo bioecológico.

ABSTRACT

The present paper examines workplace stress interventions in the context of the conceptual and methodological proposals of Bronfenbrenner's bio-ecological model. This model provides a framework that transcends the individual and organizational levels under which work stress has been traditionally conceptualized and intervened. The paper begins with a contextualization of work stress and interventions in this field, followed by a description of the theoretical-conceptual perspectives and methodological aspects of the model and it finally proposes the model as a source to address and develop workplace stress interventions.

Key words: Work stress; Occupational health; Job stress interventions; Bio-ecological model.

INTRODUCCIÓN

En un mundo globalizado como el actual, ciertas situaciones sociales y económicas, como los altibajos financieros, la introducción de nuevas tecnologías y la desregulación de los mercados laborales, afectan la economía de los países, la organización del trabajo y la relación hombre-trabajo. Estas situaciones, sumadas a factores tales como la intensificación del trabajo (v.g. incremento del ritmo y la carga laboral) y la precariedad del trabajo (v.g. condiciones laborales inestables), favorecen la aparición del estrés laboral, reconocido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016) como “...un problema global que afecta a todas las profesiones y los trabajadores tanto de países en desarrollo como de los desarrollados” (p. 2).

¹ Departamento de Administración de Empresas, Universidad Central, Calle 21 Núm. 4-40, Bogotá, Colombia, tel. (057)323-98-68, ext. 3753, correo electrónico: ahermosar@ucentral.edu.co. Artículo recibido el 24 de abril y aceptado el 16 de mayo de 2018.

Un estudio realizado por la propia OIT (2010) sobre riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención señala que el estrés es la segunda causa registrada de los trastornos de la salud relacionados con el trabajo en la Unión Europea. Asimismo, dicho organismo multilateral ha alertado sobre la relación que existe entre el estrés laboral y los trastornos del sistema osteomuscular, la hipertensión, las úlceras pépticas, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos del estado de ánimo (v.g. depresión y ansiedad) e incluso el suicidio. Tales hechos son tan graves que los trastornos de salud mental relacionados con el estrés laboral son la principal causa de muerte prematura en Europa (Kortum, Leka y Cox, 2010).

En países con economías emergentes, como Colombia, la OIT (2016) reconoce avances en la investigación del estrés laboral y de los agentes de riesgo que lo pueden causar. En este país, el Ministerio de la Protección Social (2007) desarrolló la I Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales, en el que se evidenció que entre 20 y 33% de los trabajadores encuestados manifestaron sentir altos niveles de estrés. De igual manera, los factores psicosociales estuvieron relacionados entre 6 y 15% con la ocurrencia de accidentes de trabajo. Ante estos resultados, en el mismo documento se recomienda “establecer programas o líneas de intervención y control de factores de riesgo psicosocial...” (p. 107) y se sugiere “privilegiar intervenciones preventivas de accidentes de trabajo [...] donde este evento es más frecuente y letal” (p. 107).

La II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo del Sistema General de Riesgos Laborales y Trabajo realizada por el Ministerio de Trabajo colombiano (2015) evidenció que los riesgos de orden psicosocial continúan siendo muy frecuentes en la población trabajadora; por ejemplo, responsabilidades laborales que no están claramente definidas (74%) y atención directa al público (67%). Asimismo, se han hecho estudios sobre el nivel de estrés o programas para su control tan solo en 14% de las empresas encuestadas. A pesar de ese bajo porcentaje, hay un creciente interés por parte de las empresas por trabajar más aún en el diagnóstico y la intervención del estrés entre los trabajadores.

Tal como lo afirma la OIT (2016), todos los grupos ocupacionales pueden verse afectados por el estrés laboral; por tal razón, los profesionales y los investigadores encargados de estudiar este fenómeno están obligados a profundizar en su etiología, en las condiciones psicosociales en que se realiza el trabajo, en las posibles consecuencias para la salud del individuo y en el diseño e implementación de intervenciones que busquen mejorar la salud de los trabajadores. Es sobre esto que el presente artículo pretende alertar.

La literatura en este campo da cuenta de un cúmulo importante de estudios sobre programas de intervención en el estrés laboral centrados primordialmente en estrategias de intervención de tipo individual (Hahn, Binnewies, Sonnentag y Mojza, 2011; Maes y Boersma, 2005; Nielsen, Randall, Holten y Rial-Gonzalez, 2010; Nielsen, Taris y Cox, 2010; Unsworth y Mason, 2012). Sin embargo, Lamontagne, Keegel, Louie, Ostry y Landsbergis (2007) hallaron que existe una proporción creciente de intervenciones enfocadas simultáneamente en dos niveles: organizacional e individual. Tal resultado indica un interés progresivo en el diseño de intervenciones desde una perspectiva multinivel; estudios recientes reclaman que la investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo trascienda el ambiente laboral y se incluya en el contexto social, político y económico de los países (Kortum et al., 2010).

El diseño e implementación de intervenciones con las características antes mencionadas debe fundamentarse en un corpus teórico-empírico robusto (Maes y Boersma, 2005). Orleans (2008) asevera que el intercambio dinámico entre teoría, investigación y práctica es crítico si se aspira a promover de manera efectiva la salud en diferentes espacios, como el laboral, entre otros. De ahí que usar teorías en el diseño, instrumentación y evaluación de intervenciones da como resultado que estas sean más potentes y se afirmen las teorías. Glanz, Rimer y Viswanath (2008) aseguran que se pueden diseñar mejores intervenciones cuando se comprenden las teorías y se tiene la capacidad de utilizarlas con destreza en la investigación y en la práctica.

Así, analizar las intervenciones en el área del estrés laboral a partir de modelos explicativos que la psicología de la salud ocupacional no ha

considerado aún puede ampliar el conocimiento que se tiene sobre este campo en particular.

El presente artículo pretende evidenciar que el modelo bioecológico del desarrollo humano ofrece una serie de elementos conceptuales y metodológicos que hacen posible el abordaje de estas intervenciones desde una perspectiva multinivel. Dicho modelo, conocido como el modelo proceso-persona-contexto-tiempo (PPCT) (Bronfenbrenner, 2001), parte del supuesto de que cada persona se encuentra involucrada en una serie de niveles relacionales (individual, familiar, comunitario y social) y sugiere un diseño de investigación que facilite el estudio de los mismos. Con este modelo es posible examinar las bases culturales e institucionales que subyacen al surgimiento y mantenimiento del estrés laboral como una de las modalidades del malestar psicosocial en el trabajo. De manera similar, proporciona una perspectiva holística de la salud en el trabajo porque no se limita a la intervención del fenómeno considerando meramente al individuo o a la organización, sino que trasciende esos límites y los complementa con el marco extralaboral.

En este orden de ideas, diferentes autores afirman que en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones sobre el estrés laboral no se puede ignorar el contexto cultural, político, económico y social, pues no considerar dichos factores puede afectar la efectividad de aquéllas (Brough y O'Driscoll, 2005; Hahn et al., 2011; Hansson, Vingard, Arnetz y Anderzén, 2008; Henry, 2005; Nielsen, Randall et al., 2010; Nielsen, Taris y Cox, 2010; Unsworth y Mason, 2012). Este hecho es confirmado por Cox, Taris y Nielsen (2010), quienes señalan que a pesar de que se están diseñando continuamente nuevas intervenciones, al parecer no corresponden a la necesidad social de intervenciones útiles y efectivas en la práctica; es decir, el foco de las intervenciones debe radicar en planteamientos innovadores que mejoren la salud de los trabajadores y su bienestar. Así, el modelo bioecológico de Bronfenbrenner ofrece explicaciones plausibles para dar mayor eficacia a las intervenciones en el área del estrés laboral porque permite pensar en un modelo de intervención que promueve el bienestar y previene el malestar en el trabajo, apoyado en la transformación de las dinámicas sociales, institucionales, económicas y culturales.

El modelo bioecológico de Bronfenbrenner y las intervenciones en el estrés laboral

La perspectiva teórica y metodológica del modelo de Urie Bronfenbrenner destaca la importancia que tiene el modo en que la persona percibe el ambiente que le rodea y la forma en que se relaciona con él. Para este autor, el ambiente que circunscribe al sujeto es la principal fuente de influencia sobre su conducta y es entendido como *ambiente ecológico*.

El modelo bioecológico tiene propiedades distintivas que Bronfenbrenner ha expresado en forma de proposiciones. La primera de ellas plantea que la *experiencia* es un elemento clave, pues cualquier ambiente relacionado con el desarrollo humano incluye no solo las propiedades objetivas del mismo, sino también la manera en que estas propiedades son experimentadas subjetivamente por las personas y modificadas por ellas durante el curso de su vida (Bronfenbrenner, 2001). El autor agrega que los elementos objetivos y subjetivos son complementarios: ninguno se presume de manera aislada como suficiente para explicar el curso del desarrollo humano.

Si se aplica este principio al contexto laboral, los trabajadores están en permanente relación con las propiedades objetivas del ambiente de trabajo y con su propia subjetividad (e.g. creencias personales, emociones, actitudes). Sin embargo, muchas de las intervenciones en el estrés laboral carecen de esta visión complementaria, lo que se revela en aspectos metodológicos tales como las técnicas de recolección de datos que se emplean en este tipo de estudios. En la mayoría de los casos, son instrumentos de autorreporte que evalúan la percepción del trabajador sobre las condiciones del ambiente laboral, su propia salud, las características individuales o el estrés percibido, entre otros (Brinkborg, Michanek, Hesser y Berglund, 2011; Hahn et al., 2011; Hatinen, Kinnunen, Pekkonen y Kalimo, 2007; Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris y Peeters, 2007; Orly, Rivka, Rivka y Dorit, 2012; Unsworth y Mason, 2012), y poco se acude a la combinación de medidas objetivas y subjetivas (Wolever et al., 2012).

La segunda proposición contiene un componente teórico importante del modelo: los *procesos proximales*, definidos como aquellos procesos progresivamente complejos de interacción recíproca entre un organismo humano biopsicológico activo

que evoluciona, y las personas, objetos y símbolos de su ambiente externo inmediato; tal interacción debe ocurrir a lo largo de periodos prolongados para que sea efectiva (Bronfenbrenner, 2001; Bronfenbrenner y Morris, 2006). En el ámbito laboral, los procesos proximales se expresan de diferentes formas duraderas de interacción, como las relaciones con el jefe, los colegas y los compañeros de trabajo, y el aprendizaje de nuevas habilidades o conocimientos, entre otros. Esta interacción progresiva se ha evaluado en diversas intervenciones en esta área, especialmente la relación entre el trabajador y sus jefes, supervisores y compañeros de trabajo (Hatinen et al., 2007; Le Blanc et al., 2007). También se ha analizado la adquisición de conocimientos, el aprendizaje de nuevas habilidades para el trabajo y el modo en que estos procesos pueden disminuir el estrés laboral (Andersson-Felé, 2005).

En la tercera proposición se plantean aspectos metodológicos del modelo bioecológico; concretamente, las estrategias que permiten dar respuesta a los interrogantes de investigación. Los procesos proximales varían sistemáticamente en función de las características de la persona, el contexto ambiental (inmediato y más remoto) en el que los procesos tienen lugar o las continuidades y cambios que ocurren en ese ambiente a través del tiempo. El planteamiento citado se traduce en un diseño de investigación denominado Modelo proceso-persona-contexto-tiempo (PPCT en lo sucesivo) (Bronfenbrenner, 2001; Bronfenbrenner y Morris, 2006). En otras palabras, las investigaciones en el campo del desarrollo deben estudiar simultáneamente los procesos proximales y las características de la persona y del contexto y las relacionadas con el tiempo. Aunado a ello, se deben ejecutar análisis estadísticos que permitan estudiar las interacciones más relevantes entre estos múltiples factores (Guhn y Goelman, 2011). Aunque Bronfenbrenner ha manifestado que el modelo PPCT es muy ambicioso para utilizarse en las investigaciones porque no muchas estarían en condiciones de examinar todas las interacciones entre los diferentes componentes del modelo, hay estudios en el campo del desarrollo infantil que han indagado esas interacciones (Bronfenbrenner, 2001; Guhn y Goelman, 2011; Reiss, Leve y Neiderhiser, 2013).

Al evaluar este referente metodológico en los estudios revisados para el presente documento, no se encuentran intervenciones que aborden la problemática del estrés laboral de forma holística, tal como lo explicita el modelo PPCT. Lo más cercano a un abordaje metodológico de este tipo son las intervenciones que combinan acciones orientadas a los individuos y acciones hacia la organización (Andersson-Felé, 2005; Brough y O'Driscoll, 2010; Hatinen et al., 2007; Le Blanc et al., 2007; Lingard, Francis y Turner, 2012).

Los componentes del modelo PPCT deben entenderse dentro de un sistema ecológico, holístico e interaccional. De esta premisa se destaca la noción de *interdependencia*, que se refleja en el concepto de los sistemas *anidados* (Guhn y Goelman, 2011), esto es, un sistema que contiene otro sistema como un conjunto de estructuras seriadas.

En este orden de ideas, Bronfenbrenner (2001) afirma que el sistema más interno es el *microsistema*, que es el nivel más cercano al sujeto e incluye los comportamientos, roles y relaciones interpersonales que experimenta el sujeto en sus contextos cotidianos más inmediatos. En el caso del trabajador, el microsistema está determinado por comportamientos, roles y relaciones propias de su contexto cotidiano, como familiares, amigos, pareja, hijos, compañeros de trabajo y jefes mediatos e inmediatos. En su mayoría, las intervenciones en el estrés laboral se instrumentan en el nivel de los comportamientos y los roles de la persona en su entorno laboral (Brinkborg et al., 2011; Hahn et al., 2011; Isaksson Ro et al., 2010; Orly et al., 2012; Unsworth y Mason, 2012; Wolever et al., 2012). En otros casos, en el diseño y ejecución de las intervenciones se ha considerado no solamente el patrón comportamental del trabajador, sino también la relación del individuo con su entorno laboral (e.g. características del trabajo), con los jefes o supervisores y con sus compañeros de trabajo (Hatinen et al., 2007; Le Blanc et al., 2007; Rickard et al., 2012). De acuerdo con Lamontagne et al. (2007), el número de esta clase de intervenciones va en aumento; en su revisión de los programas de intervención en el estrés laboral señalan que las intervenciones que combinan actividades sobre la organización y sobre el individuo se consideran de alta calidad porque muestran resultados favorables en el plano individual y en el organizacional.

Según Bronfenbrenner (2001), el *mesosistema* señala las interrelaciones entre dos o más entornos en los que la persona participa activamente. Para el trabajador, el mesosistema está dado por la interacción entre los ambientes en los que se encuentra inmerso, como la relación bidireccional entre el trabajo, la familia y su vida social. En la actualidad adquiere cada vez más fuerza el realizar intervenciones orientadas a encontrar el balance entre el entorno familiar y el laboral (Brough y O'Driscoll, 2010; Lingard et al., 2012), pero no ocurre lo mismo cuando se trata de intervenciones que consideran la relación entre los entornos laboral y social del trabajador.

El *exosistema* comprende los ambientes que no involucran a la persona como un participante activo, pero en los que se producen hechos que afectan o se ven afectados por lo que sucede en el entorno en el cual se encuentra (Bronfenbrenner, 2001). En este artículo no se documentan intervenciones sobre el estrés laboral que consideren contextos que afectan indirectamente al trabajador, tales como el lugar de trabajo, la familia y los amigos de la pareja, o las redes sociales y el entorno escolar de los hijos, a pesar de que estos contextos también pueden ser fuente de estrés para el trabajador. En este nivel también se encuentra el contexto organizacional en las que se producen situaciones que afectan al trabajador de manera indirecta, como las fusiones empresariales, los cambios en la alta gerencia de las compañías o las decisiones en su manejo económico que afectan el presupuesto destinado a mantener o promover la salud laboral. Este artículo no aborda las intervenciones destinadas al manejo del estrés que puedan producir estos eventos.

El *macrosistema* hace referencia a la consistencia cultural, ideológica o de creencias que debe haber en los sistemas de orden menor (microsistema, mesosistema y exosistema) (Bronfenbrenner, 2001). Es decir, las características de la cultura, la religión, la etnia y el momento histórico-social en el que se encuentra la persona influyen en todos los niveles de su ambiente ecológico. Hoy día, en las intervenciones en el estrés laboral se reconoce la importancia de incluir en su diseño y puesta en práctica ciertos factores de este orden, como por ejemplo las políticas y legislación en salud laboral del país o de la región (Guthrie, Ciccarelli y

Babic, 2010; Leka, Jain, Iavicoli, Vartia y Ertel, 2011; Mellor et al., 2011).

El ambiente ecológico también presenta una dimensión temporal, que se describe con el término *cronosistema*. El cronosistema hace posible examinar la influencia de los cambios y las continuidades que se producen a través del tiempo en los ambientes en los que la persona vive. Los efectos de los procesos proximales pueden depender de cuándo y en qué orden suceden en la vida de una persona, así como cuándo se producen dentro del contexto histórico. Tal como lo afirma Bronfenbrenner (2001), el elemento *tiempo* tiene especial importancia en los diseños de investigación que utiliza el modelo bioecológico, dado que para demostrar que el desarrollo ha ocurrido, los elementos en el diseño y su relación dinámica deben haber influido en las características biopsicológicas de la persona en desarrollo durante un periodo prolongado.

En las intervenciones en el estrés laboral se ha ignorado dicha dimensión temporal en la mayoría de los casos, aunque se han encontrado efectos positivos de las intervenciones en la disminución del estrés mediante diseños cuasiexperimentales y mediciones postratamiento de corto y mediano plazo (Hahn et al., 2011; Le Blanc et al., 2007; Orly et al., 2012; Unsworth y Mason, 2012). Como afirma Landsbergis (2008), “muy pocos de estos estudios [y] programas de manejo del estrés [...] tienen un seguimiento a largo plazo, por lo que no sabemos si esas mejoras se mantienen en el tiempo” (p. 36). En consecuencia, los diseños cuasiexperimentales se ven limitados cuando se trata de explicar la efectividad de las intervenciones en el largo plazo. En este caso, los diseños longitudinales son los que consideran la relación dinámica que debe haber entre las diferentes variables que componen el diseño y los que aportan más precisión en relación con los determinantes y las consecuencias de las intervenciones.

Nielsen, Taris y Cox (2010b) sugieren el uso de métodos mixtos de investigación para mejorar la efectividad de las intervenciones. Estos diseños permiten agregar un componente cualitativo a un proceso netamente cuantitativo, o combinar aproximaciones cualitativas y cuantitativas a través de todas las fases de la intervención, y de esta manera incorporar las fortalezas de ambas metodologías

para obtener resultados más robustos. Por ello, es cada vez más frecuente encontrar que los investigadores hacen uso de estrategias cuantitativas en combinación con las cualitativas y que implican la participación de diferentes grupos de interés de la organización (e.g. empleados, supervisores, gerentes) en el diseño e implementación de las intervenciones en el estrés laboral (Hatinen et al., 2007; Le Blanc et al., 2007; Lingard et al., 2012).

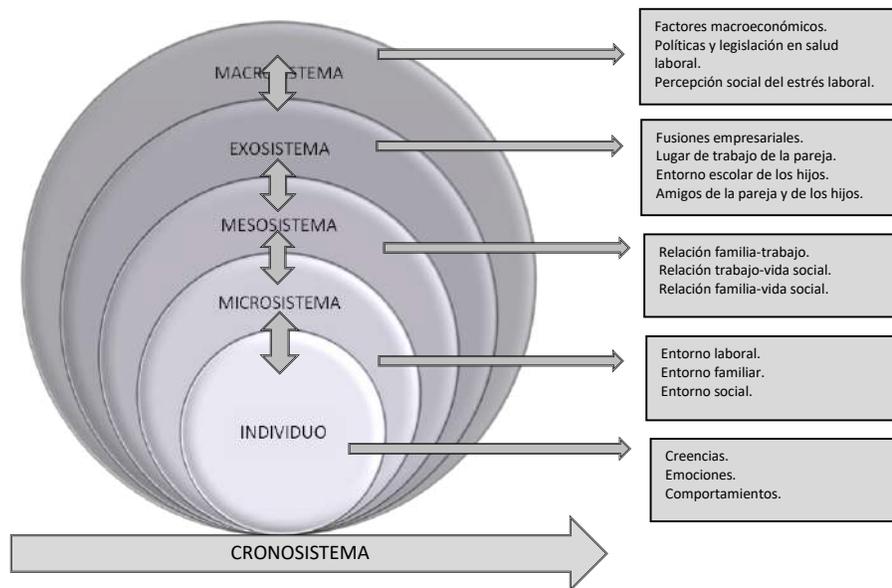
Intervenciones en estrés laboral: elementos del modelo bioecológico para su abordaje

La visión multisistémica del modelo bioecológico ofrece un marco explicativo con el cual las intervenciones en el estrés laboral pueden desarrollar-

se porque extiende los focos de intervención más allá de los niveles individual y organizacional y hace posible generar estrategias de intervención de mayor alcance. Se espera entonces que los resultados de las intervenciones en el estrés laboral resulten de las interacciones entre las diferentes variables que componen el modelo metodológico PPCT dentro y a través de cada uno de estos sistemas.

Considerando los supuestos del modelo bioecológico, una propuesta para abordar las referidas intervenciones debe enfocarse en los factores de riesgo que surgen en los múltiples contextos sociales, desde los más próximos hasta los más lejanos al trabajador, lo que requiere articular las acciones preventivas en cada uno de los niveles de intervención (Figura 1).

Figura 1. Modelo bioecológico aplicado a las intervenciones en estrés laboral.



En el nivel del microsistema, se busca actuar sobre los patrones de comportamiento, hábitos, actitudes y creencias del trabajador, ya sea para fortalecer sus recursos individuales y prevenir el surgimiento del estrés (intervención primaria), para prepararlo para que desarrolle su capacidad de afrontamiento ante las condiciones estresantes (intervención secundaria), o para tratarlo y rehabilitarlo cuando sufra enfermedades o síntomas relacionados con el estrés (intervención terciaria). Diferentes autores arrojan evidencia empírica sobre estos focos de intervención (Brinkborg et al., 2011; Hahn et al., 2011; Isaksson et al., 2010; Orly et al., 2012; Unsworth y Mason, 2012; Wolever et al., 2012).

En este mismo nivel, el ámbito laboral es uno de los microsistemas más importantes para la intervención primaria, que es de orden preventivo y proactivo; así, las estrategias de intervención se orientan a reducir los estresores en el trabajo o a alterar las fuentes de estrés antes de que el trabajador lo experimente. Algunos ejemplos de acciones preventivas en este microsistema se relacionan con el cambio en las condiciones del trabajo, como su rediseño, la reducción de la carga laboral o la conformación de grupos colaborativos que incluyen a compañeros de trabajo o jefes inmediatos, entre muchos otros (Hatinen et al., 2007; Ipsen y Jensen, 2012; Le Blanc et al., 2007; Rickard et al., 2012).

El contexto familiar es otro microsistema que tiene gran influencia sobre el trabajador porque se producen transferencias del trabajo a la familia y viceversa, las que pueden ser positivas o negativas. Por ello, las estrategias de intervención han sido de orden relacional y se ubican en el nivel del mesosistema, dando lugar a las intervenciones denominadas “balance familia-trabajo” (Brough y O’Driscoll, 2010; Lingard et al., 2012). Un plano desatendido en las intervenciones en el estrés laboral es la vida social del trabajador fuera de su entorno laboral y familiar. Las acciones preventivas en el mesosistema que es la relación trabajo-vida social pueden orientarse a identificar y fortalecer las redes de apoyo social con las que cuenta el trabajador (v.g. amigos, asociaciones, clubes deportivos). Por otra parte, en el exosistema del trabajador las intervenciones deben considerar, entre otros, factores tales como el entorno escolar de los hijos, el lugar de trabajo de la pareja y los cambios en el entorno organizacional, toda vez que pueden desencadenar respuestas de estrés en el trabajador.

El macrosistema es crucial para operar sobre las condiciones de orden social, político, económico y cultural. En el nivel macro, las intervenciones se han relacionado con la política, la legislación y las normas relativas a la salud laboral que existen en la región o en el país. Estas iniciativas han tenido un impacto favorable en el manejo del riesgo psicosocial asociado al estrés laboral (Guthrie et al., 2010; Leka et al., 2011; Mellor et al., 2011); sin embargo, es necesario que en esas intervenciones participen todos los grupos de interés (Estado, empresa, directivos y trabajadores) para asegurar la existencia de esas políticas y su traducción en prácticas efectivas en la organización. Guthrie et al. (2010) afirma que la salud y el bienestar de los trabajadores pueden promoverse mediante la legislación, las acciones conjuntas entre todos los grupos de interés y los incentivos financieros en las organizaciones.

Conjugando factores del exosistema y del macrosistema en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones en estrés laboral, los elementos a considerar serían numerosos; por ejemplo, la alineación de la estrategia organizacional en gestión financiera y presupuestal con la estrategia en gestión humana y salud laboral; los valores y la cultura de la organización; las políticas

institucionales que se traduzcan en diagnósticos y programas de intervención relacionados con la salud y el bienestar de los trabajadores; la normativa estatal que impulse el desarrollo de este tipo de programas en las empresas, y las políticas gubernamentales y las directrices económicas en materia de salud laboral en el país, entre muchos otros elementos.

En resumen, el modelo bioecológico aplicado a las intervenciones en el estrés laboral involucra al trabajador, las relaciones que el trabajador establece con otros en su entorno laboral, familiar y social, y las relaciones interinstitucionales con las entidades que diseñan la política pública en el área de la salud laboral y que establecen las directrices en materia de salud en el trabajo. A todos estos elementos se suma la dimensión temporal, que atraviesa todos los sistemas y que implica el efecto del tiempo en el curso de la vida de un trabajador, así como los cambios y continuidades presentes en los diferentes contextos con los que se relaciona y el momento histórico en el cual se encuentre. Como lo sugieren Hermosa y Perilla (2015), el diseño y puesta en marcha de las intervenciones en el estrés laboral requieren el acercamiento multinivel que, como se expuso previamente, ofrece el modelo bioecológico.

CONCLUSIONES

El propósito central de este artículo fue analizar las intervenciones en el estrés laboral a la luz de los fundamentos conceptuales y metodológicos del modelo bioecológico de Bronfenbrenner. Para tal efecto, se profundizó en la perspectiva teórico-conceptual y en los aspectos metodológicos del modelo, y paralelamente se analizaron los programas de intervención basados en dicha aproximación.

La revisión de la literatura evidencia que esos programas de intervención se han centrado primordialmente en el individuo, y aunque han demostrado ser efectivas para éste, no lo son necesariamente para la organización. Por ello, las intervenciones que combinan acciones centradas en el individuo y en la organización muestran una tendencia creciente. Así mismo, los diseños (cuasi) experimentales son los más utilizados en las intervenciones en estrés laboral aunque su efectividad

a largo plazo ha sido cuestionada, de tal manera que se sugiere el uso de métodos mixtos como medida para incrementar la efectividad de las intervenciones. Sin embargo, más allá de combinar estrategias metodológicas de orden cuantitativo y cualitativo, los factores macroorganizacionales (v.g. fusiones, cambios en infraestructura física o tecnológica o movimientos sindicales) también dificultan la efectividad de las intervenciones desde el diseño, implementación y evaluación.

En cuanto al modelo de Bronfenbrenner, dos elementos son centrales, el *ambiente ecológico*, entendido como un conjunto de estructuras seriadas interdependientes en las que un sistema contiene otro, y el *modelo PPCT* como un diseño de investigación que hace posible estudiar simultáneamente los procesos proximales, las características de la persona y del contexto y las relacionadas con el tiempo. Sin duda, abordar los problemas en el estrés laboral con una visión holística e interaccional es un aporte incuestionable a la investigación de este tipo de intervenciones y obliga a repensar las estrategias metodológicas que se han utilizado tradicionalmente en este campo. El mismo Bronfenbrenner afirma que el modelo PPCT es un diseño de investigación complejo por las múltiples variables que deben considerarse; pese a ello, las intervenciones requieren de una perspectiva integral y dinámica porque las acciones del trabajador y sus

problemas de salud no aparecen aisladas, sino que afectan y son afectadas por las relaciones que el individuo establece con sus entornos próximos y distantes.

En este orden de ideas, se ha esbozado una propuesta para abordar esas intervenciones asumiendo las dimensiones consideradas en el modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner. Dicha propuesta establece que en cada uno de los contextos sociales con los que se relaciona el trabajador hay diversos factores probables de riesgo como fuentes de estrés, y que las estrategias preventivas deben articularse en cada uno de los niveles de intervención; es decir, las intervenciones en el estrés laboral deben considerar al trabajador como una persona en continuo ajuste a sus entornos inmediatos (laboral, familiar y social), que también son dinámicos y cambiantes. A su vez, estos entornos se relacionan con contextos más distantes del trabajador pero que lo afectan de manera indirecta (cambios macroorganizacionales, políticas públicas, aspectos macroeconómicos y demás). En otras palabras, las intervenciones deben orientarse partiendo de una perspectiva holística que entienda el individuo en función de su ambiente organizacional y social. Tomar en cuenta estas dimensiones facilitará al investigador responder a las preguntas sobre qué intervenciones funcionan, para quién y en qué circunstancias.

REFERENCIAS

- Andersson-Felé L. (2005). Age related work load—a work environment intervention with a life course perspective. *International Congress Series*, 1280, 341-346. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ics.2005.01.017>.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H. y Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behavior Research & Therapy*, 49, 389-398.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. En N. J. Smelser y P. B. Baltes (Eds.): *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. (v. 10, pp. 6963-6970). New York: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P. (2006). The bioecological model of human development. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.): *Handbook of Child Development*. (v. 1, pp. 793-828). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brough, P. y O'Driscoll, M. (2010). Organizational interventions for balancing work and home demands: an overview. *Work & Stress*, 24(3), 280-297. doi: 10.1080/02678373.2010.506808.
- Brough, P. y O'Driscoll, M. (2005). Work-family conflict and stress. En A. S. Antoniou y C. L. Cooper (Eds.): *Research companion to organizational health psychology*. (pp. 346-365). London: Edward Elgar Publishing.
- Cox, T., Taris, T.W. y Nielsen, K. (2010). Organizational interventions: Issues and challenges. *Work & Stress*, 24 (3), 217-218. doi: 10.1080/02678373.2010.519496.
- Glanz, K., Rimer, B. y Viswanath, K. (2008). Theory, research, and practice in health behavior and health education. En K. Glanz, B. Rimer y K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. (pp. 23-40). USA: Wiley.

- Guhn, M. y Goelman, H. (2011). Bioecological theory, early child development and the validation of the population-level early development instrument. *Social Indicators Research*, 103, 193-217. doi: 10.1007/s11205-011-9842-5.
- Guthrie, R., Ciccarelli, M. y Babic, A. (2010). Work-related stress in Australia: The effects of legislative interventions and the cost of treatment. *International Journal of Law Psychiatry*, 33(2), 101-115.
- Hahn, V., Binnewies, C., Sonnentag, S. y Mojza, E. (2011). Learning how to recover from job stress: Effects of a recovery training program on recovery, recovery-related self-efficacy, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 202-216. doi: 10.1037/a0022169.
- Hansson, A.S., Vingard, E., Arnetz, B.B. y Anderzén, I. (2008). Organizational change, health, and sick leave among health care employees: A longitudinal study measuring stress markers, individual, and work site factors. *Work & Stress*, 22(1), 69-80. doi: 10.1080/02678370801996236.
- Hatinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. y Kalimo, R. (2007). Comparing two burnout interventions: Perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management*, 14(3), 227-248. doi: 10.1037/1072-5245.14.3.227.
- Henry, J. (2005). The healthy organization. En A. S. Antoniou y C. L. Cooper (Eds.): *Research companion to Organizational Health Psychology* (pp. 382-392). London: Edward Elgar Publishing.
- Hermosa, A.M. y Perilla, L.E. (2015). Retos investigativos en psicología de la salud ocupacional: el estrés laboral. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 252-261. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a12.
- Ipsen, C. y Jensen, P.L. (2012). Organizational options for preventing work-related stress in knowledge work. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 42(4), 325-334.
- Isaksson Ro, K.E., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O.G. y Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*, 10, 2-13.
- Kortum, E., Leka, S. y Cox, T. (2010). Psychosocial risks and work-related stress in developing countries: Health impact, priorities, barriers and solutions. *The International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 23(3), 225-238.
- Lamontagne, A., Keegel, T., Louie, A., Ostry, A. y Landsbergis, P. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *The International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(13), 268-280.
- Landsbergis, P. (2008). ¿Qué se debe hacer para prevenir los riesgos psicosociales en el trabajo? *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 11(1), 36-44.
- Le Blanc, P., Hox, J., Schaufeli, W., Taris, T. y Peeters, M. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 213-227. doi: 10.1037/0021-9010.92.1.213.
- Leka, S., Jain, A., Iavicoli, S., Vartiainen, M. y Ertel, M. (2011). The role of policy for the management of psychosocial risks at the workplace in the European Union. *Safety Science*, 49, 558-564. doi: 10.1016/j.ssci.2010.02.002.
- Lingard, H., Francis, V. y Turner, M. (2012). Work-life strategies in the Australian construction industry: Implementation issues in a dynamic project-based work environment. *International Journal of Professional Management*, 30, 282-295. doi: 10.1016/j.ijproman.2011.08.002.
- Maes, S. y Boersma, S.N. (2005). Applications in health psychology: How effective are interventions? En S. Sutton, A. Baum y M. Johnston, M. (Eds.): *The SAGE Handbook of Health Psychology* (pp. 299-325). London: Sage.
- Mellor, N., Mackay, C., Packham, C., Jones, R., Palferman, D., Webster, S. y Kelly, P. (2011). 'Management standards' and work-related stress in Great Britain: Progress on their implementation. *Safety Science*, 49, 1040-1046. doi: 10.1016/j.ssci.2011.01.010.
- Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2007). *Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales*. Bogotá: Autor. Disponible en www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20SALUD%20RP.pdf.
- Ministerio del Trabajo de la República de Colombia (2015). *Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales*. Bogotá: Autor. Disponible en http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/publicaciones/encuestas/II_ENCUESTA_NACIONAL_CONDICIONES_SST_COLOMBIA_2013.pdf.
- Nielsen, K., Randall, R., Holten, A. y Rial-Gonzalez, E. (2010a). Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work & Stress*, 24(3), 234-259. doi: 10.1080/02678373.2010.515393.
- Nielsen, K., Taris, T.W. y Cox, T. (2010b). The future of organizational interventions: Addressing the challenges of today's organizations. *Work & Stress*, 24(3), 219-233. doi: 10.1080/02678373.2010.519176.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016). *Estrés en el trabajo. Un reto colectivo*. Turín (Italia): Centro Internacional de Formación de la OIT.

- Orleans, T. (2008). Foreword. En K. Glanz, B. Rimer y K. Viswanath (Eds.): *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Orly, S., Rivka, B., Rivka, E. y Dorit, S.E. (2012). Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Applied Nursing Research*, 25, 152-157. doi: 10.1016/j.apnr.2011.01.004.
- Reiss, D., Leve, L. y Neiderhiser, J. (2013). How genes and the social environment moderate each other. *American Journal of Public Health*, 103, 111-121. doi: 10.2105/AJPH.2013.301408.
- Rickard, G., Lenthall, S., Dollard, M., Opie, T., Knight, S., Dunn, S., Wakerman, J., MacLeod, M., Jo Seiler, J. y Brewster-Webb, D. (2012). Organizational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital's nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian*, 19(4), 211-221.
- Unsworth, K. y Mason, C. (2012). Help yourself: The mechanisms through which a self-leadership intervention influences strain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 235-245. doi: 10.1037/a0026857.
- Wolever, R., Bobinet, K., McCabe, K., Mackenzie, E., Fekete, E., Kusnick, C. y Baime, M. (2012). Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 246-258. doi: 10.1037/a0027278.

Estrés laboral y desarrollo de trastornos psicósomáticos en estudiantes de posgrado

Workplace stress and development of psychosomatic disturbances in graduate students

José Raúl Peralta López y Walter Michael Villalba Jiménez¹

Citación: Peralta L., J.R. y Villalba J., W.M. (2019). Estrés laboral y desarrollo de trastornos psicósomáticos en estudiantes de posgrado. *Psicología y Salud*, 29(2), 177-186.

RESUMEN

El presente estudio correlacional tuvo como objetivo identificar los niveles de estrés laboral que estudiantes de posgrado pueden manifestar ante la sobrecarga de trabajo. Los resultados mostraron una relación significativa entre el desarrollo del estrés y el desencadenamiento de dichos trastornos según la Escala de Desgaste Ocupacional. A partir de estos resultados, se propone contar con especialistas en salud mental en los centros educativos que ofrecen estudios de posgrado a fin de atender este tipo de afectaciones, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

Palabras clave: Estrés laboral; Trastornos psicósomáticos; Sobrecarga; Estudiantes de posgrado.

ABSTRACT

The aim of this correlational study was to identify the stress levels of graduate students due to work overload. Results revealed a significant relationship between stress levels and events triggering such stress disorders, as measured by the Occupational Wear Scale. On the basis of these results, it is proposed that mental health specialists attend this type of affectations within the educational centers that offer graduate degrees, in order to contribute to improving students' quality of life.

Key words: Work stress; Psychosomatic disorders; Work overload; Graduate students.

INTRODUCCIÓN

Las demandas y exigencias que se han generado dentro del campo laboral han hecho que los profesionales deban capacitarse constantemente a fin de otorgar mejores servicios a quienes los requieran y, con ello, lograr la calidad de su propio centro de trabajo. Sin duda, el sistema educativo es parte esencial y primordial en este proceso, de modo que ha llevado a los profesionales de la educación a una permanente actualización para que respondan a las nuevas tendencias que se van forjando en el mundo actual. Son los estudios de posgrado una opción para lograr este fin y así cubrir las necesidades que la propia sociedad demanda. La Estrategia Nacional de Formación Continua de Profesores de Educación Básica y Media Superior de la Secretaría de Educación Pública (SEP) (2016) da cuenta de la concepción actual del docente como un gestor axiológico cultural de las transformaciones sociales derivadas de las exigencias

¹ Centro de Estudios Especializados Ausubel, Hacienda Sta. Rosa Num. 13, La Hacienda, 91630 Jacarandas, Ver., tel (228)117-86-56, correos electrónicos: ceca24@hotmail.com y peraltalopez_62@hotmail.com. Artículo recibido el 4 de agosto y aceptado el 30 de octubre de 2018.

de esta nueva sociedad del conocimiento, misma que ha incidido en las universidades y en todos sus miembros (Hernández, 2018).

Expone Andere (2012): “Los maestros del siglo XXI no son instructores, no están todo el tiempo frente a un grupo y no son sumisos; son educólogos, multifuncionales y profesionales”. Según dicha acepción, los docentes adquieren un compromiso ante la sociedad que los lleva a tomar la decisión de actualizarse mediante los estudios de posgrado, y solventar con ello las actuales necesidades del contexto laboral. No obstante, esta elección genera incertidumbre, pues ingresar a estos programas compromete al aspirante en virtud de que las exigencias derivadas de las actividades y tareas que debe desempeñar son aún mayores, lo que propicia el desencadenamiento del estrés (Barraza, 2008), mismo que puede afectar su estado de salud.

En efecto, la multiplicidad de tareas que debe atender el estudiante de posgrado puede producir estrés laboral o académico (Berrio y Mazo, 2011) debido a las actividades que su centro de trabajo demanda y a la vez las que sus estudios implican, lo que origina una sobrecarga laboral que se complica aún más por las responsabilidades familiares, lo que hace todavía más compleja su situación.

De allí el interés de los estudiosos de la conducta humana por desarrollar investigaciones sobre el estrés laboral y académico, evaluar su impacto en el estado de salud física o mental de quienes lo padecen e identificar las consecuencias que puede acarrear este proceso, que puede afectar de manera considerable el estilo de vida de las personas (Naranjo, 2009), para así generar estrategias para afrontarlas de una mejor manera. Berrio y Mazo (2011) señalan que una consecuencia que puede derivarse del estrés es el desarrollo de diversas patologías que afectan drásticamente la salud.

Tomando en cuenta los planteamientos anteriores, pareció necesario integrar en la presente investigación dichos elementos, parte de la vida cotidiana del estudiante de posgrado por la diversidad de tareas laborales, académicas y familiares que debe atender. Así, se aborda de una manera general el concepto de estrés y las variables que entraña, a fin de asociarlo con los trastornos psicósomáticos que pueden incidir de manera signi-

ficativa en el desarrollo de los propios estudiantes, y finalmente se describe el estudio realizado mediante la aplicación de la Escala de Desgaste Ocupacional de Uribe (2010).

Conceptualización y antecedentes del estrés

La palabra *estrés* deriva del inglés *stress* (“tensión”), término retomado de la física, cuyo significado proviene del griego *stringere*, un término que desde el siglo XIV se ha utilizado en diversos textos para referirse a aquellos sucesos que provocan tensión, pero fue hasta 1956 cuando Hans Selye, un fisiólogo y médico austrohúngaro-canadiense, lo llevó al campo de la salud, denominándolo “síndrome general de la adaptación” (cf. Selye, 1956), y proponiendo que varias enfermedades se generaban por un prolongado estrés en los órganos, como la hipertensión arterial o los problemas cardíacos. Mediante sus investigaciones, este autor identificó que había diversos factores, como las demandas sociales o ambientales, que pueden provocar estrés debido a una adaptación inapropiada ante esas circunstancias, provocando con ello el desarrollo de ciertas enfermedades fisiológicas (Berrio y Mazo, 2011).

Son tres las fases propuestas por Selye (1956) (cf. Naranjo, 2009); la primera, fase “aguda o alerta”, se origina cuando una eventualidad o factor estresante provoca una reacción fisiológica, poniendo en alarma al organismo ante dicho suceso, el cual se espera que se supere rápidamente. Cuando eso no ocurre, se entra en la segunda fase, denominada “resistencia”, cuya finalidad es resistir esa eventualidad; si no es posible solventarla o resolverla de manera inmediata, se genera frustración, que a su vez conduce a la última fase del estrés, “agotamiento”, que puede provocar otras afectaciones psíquicas, como el desarrollo de ansiedad o depresión.

Con esas aportaciones, el estrés se ha vuelto un sujeto primordial de estudio en muchas y muy diversas investigaciones, pues se ha demostrado que provoca numerosas enfermedades psicológicas y fisiológicas en cuanto que involucra a todos los sistemas y subsistemas del organismo (Cólica, 2012), causando así afectaciones en la salud física y mental de quien lo padece.

Etiología del estrés

Chiavenato (2009) apunta que al ocurrir una situación estresante el cuerpo empieza a segregarse sustancias químicas que hacen que se generen ciertos síntomas en el organismo que provocan distintos cambios biológicos que detonan una elevada presión sanguínea, nerviosismo y tensión, así como preocupación crónica e incapacidad para relajarse, lo cual puede propiciar el consumo excesivo de tabaco y alcohol, insomnio, sentimientos de incapacidad, inestabilidad emocional y problemas digestivos, entre muchas otras alteraciones fisiológicas.

Al momento en que se genera esa alerta, ocurre neurológicamente una segregación de diversas sustancias que ocasionan cambios orgánicos que se reflejan en el comportamiento del individuo, pues al llegar este mensaje al cerebro se segrega noradrenalina, que provoca a su vez una hipervigilancia ante el suceso que se está suscitando. Al aumentar dicha situación, la glándula suprarrenal libera adrenalina y, con ello, la aceleración del ritmo cardíaco, que se ve reflejado en la dilatación de los pulmones y vasos sanguíneos, respuesta que puede provocar el abandono de la situación problemática; sin embargo, cuando el estrés se prolonga, es posible que se activen ciertos mecanismos alostáticos y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, segregando así hormonas como la corticotropina o la adrenocorticotropina, lo que causa a su vez un desequilibrio bioquímico del propio organismo y provoca enfermedades que pueden llevar a la muerte de no atenderse (Herrera et al., 2017).

Dichos componentes bioquímicos pueden verse reflejados fisiológicamente (Naranjo, 2009) a través de un aumento de la sudoración corporal, sensación de estómago contraído, contracción de los músculos de los brazos y piernas o una mayor agitación causada por el aumento en la circulación del torrente sanguíneo, lo que produce una incapacidad para permanecer quieto.

Estrés laboral y estrés académico

Berrio y Mazo (2011) destacan dos categorías que pueden causar el desarrollo del estrés: académica y laboral, cada una de ellas con diversas complejidades que dependen del contexto ambiental en que se susciten; así, mientras que el estrés laboral

es originado por una sobrecarga en el propio trabajo, el académico lo es por las demandas escolares; pero ambos tipos de estrés ponen en juego la capacidad cognitiva y emocional de la persona para solventar las tareas que lleva a cabo y que conducen al desgaste físico y mental.

La docencia se ha catalogado como una de las profesiones en las que una persona es más propclive a desarrollar estrés debido a la diversidad de actividades que debe cubrir, como atender los problemas de disciplina, la preparación de los cursos y las demás actividades que la institución educativa le demanda cotidianamente (El Sahili, 2011), situación que se vuelve más compleja cuando el docente estudia un posgrado.

Al ser la docencia una actividad multiocupacional, quien la ejerce es propenso a desarrollar los síntomas asociados al estrés laboral, provocando con ello el síndrome de *burnout*, que implica una sensación del fracaso y una existencia caracterizada por el agotamiento. Reyes, Ibarra, Torres y Razo (2012) refieren que todo ello puede provocar la desmotivación ante la propia profesión, y asimismo destacan las dimensiones propuestas por Maslach (1978) y Maslach y Jackson (1982) que propician esta sintomatología: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja autoestima. El primero está relacionado con el cansancio físico y emocional debido a una jornada de trabajo complicada; la segunda trae como consecuencia sentimientos de desesperanza personal, indefensión e impotencia, de modo que se generan en la persona actitudes negativas hacia las actividades laborales o académicas, lo que tiene como resultado un comportamiento apático, y la tercera, la baja autoestima, se traduce en una pérdida de ideales, en un alejamiento de las actividades familiares, sociales y recreativas y en una incapacidad de la persona para sentirse productiva y autorrealizada.

Ciertos sucesos pueden generar más estrés en algunas personas que en otras en virtud de a las variables contextuales propias del ámbito del individuo, las variables personales del mismo y las propias consecuencias del estrés (Ayuso, 2016), por lo que el evento puede ser calificado desde diversas perspectivas según los rasgos individuales de la persona, de modo que distintas personas responden de modos diferentes ante una misma eventualidad.

El estrés puede agudizarse cuando la persona decide incursionar en estudios de posgrado, propiciando así el desarrollo del estrés académico, que es un proceso sistémico de carácter adaptativo y psicológico que suele aparecer cuando se está sometido a contextos escolares que demandan continuamente el cumplimiento de tareas y actividades académicas (Toribio y Franco, 2016). Pulido et al. (2011) destacan que “el estrés académico aumenta conforme el estudiante progresa en sus estudios” (p. 32). Tales exigencias personales se presentan más en aquellos que estudian posgrados, pues en ocasiones, al considerárseles un ejemplo a seguir, tratan de comprometerse cada vez más con las encomiendas de los catedráticos, y si bien obtienen así un mayor peso moral y ético entre quienes los rodean, el costo es un mayor estrés.

En consecuencia, el estrés académico puede considerarse como un elemento que favorece el deterioro de la salud mental (Suárez y Díaz, 2015); no atender a tiempo los síntomas que provoca puede conducir a un padecimiento mayor, y con ello verse afectada severamente la salud del estudiante.

De allí la necesidad de que las instituciones que ofrecen estudios de posgrado desarrollen estrategias de prevención, promoción e intervención para el manejo del estrés (Mazo, Londoño y Gutiérrez, 2013) con la finalidad de lograr una formación integral que, además de propiciar el desarrollo de conocimientos, coadyuve a la conservación o mejora de la salud mental de quienes participan en ellas, de modo que aprendan a manejar adecuadamente las situaciones estresantes que perjudican el desarrollo psíquico.

Factores psicossomáticos asociados al estrés

Viacó y Abello (2014) refieren que ante las exigencias laborales y ocupacionales se pueden generar factores de riesgo psicosocial que alteran considerablemente el estado de salud; en efecto, las demandas cognitivas, psicológicas y emocionales que se requieren para el desarrollo y cumplimiento de diversas tareas constituyen el elemento primordial para el desarrollo de diversas patologías. Aunque al comienzo de las investigaciones se creía que era algo exclusivo de las organizaciones laborales, la propia Organización Mundial de la

Salud ha reconocido que otros factores ambientales pueden originar la aparición de tales patologías asociadas con el estrés.

Uribe (2010), distingue siete factores psicossomáticos vinculados directamente con el estrés, a saber: a) trastornos del sueño, b) dolor, c) ansiedad, d) trastornos neuróticos, e) trastornos gástricos, f) trastornos psicosexuales y g) depresión.

a) El sueño, un elemento primordial para el desarrollo biológico y psicológico del ser humano, puede verse afectado cuando se experimentan situaciones estresantes, lo que propicia alteraciones que originan trastornos como el insomnio, el más común, que afecta las relaciones interpersonales debido a los cambios de humor que origina en la persona al no tener un descanso adecuado y saludable (Portilla, 2006).

b) Otro de los factores psicossomáticos asociados con el estrés es el dolor. En las últimas décadas diversos investigadores han identificado que el estrés puede amplificar el dolor o, por el contrario, el dolor puede verse como un estresor; sin embargo, en ambos casos suele aparecer en las personas con mayor sensibilidad y activación, o con un menor umbral de reactividad ante los estímulos, desarrollando así en ellas una comorbilidad psicopatológica asociada con determinados agentes bioquímicos o ciertas hormonas secretadas ante las emociones negativas, causando con ello afectaciones fisiológicas (Sánchez, Sirera, Peiró y Palmero, 2008) —como dolor de cabeza o espalda, por ejemplo— que afectan el cumplimiento de las actividades al sentirse incompetentes para realizarlas debido a tal sintomatología.

c) A la ansiedad, considerada un trastorno mental, se le ha relacionado asimismo con el estrés. Según Zúñiga (2014), este trastorno aparece cuando se llevan a cabo tareas o actividades que demandan una mayor atención, lo que provoca así una afectación o alteración que la convierte en una patología al aumentar la frecuencia de ciertos síntomas, como irritabilidad general, angustia, terrores nocturnos y vértigos.

d) Se consideraba que al principio de los estudios freudianos se asociaban los problemas de ansiedad con los trastornos neuróticos o “neurastenia”, pero desde 1980 la propia Asociación Americana de Psicología ha sustituido este último término por el de “trastornos de ansiedad”; no obstante,

es todavía un término permitido, sobre todo por la Organización Mundial de la Salud, que retoma las características propuestas por George Beard en 1880: estado crónico de agotamiento, corazón irritable, síntomas generalizados de incomodidad y disfunciones corporales (cf. también Sarudiansky, 2013), síntomas que pueden generarse por el estrés.

e) Los trastornos gastrointestinales son considerados como uno de los factores psicosociales con mayor relevancia en aquellas personas que sufren estrés continuamente. Como apuntan Montaña, Dossman, Herrera, Bronet y Moreno (2006), la mayor parte de las reacciones ante situaciones estresantes se concentran en el aparato gastrointestinal, causando con ello malestares estomacales persistentes y diversas enfermedades fisiológicas, como la gastritis, un padecimiento común en aquellos individuos que viven en ambientes estresantes, el cual, si no es atendido de manera adecuada, puede provocar el desarrollo de úlceras gástricas y la proliferación de la bacteria *Helicobacter pylori*. De allí la necesidad de dar una atención temprana y oportuna a la persona cuando muestra síntomas asociados a esa patología.

f) Si bien el sexo es considerado como un elemento clave para reducir los grados de estrés, este último puede afectar la vida sexual cuando es prolongado, causando con ello afectaciones en el apetito sexual que generan a la postre disfunciones de la propia sexualidad (Gómez, 2014).

g) Las exigencias laborales y académicas pueden orillar a que los estudiantes generen sentimientos de inferioridad, y en consecuencia depresión, lo que provoca que con frecuencia decidan desertar de los estudios de posgrado —o en casos muy extremos llegar al suicidio—, al sentirse incompetentes para satisfacer las exigencias del programa (Mayor, Coral y Ríos, 2009).

Como se puede apreciar, el estrés puede provocar diversos trastornos y afectar considerablemente la vida de quien lo padece al producir alteraciones en el desarrollo psíquico y causar daños a los procesos biológicos. De allí que el presente estudio correlacional, toda vez que se asocian correlativamente variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), tuviera como propósito identificar la relación que existe entre

el estrés y el desencadenamiento de los factores psicosomáticos en una muestra de estudiantes de posgrado, así como analizar si quienes mantienen una relación de pareja son más afectados por esta variable, o bien los que carecen de ella.

MÉTODO

Participantes

Participaron 63 estudiantes de posgrado de un centro de estudios especializados del municipio de Emiliano Zapata en el estado de Veracruz (México). De ellos, 36 mantenían una relación conyugal. En su mayoría, tenían uno o más trabajos, motivo por el cual habían decidido limitar sus estudios a los fines de semana, generando con ello una carga adicional a sus tareas y actividades laborales. La muestra se determinó teniendo como criterio que los estudiantes cursaran el cuarto semestre de la Maestría en Educación, ya que en este semestre, además de las actividades convencionales que implica el posgrado, se añade la elaboración de la tesis, misma que debe presentarse al concluir dichos estudios, lo que implica un aumento considerable del grado de estrés y el desarrollo de ciertos trastornos psicosomáticos.

Instrumento

Escala de Desgaste Ocupacional (Uribe, 2010).

La Escala de Desgaste Ocupacional fue el instrumento que se utilizó para identificar el grado de estrés en los estudiantes de posgrado, el cual se retoma de los modelos de Leiter y Maslach (1988) y Golembewsky y Muzenrider (1984). Dicha escala, que tiene una confiabilidad de 91%, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, fue elaborada para identificar el grado de estrés laboral y las enfermedades psicosomáticas que pueden desencadenarse debidas al mismo. Este instrumento consta de 105 ítems, 70 de los cuales están diseñados para conocer si la persona está o no de acuerdo con las afirmaciones que contiene para, a partir de allí, identificar el grado de estrés o el desarrollo de algún factor psicosomático. Los primeros 30 ítems valoran el estrés, mientras que los 40 restantes se enfocan en la identificación de esos factores

psicosomáticos. Los ítems del 71 al 105 permiten conocer las características generales de la persona, como el estado civil, edad, sexo, escolaridad y otros elementos que hacen posible determinar un diagnóstico.

RESULTADOS

Como se puede observar en la Tabla 1, la mayoría de los estudiantes estaban casados, mientras que el resto señaló no tener una relación de pareja, por lo que podían dedicarse más a sus estudios. Es importante señalar que la sobrecarga de trabajo puede limitar de manera considerable la convivencia familiar y ser un desencadenante potencial de problemas en la relación conyugal, convirtiéndose así en un estresor crónico (Berumen y González, 2011). En la población de estudio se manifestó tal estrés en 14.2% de los participantes en cuanto a su estado civil.

Tabla 1. Estado civil de la muestra.

		Frec.	%	% válido	% acumulado
Válido	Casados	36	57.1	57.1	57.1
	Solteros	27	42.9	42.9	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

En el manual de Uribe (2010), el desgaste ocupacional se clasifica en tres niveles: agotamiento, despersonalización e insatisfacción de logro, en cada uno de los cuales se distinguen cinco grados de desarrollo: bajo, abajo del término medio, arriba del término medio, alto y muy alto, lo que permite calificar la afectación que la sobrecarga laboral genera en la persona y provoca con ello alteraciones en su estado de salud.

En la Tabla 2, que alude al desgaste ocupacional, se muestra la afectación generada por la sobrecarga laboral; en la misma se hace una comparación entre los estudiantes que mantenían una relación de pareja y los que carecían de ella, observándose que los primeros manifestaban un mayor agotamiento, por arriba del término medio, lo que puede asociarse a otras actividades a desempeñar distintas a las laborales y académicas. En el aspecto “despersonalización”, son pocos los casos con índices por arriba de lo normal, aunque en 1.6% de los estudiantes casados apareció este factor en un alto grado; por último, en “insatisfacción de logro” se obtuvo un registro de 7.9% con alto grado en ambos casos, sin embargo, 1.6% de los estudiantes que no tenían ninguna relación se ubicaron en este punto en la clasificación, lo que lleva a pensar que las tareas a las cuales estaban expuestos sobrepasaron su límite.

Tabla 2. Desgaste ocupacional.

		Agotamiento		Despersonalización		Insatisfacción de logro	
		Solteros	Casados	Solteros	Casados	Solteros	Casados
Bajo	Recuento	4	3	7	7	5	6
	% del total	6.3	4.8	11.1	11.1	7.9	9.5
< Término medio	Recuento	12	9	21	12	20	12
	% del total	19.0	14.3	33.3	19.0	31.7	19.0
> Término medio	Recuento	14	10	4	5	6	3
	% del total	22.2	15.9	6.3	7.9	9.5	4.8
Alto	Recuento	2	5	3	3	5	5
	% del total	3.2	7.9	4.8	4.8	7.9	7.9
Muy alto	Recuento	4	0	1	0	0	1
	% del total	6.3	0.0	1.6	0.0	0.0	1.6
Total	Recuento	36	27	36	27	36	27
	% del total	57.1	42.9	57.1	42.9	57.1	42.9

Tabla 3. Factores psicosomáticos asociados al estrés.

		Trastornos del sueño		Trastornos gástricos		Trastornos neuróticos	
		<i>Casados</i>	<i>Solteros</i>	<i>Casados</i>	<i>Solteros</i>	<i>Casados</i>	<i>Solteros</i>
Bajo	Recuento	8	4	0	1	0	1
	% del total	12.7	6.3	0.0	1.6	0.0	1.6
< Término medio	Recuento	9	12	13	8	26	17
	% del total	14.3	19.0	20.6	12.7	41.3	27.0
> Término medio	Recuento	8	5	7	8	6	4
	% del total	12.7	7.9	11.1	12.7	9.5	6.3
Alto	Recuento	7	3	5	1	2	3
	% del total	11.1	4.8	7.9	1.6	3.2	4.8
Muy alto	Recuento	4	3	11	9	2	2
	% del total	6.3	4.8	17.5	14.3	3.2	3.2
Total	Recuento	36	27	36	27	36	27
	% del total	57.1	42.9	57.1	42.9	57.1	42.9
		Trastornos por dolor		Trastornos de ansiedad		Trastornos psicosexuales	
		<i>Casados</i>	<i>Solteros</i>	<i>Casados</i>	<i>Solteros</i>	<i>Casados</i>	<i>Solteros</i>
Bajo	Recuento	3	1	0	2	0	1
	% del total	4.8	1.6	0.0	3.2	0.0	1.6
< Término medio	Recuento	14	11	22	12	21	17
	% del total	22.2	17.5	34.9	19.0	33.3	27.0
> Término medio	Recuento	8	6	3	6	7	2
	% del total	12.7	9.5	4.8	9.5	11.1	3.2
Alto	Recuento	5	5	4	0	3	4
	% del total	7.9	7.9	6.3	0.0	4.8	6.3
Muy alto	Recuento	6	4	7	7	5	3
	% del total	9.5	6.3	11.1	11.1	7.9	4.8
Total	Recuento	36	27	36	27	36	27
	% del total	57.1	42.9	57.1	42.9	57.1	42.9
		Trastornos depresivos					
		<i>Casados</i>	<i>Solteros</i>				
Bajo	Recuento	16	10				
	% del total	25.4	15.9				
< Término medio	Recuento	10	7				
	% del total	15.9	11.1				
> Término medio	Recuento	5	4				
	% del total	7.9	6.3				
Alto	Recuento	3	3				
	% del total	4.8	4.8				
Muy alto	Recuento	2	3				
	% del total	3.2	4.8				
Total	Recuento	36	27				
	% del total	57.1	42.9				

El agotamiento puede provocar afectaciones psíquicas, como el desarrollo de la ansiedad o la depresión (Uribe, 2010). Según los resultados, fue la tendencia que se evidencia con mayor amplitud en el total de los sujetos, lo que permite inferir que las afecciones físicas y emocionales son una constante que se deriva de las circunstancias estresantes en quienes se encuentran en un relación de pareja y predispone a conductas que limitan la capacidad de retención de los participantes en su quehacer académico y laboral.

No obstante, debe resaltarse que aunque no manifestaron grandes complicaciones en cuanto a despersonalización e insatisfacción de logro, mostraron una potencial propensión a sufrir estrés crónico, gestado por el tiempo en pareja a causa de los horarios extendidos, las actividades propias del posgrado y las responsabilidades inherentes a su ejercicio profesional, considerando además las propias relacionadas con la personalidad del participante.

A partir de lo anteriormente planteado, y con la finalidad de equiparar la población de estudiantes (con pareja o sin pareja) que se hallaba en mayor riesgo de desarrollar alguno de los factores psicosomáticos asociados al estrés, en la Tabla 3 se muestra el grado de afectación en cada factor (bajo, abajo del término medio (<), arriba del término medio (>), alto y muy alto).

Como se puede observar en la tabla anterior, los participantes casados fueron más propensos a desarrollar trastornos del sueño, pues en su gran mayoría se ubicaron por arriba del término medio, lo que implica agotamiento por no conciliar adecuadamente el sueño. De la misma manera, presentaron una mayor persistencia de trastornos gastrointestinales que ponían en riesgo su salud fisiológica; así, de manera recurrente sufrían malestares gastrointestinales, como gastritis, úlceras u otros padecimientos asociados a esta patología.

Al contrario de los resultados anteriores, se puede observar que quienes padecían con mayor frecuencia los trastornos neuróticos fueron los estudiantes que no tenían una relación de pareja; aunque las cifras de incidencia no fueron altas, al menos 6.3% de ellos sufrían de este padecimiento pues se encontraban en niveles altos, y 3.2% en un nivel muy alto.

Los trastornos de dolor generan sintomatologías que pueden provocar alteraciones fisiológicas, mentales y comportamentales. Los estudiantes que mantenían una relación fueron los más propensos a sufrir esta condición, pues 12.7% alcanzó niveles por arriba del término medio, y 9.5% niveles muy altos, causando el consumo de analgésicos para evitar o aliviar esta sintomatología, que suele alterar de manera considerable el comportamiento de quien la padece.

En cuanto al desglose de los trastornos de ansiedad, en ambas poblaciones el indicador fue muy alto (11.1%), de modo que el desarrollo de este trastorno es independiente de tener o no una relación de pareja, pero que se desarrolla por la sobrecarga laboral que se experimenta.

En cuanto a la vida sexual, quienes tenían una relación de pareja fueron los más propensos a desarrollar trastornos psicosexuales debidos a la sobrecarga laboral; en 11.1% de estos se ubicó en el indicador por arriba del término medio, y en 7.9% alcanzó índices muy altos, lo que ponía en riesgo su relación.

Finalmente, en 4.8% de los participantes los trastornos depresivos se ubicaron en el nivel muy alto, más que en quienes no tenían ninguna relación de pareja; lo anterior puede deberse a que se sentían solos o que no podían comunicar a alguna persona de su confianza la situación en la que se hallaban, resultado de la sobrecarga académica y laboral.

DISCUSIÓN

El presente estudio identifica el grado de afectación que el estrés –considerado como uno de los problemas más estudiados en los últimos tiempos en razón de los trastornos que puede generar continuamente en quienes lo padecen– había tenido en los estudiantes de posgrado de un centro de estudios especializados por la sobrecarga sufrida en las actividades que desempeñaban y, con ello, el desarrollo de trastornos diversos.

Con la finalidad de identificar qué tipo de estudiantes muestran una mayor recurrencia de síntomas asociados al estrés y al desarrollo de distintos padecimientos, la muestra de estudio fue dividida en dos grupos: estudiantes que mantenían una relación de pareja y aquellos sin relación alguna.

Los resultados muestran que había afectaciones significativas en los primeros, traducida en agotamiento continuo, quizás originado por trastornos del sueño, pues se encontró que este factor psicossomático es el que con mayor frecuencia sufría este grupo; además de experimentar una sobrecarga de actividades académicas, también debían cubrir diversas exigencias laborales y familiares.

Derivado de los resultados obtenidos, se debe considerar como una medida importante establecer en las instituciones académicas de posgrado departamentos orientados a atender este tipo de padecimientos –mismos que pueden afectar de manera considerable el estado de salud de los propios estudiantes– mediante estrategias que permitan reducir los grados de estrés que comúnmente

se suelen generar en esta población, tal como el estudio lo refleja, para así contribuir a mejorar su salud por medio de un desarrollo integral que haga posible, además de su enriquecimiento profesional, la adquisición de habilidades y recursos que canalicen de una mejor manera el estrés que dichas actividades ocasionan, evitando así la recurrencia de trastornos psicossomáticos.

Ante ello, el profesional de la salud mental debe ser un pilar indispensable en este tipo de instituciones, pues es quien puede propiciar una mayor estabilidad emocional en quienes deciden incursionar en estudios de posgrado, propiciando, además de la adquisición de los conocimientos académicos requeridos, el sano desarrollo psicológico de los educandos.

REFERENCIAS

- Andere M., E. (2012). Pedagógica y los maestros del siglo XXI. *Educación 2001*, 24-25. Recuperado de <http://www.eduardoandere.net/articulos/revista-educacion-2001/junio2012.pdf>.
- Ayuso M., J.A. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(3), 1-15.
- Barraza, A. (2008). El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladores: en diseño de diferencias de grupo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 270-289.
- Berrio, N. y Mazo, R. (2011). Estrés académico. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 3(2), 65-82.
- Berumen Q., L. y González R., M. (2011). Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. *Summa Psicológica*, 8, 32-38. doi: 10.18774/448x.2011.8.85.
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento organizacional*. México: McGraw-Hill.
- Cólica P., R. (2012). *Estrés, lo que usted quiere preguntar y saber*. Córdoba (Argentina): Brujas.
- El-Sahili, L. (2011). *Docencia: riesgos y desafíos*. México: Trillas.
- Golembiewski, R. y Munzenrider, R. (1984). Active and passive reactions to psychological burnout: Toward greater specificity in a phase model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 264-268.
- Gómez, J. (2014). *Psicología de la sexualidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hernández, Y. (2018). Nuevo rol del docente del siglo XXI. *Gestiópolis*. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/nuevo-rol-del-docente-del-siglo-xxi/>.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., M.P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Herrera, D., Coria, G.A., Muñoz, D.A., Graillet, O., Aranda, G.E., Rojas, F., Hernández, M. A. e Ismail, I.N. (2017). Impacto del estrés psicossocial en la salud. *Neurobiología*, 8(17), 1-23.
- Leiter, M.P. y Maslach, C. (1988): The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 9, 297-308.
- Maslach, C. (1976). Burn-out. *Human Behaviour*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982): Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J.Suls, (Eds.): *Social psychology of health and illness* (pp. 227-251). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mayor M., C., Coral, V. y Ríos, J.R. (2009). Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de postgrado. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42(1-4), 7-12.
- Mazo, R., Londoño, K. y Gutiérrez Y., F. (2013). Niveles de estrés académico en estudiantes universitarios. *Informes Psicológicos*, 13(2), 121-134.
- Montaño, J.M., Dossman, X., Herrera, J.A. Bronet, A. y Moreno, C.H. (2006). Helicobacter pylori y estrés psicossocial en pacientes con gastritis crónica. *Colombia Médica*, 37(2), 39-44.

- Naranjo M., L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes en este en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190.
- Portilla D., R. (2006). Estrés y sueño. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 7(1), 15-20. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn061d.pdf>.
- Pulido R., M.A., Serrano, M.L., Valdez, E., Chávez, M.T., Hidalgo, P. y Vera, F. (2011). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 13(1), 31-37.
- Reyes L., V., Ibarra, D., Torres M., E.R. y Razo R., S. (2012). El estrés como un factor de riesgo en la salud: análisis diferencial entre docentes de universidades públicas y privadas. *Revista Digital Universitaria*, 13(7), 1-14. Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art78/>.
- Sánchez P., T., Sirera, R., Peiró, G. y Palmero, F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11(26), 1-15. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article1/article1.pdf>.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.
- Secretaría de Educación Pública (2016). *Estrategia Nacional de Formación Continua de Profesores de Educación Básica y Media Superior*. México: SEP. Recuperado de <https://www.gob.mx/sep/articulos/estrategia-nacional-de-formacion-continua-de-profesores-de-educacion-basica-y-media-superior-22969>.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Suárez, N. y Díaz, L.B. (2015). Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 300-3013.
- Toribio, C. y Franco, S. (2016). Estrés académico: el enemigo silencioso del estudiante. *Salud y Administración*, 3(7), 11-18.
- Uribe, J. (2010). *EDO: Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout)*. México: El Manual Moderno, S.A.
- Vieco G., F. y Abello, R. (2014). Factores psicosomáticos de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 354-385.
- Zúñiga R., M. (2014). El trastorno de ansiedad y estrés escolar en los adolescentes con alto desempeño académico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 205-212.

Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores

Risk and protection factors of suicide in older adults

Laura Angélica Montes de Oca Valdez y David Alberto Rodríguez Medina¹

Citación: Montes de Oca V., L.A. y Rodríguez M., D.A. (2019). Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(2), 187-194.

RESUMEN

La escasa publicación de trabajos acerca del suicidio en adultos mayores mexicanos genera una considerable falla en su prevención, misma que se refleja en las altas cifras que el fenómeno muestra. En el presente estudio se realizó una revisión a partir de una perspectiva biopsicosocial, utilizando para ello estudios hispanoamericanos reportados respecto a la detección de factores de riesgo y de protección. Tras una búsqueda en bases de datos especializadas, se seleccionaron nueve artículos publicados entre los años 2000 y 2018. El análisis de los citados artículos permitió elaborar una tabla de 49 variables, divididas en 28 factores de riesgo y 21 factores protectores, divididos a su vez en factores biológicos, psicológicos y sociales. Los resultados pueden considerarse una base para elaborar futuros estudios epidemiológicos y empíricos, a fin de proponer un modelo de prevención del suicidio en el adulto mayor.

Palabras clave: Conducta suicida; Vejez; Factores de riesgo-protección; Prevención.

ABSTRACT

The scarcity of research publications on suicide in Mexican elderly people has resulted in prevention failure reflected in the high figures shown by this phenomenon. The present study involved a systematic review of the research literature within a bio-psycho-social perspective in published studies with Hispanic-American participants, regarding risk and protection factors. A search in specialized databases yielded nine articles published between 2000 and 2018. The data analysis, summarized in a table revealed 46 variables, including 28 risk factors and 21 protective factors; these were in turn subdivided into biological, psychological, and social factors. These results should be considered as basis for designing future epidemiological and empirical studies, and developing suicide prevention models for the elderly.

Key words: Suicidal behavior; Elderly; Risk-protection factors; Prevention.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) definió el suicidio como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”. Aproximadamente 800 mil personas se quitan la vida anualmente en todo el mundo, lo que convierte el suicidio en un grave problema de salud pública. En el año 2015 se ubicó como la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años (OMS, 2014), y en México cada año se registran mil 500 suicidios, aunque se ha observado un aumento en esa tasa; en efecto, en el año 2000 era de 3.7 casos por cada 100 mil personas, pero en 2014 el índice aumentó a 4.9.

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Para correspondencia: Sector 38 Mz 123 Lt 15, Casa 3, 55763 Los Héroes Tecamac, 3ª Sección, Edo. México, México, tel. (55)36-54-40-76, correos electrónicos: ang.mon.val@gmail.com y psic.d.rodriguez@comunidad.unam.mx. Artículo recibido el 22 de mayo y aceptado el 11 de septiembre de 2018.

El grupo poblacional con la mayor tasa de suicidio en México son los adultos de 20 a 24 años, con 852 casos registrados en 2013, en su mayoría mujeres, según estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2014); le sigue el grupo de edad de 15 a 19 años, con 760 suicidios, y en tercer lugar el grupo de jóvenes de 25 a 29 años, con 733 casos registrados (Cruz, 2017). Estas cifras centran los estudios sobre el suicidio únicamente en adultos jóvenes, pero dan escasa importancia a la conducta suicida en los adultos mayores, que también presentan el fenómeno, con un registro de alrededor de 300 fallecimientos al año en el grupo de personas de más de 60 años (INEGI, 2011).

La población mexicana muestra un creciente envejecimiento demográfico; según el INEGI (2014), el número de adultos mayores se duplicó en las últimas décadas, pasando de 5 millones a 11.7 millones entre 1990 y 2014. De acuerdo con las proyecciones de población, para el año 2025 habrá 17.2 millones, y 32.4 millones en 2050; sin embargo, de las 656 mil defunciones registradas en las estadísticas de mortalidad del INEGI en 2015, 65% correspondió a personas de 60 años y más (INEGI, 2017).

Gracias a los programas gubernamentales instrumentados para la atención, recuperación y preservación de la salud, la longevidad ha aumentado (OMS, 2012), aunque no se han puesto en práctica medidas específicas que puedan prever la calidad y la forma en que se experimentará esa etapa de la vida. El INEGI (2014) señala que las principales causas de estas muertes son las enfermedades crónicas, pero las personas mayores, además de un evidente deterioro físico, llegan a sufrir aislamiento, soledad y angustia, que en la mayoría de las ocasiones desembocan en cuadros depresivos que pueden conducirlos al suicidio.

De acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014), la principal causa del intento suicida en los adultos mayores es la depresión, desencadenada por la pérdida de vitalidad, el cambio en el ritmo de vida, la disminución de las funciones y capacidades (sumada al desempleo o la jubilación), la pérdida de figuras significativas (amigos, pareja, independencia de los hijos, distanciamiento con la familia), la aparición de

enfermedades crónico-degenerativas e incluso el empeoramiento de la situación económica. Además, la citada institución señala que la falta de asistencia agrava el problema, pues no existe una atención integral adecuada para los adultos mayores. Aunado a ello, se encuentra la discriminación que sufre esta población –cuya percepción es tan importante como su misma experiencia– y sus efectos tanto en quienes la ejercen como en los que la padecen (Montes de Oca, 2013).

Debido a este panorama, la presente investigación, hecha a partir de una perspectiva biopsicosocial, exploró las variables que intervienen en la conducta suicida de los adultos mayores con el objetivo de identificar los factores de riesgo y protección reportados en artículos publicados en el periodo 2000-2018 en países hispanoamericanos.

MÉTODO

Muestra

La muestra utilizada consistió en artículos publicados en países hispanoamericanos entre los años 2000 y 2018 sobre la conducta suicida de los adultos mayores.

Procedimiento

Como unidades de análisis, la revisión se hizo en las bases de datos Dialnet, Redalyc y Scielo, utilizándose como núcleos temáticos los términos “suicidio” y “adultos mayores” (palabras clave). Como resultado, se recuperaron nueve artículos: uno de Dialnet, dos de Redalyc y seis de Scielo, mismos que se eligieron para configurar la citada muestra de artículos, los cuales debían cumplir el criterio de tener su origen en países hispanoamericanos.

RESULTADOS

La revisión de los nueve artículos permitió la elaboración de una tabla de resumen (Tabla 1), en la que se muestra su descripción general; dicha tabla contuvo las siguientes secciones: autor o autores,

año y lugar de publicación, diseño de investigación, tipo y descripción de la muestra, instrumentos utilizados, medidas empleadas y resultados.

Dicha tabla muestra que los países de origen fueron Colombia, Cuba, España, México y

Uruguay; fue Cuba el país con más publicaciones, con un total de cuatro artículos, seguido por Colombia, con dos, y finalmente España, México y Uruguay, con uno.

Tabla 1. Resumen de los artículos seleccionados de 2000 a 2018.

Autor(es)	Año	Lugar	Diseño	Muestra	Instrumento(s)	Medida(s)	Resultados
Guibert y Sánchez	2001	Cuba	Mixto. Descriptivo-transversal	26 ancianos sin deterioro cognitivo residentes del municipio 10 de Octubre de la ciudad de La Habana, con intento de suicidio en los últimos tres años.	Entrevista semiestructurada de intento suicida construida por los autores y con validación de expertos.	Características sociodemográficas, factores de riesgo, razones del intento suicida, factores protectores, sistema de apoyo social, tipo y calidad de vida percibida.	Media edad, 69.2, 53.8% mujeres, 46.1% hombres, 69.2% con escolaridad primaria, 61.5% jubilados, 57.7% con ingresos económicos medios. Factores de riesgo más frecuentes: sentimiento de desesperanza (76.9%), síndrome depresivo (76.9%) y antecedente patológico personal suicida (42.3%). Razón más prevalente del intento suicida: conflictos familiares (42.3%). Factores protectores más frecuentes: bienestar físico (76.9%), red de apoyo social instrumental (53.8%).
Gutiérrez, Gil, Jiménez y Lugo	2001	Cuba	Mixto. Descriptivo-retrospectivo	Defunciones por suicidio en Manicaragua, Villa Clara entre 1992 y 1999.	Formulario de información: medicina legal, salud mental y familiar.	Características sociodemográficas y culturales.	77.5% hombres, 22.5% mujeres, 37.5% media de 60-69 años, 35% pensionados, 52.5% solteros, 55% ambiente urbano, 30% en verano, 75% por ahorcamiento, 65% en estado depresivo.
Casado	2002	España	Mixto. Revisión	Defunciones por suicidio en adultos mayores de 65 años en la provincia de Badajoz.	Estadísticas de autopsias realizadas por muertes violentas en los diferentes Partidos Judiciales de la provincia de Badajoz durante un período de cinco años (1990-1995).	Información del médico forense, familiares del adulto mayor, informes e historiales clínicos en los archivos de los diferentes centros de salud y hospitales.	37.93% suicidios consumados (de 290, 110 mayores de 65 años), ligero aumento anual, 83.6% hombres, 16.4% mujeres, 49% casados; incidencia en días de la semana, inferior en sábados y domingos (8.5%), tasa de actos suicidas más frecuentes en abril, mayo y junio (33.6%), 81.8% en el propio domicilio, 36.6% con patologías psiquiátricas conocidas que aparecieron como única causa determinante.

Continúa...

Sánchez y Gómez	2002	México	Caso clínico. Mixto.	Hombre de 54 años, intentos suicidas recurrentes, cuadro depresivo mayor y diagnóstico de enfermedad de Huntington.	Diagnósticos psiquiátricos diferenciales, exámenes de laboratorio y neurológicos.	Desempeño motor y cognitivo. Salud orgánica.	La enfermedad causó depresión y ansiedad, pánico con predominio nocturno, deterioro paulatino en todas las esferas (física, mental, laboral, familiar, social y ocio. Atrofia global del cerebro con una pérdida de 24-30% del peso del encéfalo. Depresión mayor (con intentos de suicidio) desencadenada por evento estresante (fue atropellado) y malestar físico.
Portal y Montano	2009	Cuba	Mixto. Descriptivo transversal	Adultos mayores fallecidos entre 2001-2005 en la provincia de Pinar del Río.	Sistema de información estadístico de mortalidad, certificados médicos de defunción, revisión bibliográfica, consulta a expertos.	Edad, sexo, método empleado para el suicidio, hora de ocurrencia, estrato de la zona de residencia, tasas de mortalidad específica.	Suicidio en descenso (63.5 a 43.3%), tasas aumentaron con edad (60-69 años 23.7%; 70-79, 61.4%; 80 y más, 73.9%). El ahorcamiento fue el método más empleado (31.8%), siendo más frecuente en la primera mitad del día (25.3%), mayor riesgo en zonas rurales (60.6%), mayor incidencia en hombres (69%) que en mujeres (15.7%).
Ribot, Alfonso, Ramos y González	2012	Cuba	Cualitativo. Revisión bibliográfica	Adultos mayores con conducta suicida.	Libros, revistas, documentos, sitios web.	Epidemiología del suicidio en ancianos, conducta suicida y sus variantes.	Diversas definiciones y variantes del suicidio. Estadísticas anuales (1,1 millones al año, mayoría de adultos de más de 60 años). Factores de mayor riesgo: ser varón, mayor de 60 años, historia de un intento previo, antecedentes familiares de suicidio o trastornos del estado del ánimo, pérdida reciente de pareja con gran carga afectiva, aislamiento social, dificultades económicas, desempleo, sentimientos de incompreensión reales o imaginarios, humillaciones sociales y drogadicción.

Continúa...

Velásquez	2013	Colombia	Cualitativo. Revisión bibliográfica	Adultos mayores.	Bases de datos: Pubmed, Scielo, OMS, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense, Estudios Nacionales de Salud Mental 1993 y 2003 de Colombia.	Palabras clave: suicidio, intento de suicidio y anciano.	Personas mayores de 65 años presentan 1,5 veces más riesgo de cometer suicidios que jóvenes. Factores de riesgo: consumo de sustancias psicoactivas, ideación suicida, trastorno de pánico, trastorno depresivo, pérdidas recientes (personales, laborales, de salud, económicas), predisposición a manifestar actitud disfuncional, como desesperanza, aislamiento social o demencias. Los ancianos usan métodos más letales para el suicidio que los jóvenes (ahorcamiento, disparo con arma de fuego, ingestión de tóxicos, intoxicación con monóxido de carbono).
Fachola, Lucero, Porto, Díaz y París	2015	Uruguay	Cualitativo. Interpretativo.	Cuatro ancianos mayores de 65 años, institucionalizados en el Hospital Centro Geriátrico "Dr. Piñeyro del Campo, con historias de intentos de autoeliminación.	Entrevistas semiestructuradas, revisión bibliográfica, normativas y acciones preventivas de las autoridades de salud pública.	Historias clínicas, relación entre tentativa e ideación suicida, enfermedad mental y física y factores sociales.	Dos casos con antecedentes de autoeliminación recientes, uno con dificultades para hablar del intento suicida, vergüenza asociada a la vejez. Mayor ideación en mujeres, (intentos ocurridos en el hogar con consumo de sustancias); en los hombres, intentos públicos (arrojarse de puente o frente a un vehículo). Detonantes: situación económica relacionada con baja escolaridad, conflictos familiares, alcoholismo, violencia, aislamiento social, soledad, autonegligencia, depresión.
Andrade, Lozano, Rodríguez y Campos	2016	Colombia	Cualitativo. Revisión bibliográfica	Adultos mayores colombianos como población en crecimiento con altos índices de suicidio.	Modelo de estrés-diátesis, interacción de factores predisponentes y desencadenantes en los niveles biológico, psicológico y social.	Influencia de la vulnerabilidad psicosocial en el suicidio de adultos mayores.	Se considera el suicidio como un fenómeno multifactorial, y al adulto mayor como altamente vulnerable a conductas suicidógenas debido al deterioro físico, cognitivo y emocional que trae consigo el envejecer en un entorno de exclusión afectiva y social constante. Muchos casos de suicidio se deben al abandono, maltrato y desprecio.

La sección de resultados de la Tabla 1 permitió la elaboración de la Tabla 2. En esta última se clasifican las variables que, detectadas por los autores, intervienen en el suicidio de los adultos mayores, las cuales se dividieron en factores de riesgo y

factores de protección, según los componentes del modelo biopsicosocial (cf. Ramos, 2015). Dicha tabla hizo posible identificar y agrupar las variables de mayor interés en los estudios publicados en países hispanoamericanos.

Tabla 2. Variables extraídas de los artículos y clasificadas en factores de riesgo y factores de protección del suicidio en adultos mayores según el modelo biopsicosocial.

Factores	Biológico	Psicológico	Social
Protección	Actividad física. Atención personalizada. Autocuidado. Buena alimentación. Compensación de capacidades. Funcionalidad. Higiene. Potencialización de capacidades. Salud física.	Autoestima. Bienestar emocional. Flexibilidad y adaptación a los cambios. Motivación. Planificación (segundo proyecto de vida). Soporte emocional.	Actividades recreativas. Ambientes protésicos (que se adapten o sean congruentes con las capacidades de la persona). Apoyo familiar. Apoyo informal o formal. Interacción grupal. Redes de apoyo.
Riesgo	Antecedentes familiares de conducta suicida. Autonegligencia. Demencias. Discapacidades. Enfermedades crónico-degenerativas. Enfermedades crónicas no transmisibles. Hospitalizaciones recurrentes. Incapacidades.	Conflictos familiares. Consumo de sustancias psicoactivas. Edad avanzada (de 65 años en adelante). Eventos traumáticos (accidentes). Ocio. Pérdidas. Sentimientos de desesperanza o incompreensión. Sexo masculino. Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad).	Abandono. Aislamiento. Ambiente demasiado protector, complejo o desafiante. Baja escolaridad. Bajos ingresos. Desempleo. Discriminación. Jubilación. Malos tratos: abandono, negligencia, abuso, violencia.

Se observa que en el abordaje para la elaboración de los estudios se utilizaron con mayor frecuencia los diseños mixtos, esto es, una combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas en un total de cinco artículos, en tanto que en cuatro se empleó uno cualitativo; de hecho, no se encontró ningún estudio que fuera únicamente cuantitativo.

Se obtuvieron asimismo las frecuencias de la tabla de variables que se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencias de las variables extraídas de los artículos.

Variables	Biológicas	Psicológicas	Sociales	Total
Protección	9	6	6	21
Riesgo	8	9	11	28
Total	17	15	17	49

DISCUSIÓN

En los artículos hallados se observó un considerable interés en este campo de estudio por de-

terminar los factores de riesgo de la conducta suicida en los adultos mayores, subestimando sin embargo los factores de protección. A pesar de que los citados estudios destacan un aumento significativo de la población adulta mayor y de los casos de suicidio en dicha población, falta en México más investigación epidemiológica con un enfoque biopsicosocial de los aspectos que asume la conducta suicida esas personas. No obstante, los artículos que se reportan en esta investigación permiten acercarse al fenómeno y ofrecen una oportunidad de explorar los factores descritos empíricamente, e incluso desarrollar estudios longitudinales. Dar un seguimiento integral a los adultos mayores permitirá evaluar el proceso de envejecimiento y su relación con las conductas suicidas de forma integral y no sólo descriptiva.

El fenómeno aún está en proceso de reconocerse como un problema de salud pública. De hecho, se evidencia un mayor porcentaje de suicidios e intentos suicidas en los hombres, al contrario de lo que ocurre entre la población adulta joven, al menos en este país. De cualquier manera,

recuperar los factores de protección reportados en los artículos aquí detallados fomenta un tipo de investigación orientada a la prevención y a la elaboración de programas y estrategias con un enfoque biopsicosocial que promuevan y exploten al máximo dichos factores, lo que puede disminuir la conducta suicida en la población analizada partiendo de la comunidad, la familia o el propio individuo en riesgo.

Actualmente hay en el país programas gubernamentales enfocados a la población anciana, como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), que busca garantizar que los derechos humanos de la citada población se respeten plenamente; sin embargo, sus diversas acciones ponen el acento en la asistencia social y en la detección, control y seguimiento de enfermedades comunes (INAPAM, 2018). El apoyo brindado por este tipo de programas no considera el aspecto psicológico preventivo como una pieza angular; únicamente intenta disminuir los riesgos biológicos y sociales, pero omite la promoción de los factores de protección. Esa podría ser una razón por la que los citados programas no tienen un efecto visible en la disminución de las cifras de suicidio en los adultos mayores. La propuesta, entonces, es que a partir de la investigación empírica puedan impulsarse los factores protectores, principalmente desde el abordaje biopsicosocial.

Si bien la vejez implica un deterioro del individuo, no significa que quienes se hallan en esta etapa deban representar un papel secundario en la atención sanitaria. Es fundamental que tengan una buena calidad de vida, para lo cual bastaría con mejorar la prevención en la mayoría de los casos, es decir, promover los factores de protección desde las etapas previas a la vejez, evitando así condiciones acumuladas que propicien el suicidio como única solución. La psicología puede brindar las herramientas necesarias para la implementación de estas acciones, y sobre todo fomentar el apoyo a partir de un acompañamiento psicológico integral.

En conclusión, la investigación publicada sobre la conducta suicida en el adulto mayor es escasa en el contexto hispanoamericano. Sin embargo, los estudios muestran con claridad los factores de riesgo y protección que se pueden estudiar mediante la investigación empírica y epidemiológica. Desde una perspectiva biopsicosocial, es posible identificar los factores afectivos de riesgo que pueden precipitar dicho fenómeno, así como los protectores que propicien una mejor calidad de vida. Se sugiere para ello utilizar una metodología mixta que permita valorar y documentar los referidos factores en la población mexicana para así desarrollar nuevos modelos de prevención.

REFERENCIAS

- Andrade S., J., Lozano S., L. Rodríguez R., A. y Campos R., A. (2016). Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. *Revista Cultura del Cuidado*, 13(1), 70-89.
- Casado B., M. (2002). Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal. *Cuadernos De Medicina Forense*, 28(abril), 25-31. doi: 10.4321/s1135-76062002000200003.
- Cruz, F. (2017). "Alertan alza en suicidios; jóvenes, los más vulnerables". Periódico *Excelsior* (México), 2 de abril. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/04/02/1155441>.
- Fachola, M., Lucero, R., Porto, V., Díaz, E. y París, M. (2015). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. *Ciência y Saúde Coletiva*, 20(6), 1693-1702. doi: 10.1590/1413-81232015206.02252015.
- Guibert R., W. y Sánchez C., L. (2001). Ancianos con intento suicida en el municipio 10 de Octubre. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 126-135.
- Gutiérrez Z., G., Gil R., I., Jiménez A., V. y Lugo J., B. (2001). Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 147-151.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). *Depresión en el adulto mayor*. México: IMSS. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. México: INEGI. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad*. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad*. México: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2018). *Conoce las acciones y programas de INAPAM para nuestros adultos mayores*. México: INAPAM. Recuperado de <https://www.gob.mx/sedesol/articulos/conoce-las-acciones-y-programas-de-inapam-para-nuestros-adultos-mayores>.
- Montes de O., Z., V. (2013). La discriminación hacia la vejez en la Ciudad de México: contrastes sociopolíticos y jurídicos a nivel nacional y local. *Perspectivas Sociales*, 15(1), 47-80.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
- Portal M., J. y Montano D., M. (2009). Mortalidad por suicidio en adultos mayores, provincia Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13(1), 11-22. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100002&lng=es&ylng=es.
- Ramos P., S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo biopsicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 511-526. doi: 10.4321/S0211-57352015000300005.
- Ribot R., V., Alfonso R., M., Ramos A., M., y González C., A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(Supl. 5), 699-708.
- Sánchez Z., A., y Gómez G., C. (2002). Intento de suicidio en la enfermedad de Huntington. *Salud en Tabasco*, 8(2), 87-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48708208>.
- Velásquez S., J.M. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 80-84.

Adaptación y validación de la estructura factorial de las escalas de Felicidad Subjetiva Fluctuante y de Felicidad Subjetiva Duradera^{1,2}

Adaptation and validation of the factorial structure of the Scale of Subjective Fluctuating Happiness and Subjective Authentic-Durable Happiness

José Luis Barrera-Gutiérrez, Denyzzett Díaz-Ayala,
Juan José Sánchez-Sosa y Ana Moreno-Coutiño³

Citación: Barrera G., J.L. Díaz A., D., Sánchez S., J.J. y Moreno C., A (2019). Adaptación y validación de la estructura factorial de las escalas de Felicidad Subjetiva Fluctuante y de Felicidad Subjetiva Duradera. *Psicología y Salud*, 29(2), 195-205.

RESUMEN

Teóricamente, el modelo de felicidad egocéntrico/altruista propone que el logro de la felicidad está vinculado a la estructura del yo. Un funcionamiento egocéntrico induce fases de placer y displeacer que se alternan repetidamente, dando como resultado una felicidad fluctuante. Por el contrario, un funcionamiento psicológico altruista postula un estado de felicidad duradera que depende menos de las circunstancias y que está relacionada con los recursos internos de una persona. Existen dos escalas para medir el constructo de felicidad a partir de este modelo teórico: la Escala de Felicidad Subjetiva Fluctuante y la Escala de Felicidad Subjetiva Duradera. No se cuenta en México con la adaptación y validación de estas escalas, por lo que el propósito de este trabajo fue traducir, adaptar culturalmente y evaluar la estructura factorial de las mismas mediante un análisis factorial confirmatorio. Como resultado, se obtuvo una escala final de 16 reactivos con dos factores: felicidad subjetiva duradera y felicidad subjetiva fluctuante. Se encontró que la estructura factorial está asociada al primero, por lo que es una herramienta confiable y válida.

Palabras clave: Felicidad; Felicidad fluctuante; Felicidad duradera; Pruebas psicométricas.

ABSTRACT

Theoretically, the self-centered/selflessness happiness model proposes that the achievement of happiness is linked to the self structure. Self-centered functioning induces phases of pleasure and displeasure that alternate rapidly, leading to fluctuant happiness. In contrast, a selfless-centered psychological functioning induces a state of durable plenitude, which is less dependent on the circumstances and is related to the inner resources and abilities of a person. There are two scales to evaluate these kinds of happiness: the Fluctuant Subjective Happiness, and the Long-Lasting Happiness Scales. In Mexico, there is neither validation nor adaptation of these tools. Therefore, the aim of the present study was to translate, culturally adapt, and evaluate the factor structure of such scales through confirmatory factor analysis. A scale of 16 items was obtained with two factors: Long-lasting Happiness, and Fluctuant Subjective Happiness. The factor structure is associated with the first model, which suggests that this scale is a reliable and valid tool.

Key words: Happiness; Fluctuating happiness; Enduring happiness; Psychometric tests.

¹ Agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento para este estudio a través del CVU:323904, número de becario: 230035 con número de beca: 449025.

² Los autores agradecen a los doctores Michaël Dambrun y Matthieu Ricard por su autorización para adaptar el cuestionario a población mexicana, así como a los doctores Ángel Eduardo Velasco Rojano y Carlos Alberto Mirón Juárez por su apoyo en el análisis estadístico de los datos.

³ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, Ciudad de México, México, correos electrónicos: psicopumatkd@hotmail.com, moca99_99@yahoo.com y denyzett_16@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 4 de abril y aceptado el 9 de julio de 2018.

INTRODUCCIÓN

La investigación en la psicología ha estado más orientada a la identificación de trastornos mentales psicopatológicos, tales como ansiedad, depresión y neurosis, entre muchos otros, que a las bases del bienestar psicológico, la felicidad, la creatividad y otras fortalezas y virtudes humanas. No obstante, los estudios acerca de estos tópicos se han incrementado en las últimas décadas, dando nacimiento a la llamada *psicología positiva*. A pesar de los avances logrados acerca de la felicidad, los instrumentos para evaluarla son relativamente escasos. Entre los más utilizados se encuentran el Oxford Happiness Inventory (OHI), construido por Argyle, Martin y Crossland (1989); el Oxford Happiness Questionnaire, de Hills y Argyle (2002); la With Life Scale, desarrollada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), y la Depresión-Happiness Scale, de Cammock y Lewis (1994). El OHI ha sido traducido al hebreo y aplicado en Israel por Francis y Katz (2000), y ha servido para construir el Chinese Happiness Inventory, administrado en Taiwán por Lu y Shih (1997).

En idioma español no hay suficientes instrumentos confiables y válidos para evaluar el constructo “felicidad”. Entre los que más se citan se hallan los de Sánchez (1998), Anguas (2001), Albuquerque y Tróccoli (2004), Alarcón (2006) y Toribio, González, Valdez, González y Van Baneveld (2012). Como resultado de la falta de investigaciones sobre este tipo de instrumentos, puede haber confusiones en cuanto a la operacionalización del citado concepto, por lo que parece necesario que se continúen elaborando instrumentos sobre bases conceptuales sólidas. A esta motivación se suman las evidencias halladas sobre la influencia que ejercen los factores culturales, al punto que los instrumentos pierden sus propiedades psicométricas cuando se utilizan en culturas distintas a la del país de origen (Alarcón, 2006).

Tales hallazgos han planteado la necesidad de llevar a cabo una reevaluación rigurosa de las construcciones teóricas en que se basan los tests, por lo que en el presente estudio se recupera la propuesta de Dambrun y Ricard (2011), quienes se basan en el modelo teórico denominado Felicidad Egocéntrico/Altruista (*Self-centeredness/Selfless-*

ness Happiness Model (SSHM), el cual sugiere que el logro de la felicidad está vinculado a la estructura del yo.

La percepción de un yo como una entidad permanente, independiente y sólida implica un funcionamiento psicológico egocéntrico que conduce a una felicidad fluctuante. Por otro lado, un funcionamiento psicológico altruista surge cuando la percepción del yo es flexible, lo que da como resultado una entidad que no es permanente, una estrecha conexión con el entorno y un comportamiento generoso, lo que favorece una felicidad auténtica y duradera.

De acuerdo al SSHM, en la percepción egocéntrica y del yo como una entidad permanente cada individuo tiene por objeto su conservación. La importancia exagerada dada al yo conduce a un principio “hedónico” (Higgins, 1997), mediante el cual los individuos están motivados para obtener placer y evitar el dolor, lo que crea una sensación de alegría y satisfacción; sin embargo, estos placeres son efímeros y dependen de las circunstancias externas; son, por tanto, inestables, y las sensaciones que evocan pronto se vuelven neutras (Wallace y Shapiro, 2006). Además, la imposibilidad de alcanzar ciertas expectativas da lugar a afectos aflitivos como la frustración, la ira, la hostilidad o los celos, todos los cuales dañan el bienestar (Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996). En otras palabras, al tratar de maximizar el placer y evitar el dolor, el yo, como entidad permanente, induce una felicidad fluctuante en la que las fases de placer y displacer se alternan repetidamente.

Algunos teóricos proponen la existencia de una felicidad auténtica y duradera caracterizada por valores intrínsecos y prosociales (Ryan y Deci, 2001), tales como la gratitud (Peterson y Seligman, 2004), la sabiduría (Le, 2011) o el altruismo (Dambrun y Ricard, 2011). Este tipo de felicidad se entiende como una manera óptima de ser, como un estado de satisfacción duradera y de paz interior que, fundamentada en una cualidad de la conciencia que subyace e impregna cada experiencia, emoción y comportamiento, permite así aceptar tanto las alegrías como el dolor. El SSHM propone que la felicidad auténtica y perdurable se vincula íntimamente a un funcionamiento psicológico caracterizado por afectos benévolos, como la compasión y la empatía (Dambrun y Ricard, 2011).

Para analizar la felicidad fluctuante y la duradera se necesita un instrumento de medición confiable y válido (Layard, 2010). A este respecto, las escalas SFHS y SA-DHS se han utilizado en entornos francófonos y anglófonos (Dambrun et al., 2012), hallándose en ambos casos evidencias de confiabilidad y validez adecuadas.

Ambas escalas cuentan con una buena confiabilidad probada por su consistencia interna: la SFHS obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89, mientras que la SA-DHS uno de 0.93. De esta última escala se examinó asimismo la consistencia interna de las subescalas de Satisfacción (0.90) y Paz interior (0.87).

En cuanto a la validez de las escalas, los autores presentaron evidencias de validez convergente, reportando correlaciones significativas para la SA-DHS (r varió de 0.48 a 0.71) y moderadas para la SFHS (r varió de 0.24 a 0.48). Dicha validez se obtuvo correlacionando las escalas con un número de factores psicológicos asociados teórica y empíricamente con la felicidad, tales como optimismo (Scheier y Carver, 1985), autoeficacia (Bandura, 1991), sentido de coherencia (Antonovsky, 1987), resiliencia (Werner, 1992), *mindfulness* (Brown y Ryan, 2003), rumiación mental (Trapnell y Campbell, 1999) y búsqueda del sentido de la vida (Steger, Frazier, Oishi y Kaler, 2006). Se encontró que las correlaciones eran moderadamente relevantes: de 0.22 a 0.53 para la SA-DHS y de 0.25 a 0.53 para la SFHS (Dambrun et al., 2012). Además, se obtuvo evidencia de validez convergente usando un marcador biológico (cortisol), el cual se ha asociado con el bienestar en otros estudios (Ryff et al., 2006). La única escala que correlacionó significativamente con esta hormona del estrés fue la SA-DHS ($r = -0.22$, $p < 0.05$).

México es considerado como uno de los países más felices del mundo, pues en diversos estudios ha puntuado por encima del promedio (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015; Figueroa, 2013; Fuentes y Reto, 2011; Olivares, 2015). Los datos revelan que la felicidad para los mexicanos tiene que ver con los valores tradicionales de la cultura, como la familia y el amor, mientras que factores como el ingreso económico o el puesto de trabajo son menos importantes.

Actualmente, se considera la felicidad como un indicador de progreso social y un objetivo de la

política pública de numerosos gobiernos, México entre ellos. Por lo anterior, es necesario ampliar los conocimientos sobre la felicidad en general, y la de los mexicanos en particular. No obstante, se carece en el país de una herramienta que evalúe la felicidad según el modelo SSHM, por lo que el objetivo de este estudio fue determinar las propiedades psicométricas del instrumento de Dambrun y Ricard (2011) en una muestra heterogénea mexicana mediante un análisis factorial confirmatorio, para obtener los beneficios metodológicos, teóricos y prácticos que permitan ampliar el panorama acerca del constructo de felicidad, y contar así con una escala válida para otras investigaciones que la relacionen con diversas variables.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con cuatro grupos diferentes de participantes, uno en cada fase del estudio, para lo cual todos ellos dieron previamente su consentimiento.

El primer lugar, en el desarrollo de la traducción y adaptación culturalmente relevantes participaron seis jueces, todos ellos psicólogos con un grado mínimo de estudios de licenciatura y una amplia experiencia en el estudio de la felicidad, que además conocían el modelo teórico SSHM.

Un segundo grupo para el estudio piloto se conformó con veinte residentes de la Ciudad de México: diez mujeres y diez hombres, de entre 18 y 42 años de edad, con una media de 26.55 años y desviación estándar de 6.45, seleccionados de forma no probabilística intencional. El nivel educativo de los participantes fue como sigue: con primaria, uno (5%), con secundaria, cinco (25%), con bachillerato, siete (35%) y con licenciatura, siete (35%).

El tercer grupo, reunido para la validación psicométrica por medio del análisis factorial exploratorio (AFE), se conformó con 420 participantes mexicanos seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico intencional, de los cuales 269 fueron mujeres (64%) y 151 hombres (36%) de entre 14 y 70 años de edad, con una edad media de 34.78 años y desviación estándar de 10.69, cuyo nivel educativo fue como se indica: primaria,

7 (1.7%), secundaria, 51 (12.1%), bachillerato, 61 (14.5%), licenciatura, 180 (42.9%), maestría, 104 (24.8%) y doctorado, 16 (3.8%).

El cuarto grupo se ocupó para el análisis factorial confirmatorio (AFC), hecho con 392 personas de nacionalidad mexicana seleccionadas de forma no probabilística intencional: 264 mujeres (67.3%) y 128 hombres (32.7%) de entre 14 y 70

años de edad, con una media de edad de 34.08 años y desviación estándar de 10.438. El nivel educativo de los participantes fue como sigue: primaria, 9 (2.3%), secundaria, 48 (12.2%), bachillerato, 43 (11%), licenciatura, 181 (46.2%), maestría, 87 (22.2%), doctorado, 23 (5.9%), y posdoctorado, 1 (0.3%). Otras características sociodemográficas de los participantes se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Característica	Hombres n = 279		Mujeres n = 533		Total n = 812	
	M o frec.	D.E. o %	M o frec.	D.E. o %	M o frec.	D.E. o %
Edad	35.11	11.11	34.10	10.26	34.44	10.57
Estado civil						
Soltero	116	41.6	260	48.8	376	46.3
Casado	108	38.7	170	31.9	278	34.2
Unión libre	40	14.3	65	12.2	105	12.9
Divorciado/separado	14	5.0	33	6.2	47	5.8
Viudo	1	.4	5	.9	6	.7
Escolaridad						
Primaria	8	2.9	8	1.5	16	2.0
Secundaria	69	24.7	30	5.6	99	12.2
Bachillerato	48	17.2	56	10.5	104	12.8
Licenciatura	92	33.0	269	50.5	361	44.5
Maestría	49	17.6	142	26.6	191	23.5
Doctorado	12	4.3	27	5.1	39	4.8
Posdoctorado	1	.4	1	.2	2	.2
Ocupación						
Estudiante	40	14.3	96	18.0	136	16.7
Obrero	27	9.7	18	3.4	45	5.5
Oficio (carpintero, chofer, peluquero)	22	7.9	11	2.1	33	4.1
Ama de casa	0	0	40	7.5	40	4.9
Desempleado	30	10.8	14	2.6	44	5.4
Comerciante	28	10.0	10	1.9	38	4.7
Académico/investigador	10	3.6	35	6.6	45	5.5
Psicólogo terapeuta	70	25.1	183	34.3	253	31.2
Profesionista remunerado	37	13.3	110	20.6	147	18.1
Pensionado	4	1.4	4	.8	8	1.0
Emprendedor	11	3.9	12	2.3	23	2.8

Instrumentos

Las versiones originales de las Escalas de Felicidad Subjetiva Fluctuante y Subjetiva Duradera fueron la Scale for Measuring Subjective Fluc-

tuating Happiness (SFHS) y la Scale for Assessing Subjective Authentic-Durable Happiness (SA-DHS) (Dambrun et al., 2012). Tales instrumentos se desarrollaron en Francia a partir de información obtenida en un estudio piloto de una muestra de 320

estudiantes universitarios, quedando conformados de la siguiente manera: la escala SFHS, con diez reactivos que se califican mediante una escala tipo Likert, de 1 (“fuertemente en desacuerdo”) a 7 (“fuertemente de acuerdo”); en ella, un mayor puntaje refleja una mayor felicidad fluctuante. La escala SA-DHS contiene trece reactivos tipo Likert que se evalúan en un continuo de siete puntos que van de 1 (“muy bajo”) a 7 (“muy alto”), así como dos subescalas: Satisfacción y Paz interior.

Para la traducción y adaptación culturalmente relevante se utilizó un formato para jueces con la versión original de las escalas en francés y una propuesta de traducción al español de México que incluía espacios para las propuestas de modificación. En la fase de piloteo y validación psicométrica se emplearon las versiones traducidas para población mexicana de las escalas de felicidad resultantes de la fase anterior. Así, la escala EFSD se conformó por trece reactivos con escala tipo Likert con siete opciones de respuesta que van de 1, “muy bajo”, hasta 7, “muy alto”. Por otra parte, la EFSF incluyó diez reactivos y una escala tipo Likert, con siete opciones de respuesta que van de 1, “completamente en desacuerdo”, a 7, “completamente de acuerdo”. De manera adicional, esta versión del cuestionario incluyó una sección breve para recolectar información demográfica de los participantes.

Para el AFC se empleó la versión validada en población mexicana producto de la fase anterior, con 22 reactivos organizados en dos dimensiones: Felicidad Subjetiva Duradera y Felicidad Subjetiva Fluctuante, así como una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta, obteniéndose una varianza explicada de 60.07% y un índice de confiabilidad compuesta de 0.96.

Procedimiento

Se llevó a cabo el procedimiento sobre la base de la propuesta metodológica-estadística de Reyes y García (2008) para la adaptación y validación psicométrica de las escalas SFHS y SA-DHS, consistente en traducción, validación por jueces, retraducción, adecuación, piloteo, revisión, aplicación a la población meta, validación psicométrica y análisis factorial confirmatorio.

La traducción fue efectuada por un traductor cuya lengua materna era el francés, hecho lo cual se entregaron a los jueces las versiones en español y francés, solicitándoles que indicaran si la consideraban adecuada o que sugirieran cambios. Al obtenerse entre los jueces 80% de acuerdo con la redacción final de cada reactivo, se realizó la retraducción al francés de la versión resultante, hecha por un segundo traductor que cumplía el perfil requerido de ser originario de Francia, no ser psicólogo de profesión y no conocer los instrumentos. Así, con base en los pasos anteriores se hicieron algunos cambios en la redacción para que se comprendieran mejor los reactivos en el piloteo, y asimismo se cambió el formato de respuesta de los instrumentos originales por una escala pictórica tipo Likert (cf. Reyes y García, 2008), con sus respectivas instrucciones para contestarlos. En ella, en lugar de ofrecer opciones de respuesta, se pusieron cuadros de diferente tamaño, considerándose que entre más grande fuese el cuadro, mayor sería el nivel de acuerdo con la descripción de la situación, y viceversa. El instrumento así conformado se aplicó a 20 participantes para verificar la comprensión de los reactivos, y una vez obtenidos los datos, se continuó el proceso de validación psicométrica del instrumento mediante el coeficiente de confiabilidad compuesta debido a que no es tan sensible al número de reactivos y tamaño muestral, a diferencia del coeficiente alfa. Para la fase del análisis factorial confirmatorio se solicitó a los participantes que respondieran nuevamente los instrumentos.

RESULTADOS

Análisis factorial exploratorio

Al realizarse el análisis de frecuencias de cada reactivo de la SFHS, se encontró que los diez reactivos la tuvieron en todas las opciones de respuesta. El análisis de curtosis y asimetría mostró una distribución sesgada en los reactivos. Se hizo la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes a fin de verificar la capacidad individual de discriminación de cada reactivo. El análisis de discriminación reveló que, de los diez reactivos, únicamente el número 1 (“He tenido satisfacciones

y decepciones grandes”) no resultó estadísticamente significativo, por lo que se excluyó de los análisis posteriores.

En la SA-DHS los trece reactivos mostraron frecuencias en todas y cada una de sus opciones

de respuesta; su distribución, al igual que en la SFHS, resultó normal o sesgada. En virtud de la discriminación y direccionalidad de los reactivos no fue necesario eliminar ninguno (Tabla 2).

Tabla 2. Proceso de discriminación de los reactivos de la Escala de Felicidad Fluctuante integrada por dos subescalas.

REACTIVO	Asimetría	U de Mann-Whitney	Correlación reactivo total	Criterio
1. Bienestar general	-0.54	0.00	0.70	
2. Felicidad	-0.69	0.00	0.70	
3. Placer	-0.72	0.00	0.70	
4. Dicha completa	-0.68	0.00	0.78	
5. Quietud (tranquilidad de espíritu)	-0.60	0.00	0.79	
6. Satisfacción	-0.85	0.00	0.81	
7. Serenidad	-0.58	0.00	0.73	
8. Bendición	-1.10	0.00	0.61	
9. Paz interior	-0.64	0.00	0.82	
10. Realización	-0.64	0.00	0.72	
11. Alegría	-0.92	0.00	0.74	
12. Tranquilidad	-0.54	0.00	0.82	
13. Plenitud	-0.67	0.00	0.89	
1. He tenido satisfacciones y decepciones grandes.	-1.181	.257	0.14	Eliminado
2. Mis periodos de placer son seguidos por periodos de desagrado.	.490	0.00	0.67	
3. Mi nivel de tranquilidad es cambiante.	.003	0.00	0.68	
4. Tengo periodos de euforia que son seguidos por periodos de menos alegría.	.496	0.00	0.80	
5. Puedo pasar de la euforia a la tristeza.	.807	0.00	0.78	
6. Mis periodos de bienestar van seguidos por periodos de malestar.	.873	0.00	0.83	
7. Mi nivel de bienestar es inestable: a veces me siento muy bien y a veces muy mal.	.660	0.00	0.84	
8. Suelo ir de un nivel alto de placer a un nivel bajo.	1.011	0.00	0.84	
9. Puedo sentirme totalmente pleno y después muy poco satisfecho.	.772	0.00	0.82	
10. Puedo sentirme muy feliz y después muy triste, todo el mismo día.	.832	0.00	0.79	

Para verificar la adecuación de la matriz de correlaciones sobre la cual se basa el análisis factorial, se realizaron los análisis de medida de adecuación de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, obteniéndose $KMO = .94$ y $\chi^2 = 5172.037$, $p = .000$, por lo que se concluyó que, en efecto, la había.

Debido a que el análisis de correlación entre los reactivos mostraba una predominancia moderada, se decidió hacer un análisis exploratorio de

extracción de componentes principales con rotación oblicua a los 22 reactivos que no se eliminaron. A partir de este análisis, la escala quedó integrada por dos factores, con un porcentaje de varianza explicada de 60.07% y un índice de fiabilidad compuesta de .96. Dichos factores fueron Felicidad Subjetiva Duradera (EFSD) y Felicidad Subjetiva Fluctuante (EFSF).

Estas subescalas pueden funcionar como escalas independientes. La EFSD, integrada por trece

reactivos, explicó 33.64% de la varianza y obtuvo un índice de fiabilidad compuesta de .94, mientras que la EFSF, integrada por nueve reactivos, expli-

có 26.43% de la varianza, con un índice de confiabilidad compuesta de .93 (Tabla 3).

Tabla 3. Factorial exploratorio con rotación oblicua.

Reactivo	Factor 1	Factor 2
13. Plenitud	.838	
6. Satisfacción	.793	
4. Dicha completa	.790	
12. Tranquilidad	.789	
9. Paz interior	.776	
5. Quietud	.753	
11. Alegría	.743	
2. Felicidad	.725	
1. Bienestar general	.711	
3. Placer	.708	
10. Realización	.694	
7. Serenidad	.686	
8. Bendición	.591	
8. Suelo ir de un nivel alto de placer a un nivel bajo.		.843
6. Mis periodos de bienestar van seguidos por periodos de malestar.		.825
7. Mi nivel de bienestar es inestable: a veces me siento muy bien y a veces muy mal.		.807
9. Puedo sentirme totalmente pleno y después muy poco satisfecho.		.805
4. Tengo periodos de euforia seguidos por periodos de menos alegría.		.802
5. Puedo pasar de la euforia a la tristeza.		.794
10. Puedo sentirme muy feliz y después muy triste, todo el mismo día.		.783
2. Mis periodos de placer son seguidos por periodos de desagrado.		.649
3. Mi nivel de tranquilidad es cambiante.		.641
% de varianza explicada	33.64%	26.43%
% de varianza total explicada	60.07%	
Índice de fiabilidad compuesta	.94	.93
Índice de fiabilidad compuesta total de la escala de 22 elementos	.96	

Análisis factorial confirmatorio

Debido a la falta de normalidad de los datos, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio de máxima verosimilitud robusta (Schmitt, 2011) y se probaron dos dimensiones con 22 reactivos (Tabla 4).

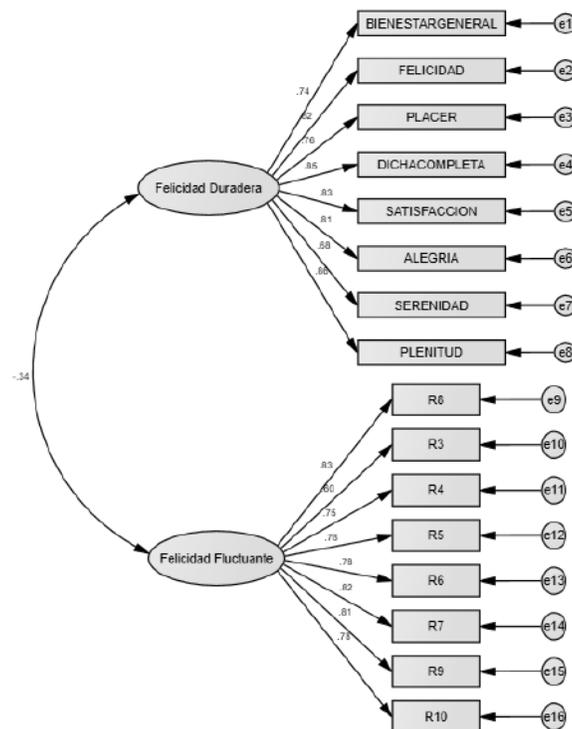
Para la evaluación del ajuste del modelo se utilizaron los siguientes índices de bondad de ajuste: chi cuadrada normada ($\chi^2/S-B[34] = 2.506$, $p = 0.05$), dividida por los grados de libertad (siendo menor a 3.00 con una probabilidad no significativa), índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI = 0.963 [para un ajuste apropiado los valores

deben ser ≥ 0.95], y raíz cuadrada media del error de aproximación RMSEA (0.062) y SRMR (0.041 [para indicar un buen ajuste, los valores de estos índices deben ser ≤ 0.05]).

La identificación del modelo se hizo fijando la varianza de los factores a 1; para esta estimación se utilizó el software r con el paquete Latent Variable Analysis (LAVAN, 0.5-22, 31 interacciones) (Rosseel, 2012), donde se contrastaron los índices de ajuste para el modelo. El modelo con dos dimensiones presentó índices aceptables, por lo que se considera que es la mejor versión de la escala. Los resultados se presentan en la Figura 1.

Tabla 4. Valores del análisis factorial confirmatorio.

Reactivo	Factor 1 Felicidad Duradera	Factor 2 Felicidad Fluctuante
1. Bienestar general	0.74(0.035)	
2. Felicidad	0.82(0.030)	
3. Placer	0.76(0.049)	
4. Dicha completa	0.84(0.036)	
6. Satisfacción	0.82(0.038)	
11. Alegría	0.81(0.036)	
7. Serenidad	0.68(0.074)	
13. Plenitud	0.86(0.039)	
8. Suelo ir de un nivel alto de placer a un nivel bajo.		0.83(0.082)
3. Mi nivel de tranquilidad es cambiante.		0.60(0.175)
4. Tengo periodos de euforia seguidos por periodos de menos alegría.		0.74(0.122)
5. Puedo pasar de la euforia a la tristeza.		0.77(0.120)
6. Mis periodos de bienestar van seguidos por periodos de malestar.		0.77(0.086)
7. Mi nivel de bienestar es inestable: a veces me siento muy bien y a veces muy mal.		0.81(0.111)
9. Puedo sentirme totalmente pleno y después muy poco satisfecho.		0.81(0.104)
10. Puedo sentirme muy feliz y después muy triste, todo el mismo día.		0.77(0.135)
% de varianza explicada	34%	32%
Índice de fiabilidad compuesta	.93	.91
Índice de fiabilidad compuesta total de la escala de 16 elementos	.95	

Figura 1. Análisis factorial confirmatorio de las escalas de Felicidad Subjetiva Duradera y Felicidad Fluctuante.

$$\chi^2_{S.B}(34) = 2.506, p = 0.05. RMSEA = 0.062, SRMR = 0.041, CFI = 0.963$$

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la estructura factorial de las escalas de Felicidad Subjetiva Fluctuante y de Felicidad Subjetiva Duradera por medio de un análisis factorial confirmatorio. Los resultados señalan que el modelo de dos factores mostró un ajuste adecuado. La estructura factorial del instrumento así desarrollado está asociada con el modelo SSHM descrito por Dambrun y Ricard (2011).

El primer factor se denominó Felicidad Duradera. En este concepto, la felicidad está más estrechamente relacionada con valores intrínsecos y prosociales, conductas altruistas enfocadas a la autotranscendencia, en que se destacan los valores universales y la benevolencia. Está compuesta por los ítems 1 (“Bienestar general”), 2 (“Felicidad”), 3 (“Placer”), 4 (“Dicha completa”), 6 (“Satisfacción”), 11 (“Alegría”), 7 (“Serenidad”) y 13 (“Plenitud”).

El segundo factor, denominado Felicidad Fluctuante, se caracteriza por depender de las circunstancias externas, por lo cual está más estrechamente relacionado a una afectividad negativa, con una alternancia entre las fases de satisfacción e insatisfacción. Está compuesto por los ítems 8 (“Suelo ir de un nivel alto de placer a un nivel bajo”), 3 (“Mi nivel de tranquilidad es cambiante”), 4 (“Tengo periodos de euforia seguidos por periodos de menos alegría”), 5 (“Puedo pasar de la euforia a la tristeza”), 6 (“Mis periodos de bienestar van seguidos por periodos de malestar”), 7 (“Mi nivel de bienestar es inestable: a veces me siento muy bien y a veces muy mal”), 9 (“Puedo sentirme totalmente pleno y después muy poco satisfecho”) y 10 (“Puedo sentirme muy feliz y después muy triste, todo el mismo día”).

Los factores encontrados tienen un adecuado índice de confiabilidad compuesta de 0.93 para Felicidad Duradera y de 0.91 para Felicidad Fluctuante. El factor Felicidad Duradera es el que explica más varianza, lo que es congruente con la característica cultural mexicana de dar mayor importancia a valores internos y conductas prosociales –como contribuir a resolver las necesidades afectivas de la familia y los amigos–, que externos

(Díaz-Guerrero, 2003). El análisis factorial confirmatorio muestra que la estructura bidimensional obtenida se asemeja a la de las escalas originales de Dambrun et al. (2012). También se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre las dos dimensiones, con lo que se comprueba que cada reactivo corresponde a la dimensión correcta y mide lo que pretende medir. Así, a pesar de haber una moderada pero significativa correlación negativa entre las dos dimensiones, la felicidad auténtica duradera no parece ser simplemente el reverso de la felicidad fluctuante ya que, tal como se señaló antes, mientras que la primera está más estrechamente relacionada con la afectividad positiva y con la satisfacción con la vida, la segunda lo está más con la afectividad negativa.

Las dimensiones del instrumento constituyen una ventaja puesto que permiten identificar diferentes áreas de la felicidad de las personas que se encuentran afectadas por distintos factores internos o externos, lo que puede sugerir distintas medidas y tratamientos diferenciales para cada una de ellas. En particular, en los contextos clínicos puede ser una ayuda para identificar y dar tratamiento oportuno a los pacientes antes de que desarrollen diversos trastornos afectivos.

La extensión de la escala la convierte en una versión corta que incluye solamente a los reactivos con las mejores propiedades psicométricas para la población meta. Haber obtenido una versión así es una ventaja en razón de que es más práctica al aplicarse a personas con fatiga o con una comorbilidad asociada, ya que al paciente se le dificultaría contestar un instrumento extenso (Viner y Christie, 2005).

Por último, se recomienda realizar estudios con algún criterio externo que aporten otras evidencias de validez para las citadas escalas.

En conclusión, los resultados encontrados muestran que las escalas tienen propiedades psicométricas que las hacen confiables y válidas para evaluar población mexicana, constituyen un avance para el estudio de un constructo poco analizado en México, y brindan información relevante para diversas áreas de la psicología, tanto en la clínica como en la investigación.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 99-106.
- Albuquerque A., S. y Tróccoli B., T. (2004). Desenvolvimiento de una escala de bienestar subjetivo. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Anguas A., M. (2001). Identificación y validación del significado de bienestar subjetivo en México: Fundamentos para el desarrollo de un instrumento de medición. *Revista Interamericana de Psicología*, 35, 163-183.
- Antonovsky, A. (1987). *Untraveling the mastery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Argyle, M., Martin, M. y Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. En J. P. Forgas y J. M. Innes (Eds.): *Recent advances in social psychological: an international perspective* (pp. 189-203). Amsterdam: Elsevier.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior. En J. I. Madden, S. Matthysse y J. Barchas (Eds.): *Adaptation, learning, and affect* (pp. 229-269). New York: Raven.
- Brown, K. 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.
- Cammock., T.J. y Lewis, Ch. (1994). Personality correlates of scores on the Depression-Happiness Scale. *Psychological Reports*, 75, 1649-1650.
- Dambrun, M. y Ricard, M. (2011). Self-centeredness and selflessness: a theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness. *Review General of Psychology*, 15, 138-157.
- Dambrun, M., Ricard, M., Després, G., Drelon, E., Gibelin, E., Gibelin, M. y Bray, E. (2012). Measuring happiness: from fluctuating happiness to authentic-durable happiness. *Frontiers in Psychology*, 3, 16. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00016.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Psicología del mexicano* (6ª reimp.). México: Trillas.
- Diener, E., Emmons, R.E., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Figuroa, H. (2013). “Querétaro, Monterrey y D.F, zonas más felices de México”. Diario *Excelsior*, 20 de febrero. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/02/20/885054>.
- Francis, L.J. y Katz, Y.J. (2000). Internal consistency, reliability and validity of Hebrew translation of the Oxford Happiness Inventory. *Psychological Reports*, 87, 193-196.
- Fuentes N., C. y Reto, F. (2011). Las condiciones de vida y la felicidad. En J. J. García y F. J. Sales (Eds.): *Bienestar y calidad de vida en México* (pp. 69-112). México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.
- Higgins, E.T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52(12), 1280-1300.
- Hills, P. y Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, 1073-1082.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Bienestar subjetivo. Contenido de la BIARE*. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/experimentales/bienestar/contenido.aspx>.
- Layard, R. (2010). Measuring subjective well-being. *Science*, 327, 534-535.
- Le, T.N. (2011). Life satisfaction, openness value, self-transcendence, and wisdom. *Journal of Happiness Studies*, 12, 171-182.
- Lu, L. y Shih, J.B. (1997). Personality and happiness: Is a mental health a mediator? *Personality and Individual Differences*, 31, 595-608.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L. y Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Olivares A., E. (2015). “Mexicanos tienen alto nivel de satisfacción y felicidad con la vida”. *La Jornada*, 2 de junio. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2015/02/06/sociedad/036n1soc>.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A Handbook and Classification*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Reyes L., I. y García B., L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera A., R. Díaz-Loving, R. Sánchez A. e I. Reyes L. (Eds.): *La Psicología Social en México*, XII, 625-636. México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. En S. Fiske (Ed.): *Annual Review of Psychology* (52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryff, C.D., Love, G., Urry, H.L., Muller, D., Rosenkranz, M.A., Friedman, E.M. y Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy & Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Sánchez C., J. (1998). *Escala de Bienestar Psicológico. Manual*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schmitt, T.A. (2011). Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(4), 304-321.
- Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S. y Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- Toribio, L., González N., I., Valdez, J.L., González, S. y Van Baneveld, H.O. (2012). Validación de la Escala de Felicidad de Alarcón para adolescentes mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 71-79.
- Trapnell, P.D. y Campbell, J.D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Viner, R. y Christie, D. (2005). Fatigue and somatic symptoms. *British Medical Journal*, 330(7498), 1012-1015.
- Wallace, B.A. y Shapiro, S.L. (2006). Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *American Psychologist*, 61, 690-701.
- Werner, E.E. (1992). The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13, 262-268.

Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2¹

Cognitive-behavioral intervention to promote therapeutic adherence and autonomic regulation in patients with type-2 diabetes mellitus

Sandra Nayeli Vergara Aguirre², Omar Arturo Chavarría Santiago³,
David Alberto Rodríguez Medina³, Benjamín Domínguez Trejo³
y Patricia Zamudio Silva⁴

Citación: Vergara A., S.N., Chavarría S., O.A., Rodríguez M., D.A., Domínguez T., B. y Zamudio S., P. (2019). Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 29(2), 207-217.

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las enfermedades no transmisibles que comprometen la actividad del sistema nervioso autonómico y que representa la principal causa de muerte en México. Actualmente, la terapia cognitivo-conductual provee la mayor evidencia empírica sobre su efectividad en el abordaje integral de la enfermedad. El propósito de esta investigación fue promover la adherencia terapéutica y regular la actividad autonómica en pacientes con dicha enfermedad a través de una intervención cognitivo-conductual grupal. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, participaron nueve mujeres, con una media de edad de 49.77 años y con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, quienes recibieron dieciocho sesiones de terapia cognitivo-conductual. Se utilizó un diseño preexperimental de medidas psicofisiológicas y psicosociales repetidas. Las pacientes respondieron la Escala de Adherencia Terapéutica, el Cuestionario de Regulación Emocional, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y el Cuestionario de Apoyo Social. Para medir los cambios psicofisiológicos, se utilizó un equipo de retroalimentación biológica y un baumanómetro digital certificado. Los resultados sugieren que la terapia cognitivo-conductual permitió a las pacientes regular su actividad autonómica cardiovascular a través del aumento de la variabilidad de frecuencia cardíaca y la disminución de la presión arterial media, además de experimentar un aumento clínicamente significativo de su adherencia terapéutica. Asimismo, la terapia cognitivo-conductual fue efectiva para el manejo de los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos y para el aumento de la percepción de las redes de apoyo. Por lo tanto, se concluye que la medición indirecta de la función autonómica mediante la variabilidad de frecuencia cardíaca y la presión arterial media es un parámetro objetivo útil para evaluar su influencia sobre la salud mental y física en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2; Variabilidad de la frecuencia cardíaca; Ansiedad; Apoyo social; Depresión; Regulación emocional.

¹ Los autores agradecen al Dr. Erick Leonardo Mateos Salgado y al Grupo de Investigación Clínica "Mente-Cuerpo" sus valiosos consejos. Con financiamiento del Proyecto UNAM-DGAPA-PAPIIT IN304515: "Biomarcadores (autonómicos e inmunológicos) como indicadores del componente emocional en el dolor crónico" y del Proyecto PAPIIME-DGAPA-UNAM PE300716: "Fronteras de la psicología: citocinas y emociones". Artículo recibido el 29 de agosto y aceptado el 5 de noviembre de 2018.

² Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Guelatao 66, Col. Ejército de Oriente, Del. Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, tel. (52)55-27-18-80-16, correo electrónico: zandravergara@gmail.com.

³ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, correos electrónicos: o.chavarría.santiago@gmail.com, psic.d.rodriguez@comunidad.unam.mx y benjamin@unam.mx.

⁴ Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ISSSTE, Calz. Ignacio Zaragoza, Chinam Pac de Juárez, 09208 Ciudad de México, correo electrónico: zamudio298@live.com.mx.

ABSTRACT

Type-2 diabetes mellitus, a non-communicable disease is the main cause of death in Mexico and it compromises the activity of the autonomic nervous system. Currently, cognitive-behavioral therapy provides more empirical evidence of its effectiveness within a comprehensive approach to type 2 diabetes. The purpose of the present study was to examine the effects of a cognitive-behavioral group intervention aimed at promoting therapeutic adherence and regulating the autonomic activity in patients with type-2 diabetes. A non-probabilistic convenience sampling procedure yielded nine women with average age of 49.77 years, with a confirmed diagnosis of type-2 diabetes, which were included in the study. Participants received 18 sessions of cognitive-behavioral therapy along a pre-experimental design including repeated psychophysiological and psychosocial measures. Participants answered the Therapeutic Adherence Scale, the Emotional Regulation Questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Social Support Questionnaire. Biofeedback equipment and a calibrated digital sphygmomanometer were used to measure psychophysiological changes. Results suggest that the cognitive-behavioral intervention allowed patients to regulate cardiovascular autonomic activity by increasing heart rate variability and decreasing mean arterial pressure. In addition, results show clinically significant improvement in therapeutic adherence as well as effective management of comorbid anxiety/depression symptoms and increased perceived support network. Therefore, it is concluded that indirect measurement of autonomic function through heart rate variability and mean arterial pressure are useful and objective parameters to evaluate mental and physical health in type-2 diabetic patients.

Key words: Type-2 diabetes mellitus; Heart rate variability; Social support; Anxiety; Depression; Emotional regulation.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define como enfermedades no transmisibles (ENT) a las enfermedades que no se transmiten de persona a persona, que son de larga duración (o crónicas) y que resultan de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Una de las ENT con mayor crecimiento epidemiológico es la diabetes, definida como una “enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina

suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce” (OMS, 2017). De acuerdo con dicha organización, la diabetes se clasifica en diabetes tipo 1 (ausencia de síntesis de insulina), diabetes tipo 2 (incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina) y diabetes gestacional (hiperglicemia, que se detecta por primera vez durante el embarazo).

La octava edición del *Atlas de Diabetes* (International Diabetes Federation, 2017) estima que 8.8% de la población de entre 20 a 79 años sufre diabetes. De ésta, casi 80% se concentra en países en vías de desarrollo. Alrededor de 90% del total de personas con diabetes son diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2 en lo sucesivo).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición hecha por el Instituto Nacional de Salud Pública (2016), 13 millones de mexicanos padecen DMT2, de los cuales solo aproximadamente la mitad han sido diagnosticados. Son las mujeres quienes padecen en mayor grado la diabetes, pero solamente 12.5% se encuentra bajo un control adecuado.

El tratamiento de la DMT2 implica modificar los comportamientos del paciente relacionados con su alimentación, actividad física, ingesta de medicamentos, monitoreo de su condición y demás, lo que implica una tarea compleja que propicia frecuentemente el abandono del tratamiento (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2014). Además, en muchos casos de DMT2 están presentes la depresión, la ansiedad y el estrés, lo que obstaculiza la adherencia al tratamiento. En contraste, el apoyo social percibido se asocia a menudo con un mejor control glucémico y calidad de vida, un mejor conocimiento de la enfermedad y una mayor adherencia al tratamiento. Para una mejor aceptación del diagnóstico son benéficos el ajuste emocional y la disminución del estrés (Strom y Egede, 2012).

Para el manejo de la DMT2 se han desarrollado diversas estrategias de control metabólico, aunque destacan las intervenciones psicoeducativas, las cuales generan resultados favorables en cuanto a la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, si bien no logran que los cambios experimentados se mantengan a través del tiempo (González y Oropeza, 2016).

De acuerdo con diversos metaanálisis, el enfoque cognitivo-conductual ha mostrado tener una considerable eficacia (González y Oropeza, 2016; Li et al., 2017; Wang, Xia, Zhao y Chen, 2017) para que los pacientes con DMT2 desarrollen habilidades de afrontamiento, tales como aceptar la enfermedad, cumplir las demandas sistemáticas que impone la misma, descubrir las causas de la descompensación metabólica cuando se cumplen las indicaciones médicas, nutrirse adecuadamente, modular los temores e incertidumbres respecto a la salud presente y futura, y someterse al tratamiento de diferentes trastornos comórbidos cuyo impacto psicológico se refleja en el control metabólico.

Existen otras intervenciones terapéuticas que promueven la salud mediante la autorregulación, la meditación, el yoga, las técnicas de relajación y respiración, la hipnoterapia, la imaginería visual y la retroalimentación biológica, mismas que entrenan a las personas a reconocer ciertos estados mentales derivados de los procesos cerebrales y a tener una sensación de control sobre el cuerpo y el comportamiento. Tales intervenciones obtienen con frecuencia resultados confiables y válidos que demuestran su efectividad para aumentar la autoeficacia de los pacientes con ENT (Orozco y Castiblanco, 2015; Senders, Wahbeh, Spain y Shinto, 2012).

Sin embargo, el abordaje psicológico tradicional no ha incluido el uso de medidas psicofisiológicas para el entrenamiento de la regulación autonómica en estos pacientes, pese a que algunas medidas de dicha regulación, como la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC en lo sucesivo), se utilizan en una amplia gama de enfermedades asociadas a una variabilidad disminuida, entre ellas la DMT2 y ciertos trastornos psiquiátricos, como la ansiedad y la depresión (Gernot, 2014a, 2014b).

Una revisión sistemática de la DMT2 hecha por Fakhrzadeh et al. (2012) concluyó que la VFC puede ayudar a predecir la morbilidad y la mortalidad cardíaca, y que puede usarse en una etapa temprana para indicar el riesgo futuro de complicaciones. Ya Yoshioka y Terasaki informaron en 1994 que el componente de alta frecuencia (HF, por sus siglas en inglés), asociada a la actividad nerviosa parasimpática en pacientes diabéticos, era más bajo que en sujetos de control y que había

una correlación inversa entre la baja frecuencia (LF, por sus siglas en inglés) y la HF (cf. Young y Benton, 2018). Tales hallazgos sugieren que un deterioro del funcionamiento del sistema nervioso autónomo, reflejado en la VFC, ocurre durante las primeras etapas de la diabetes y empeora progresivamente en el tiempo.

También se ha encontrado una disfunción del sistema nervioso autónomo con una reducción asociada de la VFC en una amplia gama de trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, Kemp et al. (2010) examinaron la asociación entre depresión y VFC en sujetos sin enfermedad cardiovascular. Cuando compararon a los pacientes con diagnóstico de depresión con un grupo control, hallaron que los primeros tenían una menor VFC; y que la misma era particularmente más baja en aquellos pacientes con síntomas más severos. Las revisiones metaanalíticas han mostrado reducciones de la VFC en los trastornos de ansiedad (Chalmers, Quintana, Abbott y Kemp, 2014), con un tamaño de efecto de pequeño a moderado.

En consecuencia, el propósito de este estudio prospectivo y preexperimental de medidas repetidas fue promover la adherencia terapéutica y la regulación de la actividad autonómica cardiovascular (decremento de la presión arterial media, disminución de la LF e incremento de la HF en la VFC) en pacientes con DMT2 a través de una intervención cognitivo-conductual grupal.

MÉTODO

Participantes

Seleccionadas de forma no probabilística y por conveniencia, se invitó a participar en el estudio a 16 pacientes ambulatorias con diagnóstico confirmado de DMT2, con una edad media de 49.77 años y desviación estándar de 11.32 años, y tiempo desde el diagnóstico de 11.4 años en promedio, las cuales asistían al Servicio de Endocrinología y Clínica de Diabetes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Todas ellas acudieron a la primera evaluación psicofisiológica y a la sesión grupal inicial; sin embargo, solamente nueve concluyeron la intervención

psicológica debido a que las restantes abandonaron voluntariamente el estudio, por lo que no fueron consideradas en el análisis estadístico.

En la Tabla 1 se presenta la información sociodemográfica de la muestra resultante.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

VARIABLES		N	%
Estado civil	Separada	2	22.2
	Divorciada	1	11.1
	Casada	2	22.2
	Soltera	3	33.3
	Viuda	1	11.1
Escolaridad	Carrera técnica	2	22.2
	Preparatoria	1	11.1
	Licenciatura	5	55.5
	Maestría	1	11.1
Ocupación	Jubilada	2	22.2
	Auditora	1	11.1
	Educadora	1	11.1
	Ama de casa	1	11.1
	Empleada federal	2	22.2
	Enfermera	2	22.2
Índice de masa corporal	Obesidad	4	44.4
	Sobrepeso	4	44.4
	Normal	1	11.1
Enfermedades vasculares	Hipertensión arterial	3	33.3
	Hipotensión arterial	4	44.4
	Sin enfermedades vasculares	2	22.2
Otros diagnósticos	Dolor crónico	2	22.2
	Pie diabético	1	11.1
	Síndrome de Evans	1	11.1
	Escoliosis	1	11.1
	Sin otras comorbilidades	4	44.4

Instrumentos

El registro de las mediciones se llevó a cabo a través de los instrumentos que se describen a continuación:

Entrevista estructurada, hecha *ex profeso* para este estudio.

Escala de Adherencia Terapéutica (EAT). Diseñada por Soria, Vega y Nava (2009) para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con enferme-

dades crónicas, sin estar dirigida a una enfermedad específica, permite detectar el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Está basada en comportamientos explícitos contenidos en 21 ítems que se agrupan en tres factores: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico-conductual y Autoeficacia. Cada factor consta de siete reactivos; a su vez, cada uno de los ítems contiene una escala de 0 a 100 en la que el paciente elige la efectividad de su comportamiento en términos de porcentajes. El coeficiente alfa de Cronbach (α) de la escala es de .92, siendo la fiabilidad final para cada ítem de .88.

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). Elaborado por Gross y John (2003), se emplea para evaluar las diferencias individuales en el uso de dos estrategias de regulación emocional: reevaluación cognitiva y supresión expresiva. Está constituido por diez ítems tipo Likert distribuidos en dos escalas para medir el grado de acuerdo respecto al uso de ambas estrategias. Presenta una consistencia interna de 0.79 para la reevaluación cognitiva y de 0.73 para la supresión expresiva, y una confiabilidad test-retest de 0.69 (Cabello, Salguero, Fernández y Gross, 2013).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983 (cf. López et al., 2002), puede utilizarse para evaluar la presencia y severidad de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes que acuden regularmente a medios hospitalarios no psiquiátricos o de atención primaria. Considera ciertas dimensiones cognitivas y afectivas y omite aspectos somáticos tales como insomnio, fatiga, pérdida de apetito y otros, evitando así atribuirlos a la enfermedad. Este instrumento está constituido por 14 ítems, de los cuales los siete reactivos nones corresponden a una sintomatología ansiosa y los siete pares a una depresiva, con consistencias internas de 0.84 y 0.86, respectivamente, y un coeficiente de correlación intraclase de 0.946.

Cuestionario de Apoyo Social (MOS-SSS). Creado por Sherbourne y Stewart (1991) para evaluar las características cuantitativas de la red de apoyo social, tales como tamaño y densidad, así como los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto

el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red, está constituido por veinte ítems distribuidos en dos áreas: apoyo social estructural (un ítem de respuesta abierta) y apoyo social funcional (19 ítems de respuesta múltiple). Muestra una confiabilidad de 0.97, y en las dimensiones, de entre 0.91 y 0.96.

Materiales

Equipo de retroalimentación biológica computarizado de cuatro canales ProComp 2 Infiniti. De la marca Thought Technology©, este equipo se emplea para decodificar y realizar el registro continuo de la VFC del paciente durante las evaluaciones psicofisiológicas.

Baumanómetro digital Citizen CH-656C. El dispositivo registra la presión arterial y el pulso. Para su uso, se consideraron los parámetros de la Norma Mexicana de Presión Arterial; en el caso presente, se utilizó la presión arterial media (PAM).

Procedimiento

La intervención psicológica se llevó a cabo durante un periodo de nueve meses y a lo largo de dieciocho sesiones.

En primera instancia, el protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética y de Investigación del Hospital Regional “Gral. Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

Luego, el servicio de Endocrinología y Clínica de Diabetes identificó a las pacientes ambulatorias que potencialmente reunían los criterios para ser parte del grupo. Tras identificar a las pacientes y reunir los datos de cada una, la información obtenida fue enviada al servicio de Psicología, que se encargó de ponerse en contacto con ellas para invitarlas a formar parte del grupo terapéutico y, en caso de que aceptaran, a asistir a la primera sesión grupal que se llevaría a cabo en las aulas del hospital.

En la sesión de bienvenida se les informó la naturaleza del estudio, indicando que la intervención psicoterapéutica estaría dividida en dos modalidades: una de quince sesiones grupales y otra de tres sesiones de mediciones psicofisiológicas. Si

las pacientes aceptaban participar, firmaban un formato de consentimiento informado (véase Apéndice) antes de presentarse a las sesiones en las instalaciones del hospital para recibir el tratamiento psicológico.

El protocolo de evaluación e intervención se estructuró de la siguiente manera:

1. *Evaluación psicométrica y psicofisiológica:* Se aplicaron los instrumentos EAT, ERQ, HADS y MOS en las sesiones 2, 9 y 18. Como recomendaciones previas, las pacientes no debían tomar café u otros estimulantes 24 horas antes de cada medición. Todas las evaluaciones se realizaron entre las 8 y las 12 horas del día.

Tras dar la bienvenida a la paciente, se le indicaba que tomara asiento para que el psicólogo llevara a cabo el registro de su frecuencia cardíaca (FC), presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) mediante el baumanómetro colocado a la altura de la muñeca del brazo izquierdo; acto seguido, se anotaba el resultado en la hoja de recolección de datos. Luego, el terapeuta limpiaba el dedo índice de la mano izquierda de la paciente y colocaba el sensor de BVP para medir en tiempo real la VFC. Una vez conectado adecuadamente el sensor de la paciente al equipo de retroalimentación biológica, el terapeuta obtenía el perfil psicofisiológico de respuesta al estrés dando a la paciente la siguiente indicación: “Coloque ambos pies sobre el piso y siéntese cómodamente con la espalda recargada correctamente sobre el respaldo de la silla. Manténgase inmóvil y en silencio a menos de que se le solicite lo contrario. En caso de sentir alguna molestia durante la evaluación, ésta puede terminar cuando usted lo desee”.

El mencionado perfil psicofisiológico de respuesta al estrés estuvo conformado por las siguientes condiciones:

a) Sentada con los ojos abiertos (SOA): Se le pidió a la paciente que se mantuviera sentada y con los ojos abiertos durante tres minutos.

b) Sentada con los ojos cerrados (SOC): Se le pidió a la paciente que se mantuviera sentada con los ojos cerrados durante tres minutos.

c) Evocación del estresor con los ojos cerrados (Es): Se le pidió a la paciente que evocara alguna situación de estrés o ansiedad que hubiera experimentado en los últimos días.

d) Respuesta natural de relajación (RNR): Se le pidió a la paciente que tratara de relajarse como normalmente lo hacía, pero manteniendo los ojos cerrados durante el procedimiento.

Cada fase duró tres minutos, esto es, un total de doce minutos en las cuatro condiciones.

Al término de la evaluación se indicó a la paciente que abriera lentamente los ojos hasta volver a situarse en el contexto del consultorio, hecho lo cual se le preguntaba cómo se sentía y se le retiraba el sensor de BVP. Se le tomaban nuevamente las medidas de FC, PAS y PAD colocando el

baumanómetro a la altura de la muñeca del brazo izquierdo y anotándose el resultado en la hoja de recolección de datos. Finalmente, se resolvían las dudas de la paciente, se le agradecía su colaboración y un terapeuta la acompañaba a la salida.

2. *Intervención grupal cognitivo-conductual.* Tal intervención se llevó a cabo de forma grupal en consultas de 120 minutos cada dos o tres semanas y a lo largo de 18 sesiones en las aulas del hospital. Las técnicas del programa de intervención psicológica se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Técnicas cognitivo-conductuales de intervención psicológica.

Número de sesión	Técnica o estrategia cognitivo-conductual
1	Firma de consentimiento informado y sesión de bienvenida.
2	Primera evaluación psicofisiológica.
3	Psicoeducación.
4	Técnicas de relajación.
5	Técnicas de relajación: respiración diafragmática.
6	Regulación emocional.
7	Inoculación del estrés.
8	Identificación de redes de apoyo social.
9	Segunda evaluación psicofisiológica.
10	Entrenamiento en habilidades sociales.
11	Entrenamiento en habilidades sociales: respuesta asertiva.
12	Modelo ABC.
13	Modelo ABC.
14	Ideas irracionales.
15	Ideas irracionales.
16	Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas.
17	Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas.
18	Tercera evaluación psicofisiológica.

Análisis estadísticos

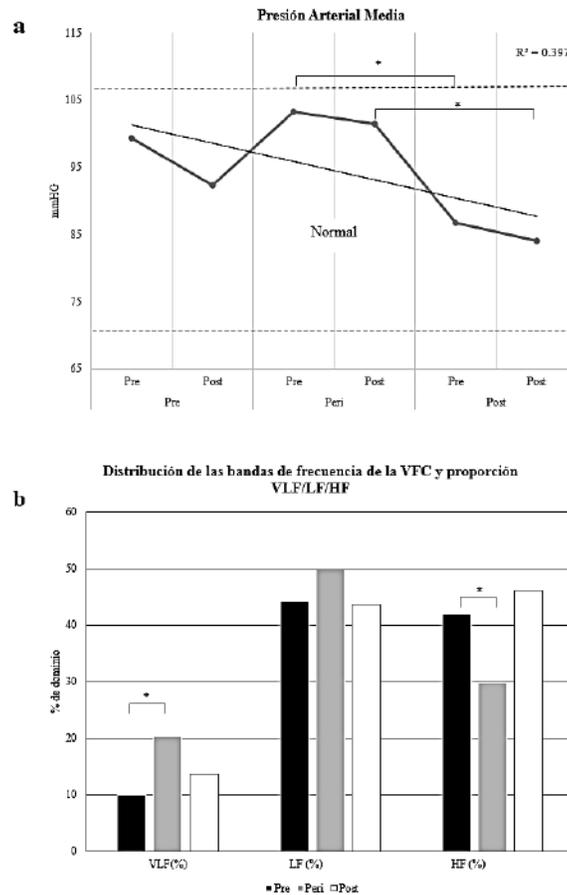
Se extrajeron los datos descriptivos de las medidas psicométricas y psicofisiológicas. Se exploró la normalidad de los datos con una prueba estadística Shapiro-Wilk ($p < .05$). Debido a que no se encontró una distribución normal, se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas de Wilcoxon para evaluar las diferencias pre-peri, peri-post y pre-post de las mediciones psicométricas y psico-

fisiológicas. Se consideró un nivel de significancia de $\leq .05$.

RESULTADOS

La Figura 2 ilustra los cambios psicofisiológicos en la presión arterial media (PAM) y la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC).

Figura 2. Resultados de las evaluaciones psicofisiológicas a lo largo de la intervención. Las gráficas muestran *a)* cambios en la presión arterial media (PAM) y *b)* cambios en la distribución de las bandas de frecuencia de la VFC: proporción VLF/LF/HF (%).



* $p < 0.05$.

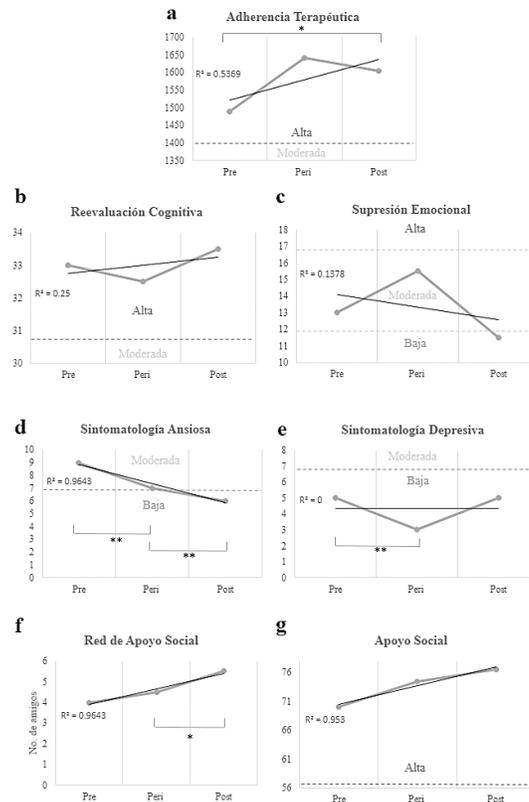
Los cambios estadísticamente significativos registrados en la PAM fueron los que se muestran en la Figura 2a: un decremento de la preevaluación de la sesión 9 a la preevaluación de la sesión 18 ($Z = -2.201, p = .028$), y de la postevaluación de la sesión 9 a la postevaluación de la sesión 18 ($Z = -2.366, p = .018$). La línea de tendencia central ilustra un decremento de la PAM a lo largo del tratamiento, con $R^2 = 0.39$.

En la VFC (Figura 2b) se obtuvieron cambios estadísticamente significativos a lo largo de la intervención ($\chi^2 = 114.525, p = .000$). De acuerdo a lo anterior, se presentó dominancia de LF en la preevaluación (44.14%) y en la perievaluación (49.80%); en la postevaluación la dominancia correspondió a HF (46.15%). No obstante, las bandas de porcentaje de frecuencia mostraron una disminución estadísticamente significativa en la HF de

la preevaluación a la perievaluación ($Z = -2.000, p = .046$) y un aumento estadísticamente significativo de la VLF de la preevaluación a la perievaluación ($Z = -2.057, p = .040$).

La Figura 3 muestra las evaluaciones psicosociales obtenidas.

Es posible apreciar que (a) la adherencia al tratamiento aumentó y resultó estadísticamente significativa de la preevaluación a la postevaluación ($Z = -1.960, p = 0.050$). (b) La reevaluación cognitiva aumentó asimismo, aunque no hubo cambios estadísticamente significativos en ninguna de las mediciones: preevaluación-perievaluación ($Z = -.210, p = 0.833$), perievaluación-postevaluación ($Z = -.847, p = 0.397$) y preevaluación-postevaluación ($Z = -.282, p = 0.778$). (c) La supresión emocional mostró una tendencia a la baja, sin resultar estadísticamente significativa: preevalua-

Figura 3. Evaluación psicosocial de la intervención.

Las líneas punteadas representan los puntos de corte de cada escala, y la línea sólida es la tendencia de cada medida con su respectiva R^2 . Las gráficas muestran la mediana de las variables Adherencia terapéutica (a), Reevaluación cognitiva (b), Supresión emocional (c), Sintomatología ansiosa (d), Sintomatología depresiva (e), Red de apoyo social (f) y Apoyo social (g).

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

ción-perievaluación ($Z = -.213$, $p = 0.832$), perievaluación-postevaluación ($Z = -.738$, $p = 0.461$) y preevaluación-postevaluación ($Z = -.813$, $p = 0.416$). (d) La sintomatología ansiosa disminuyó de la preevaluación a la perievaluación con significancia estadística ($Z = -2.521$, $p = 0.012$), y de la perievaluación a la postevaluación hubo una disminución con resultados estadísticamente significativos ($Z = -2.366$, $p = 0.018$). (e) Del mismo modo, la sintomatología depresiva mostró cambios estadísticamente significativos, decrem-tándose de la preevaluación a la perievaluación ($Z = -2.388$, $p = 0.017$). (f) La red de apoyo social mostró un aumento estadísticamente significativo de la perievaluación a la postevaluación ($Z = -2.041$, $p = 0.041$). (g) Por último, el apoyo social percibido aumentó, pero esos incrementos no fueron estadísticamente significativos: preevaluación-perievaluación ($Z = -.281$, $p = 0.779$), perievaluación-postevaluación ($Z = -1.363$,

$p = 0.173$) y preevaluación-postevaluación ($Z = -.561$, $p = 0.574$).

DISCUSIÓN

La DMT2 se asocia a una disminución de la actividad parasimpática y a una activación de la simpática debido a que es una enfermedad metabólica que conduce a una desregulación autonómica (Benichou et al., 2018).

Es importante resaltar que durante la intervención se presentó una variable extraña, la cual influyó en el tono simpático: el sismo del 19 de septiembre de 2017, una catástrofe natural, que por sí misma indujo un estado de alerta en las personas que la experimentaron. Un suceso así promueve un aumento de la actividad simpática y una disminución de la actividad parasimpática, lo que sugiere una tendencia a la baja de la regulación autonómi-

ca observada hacia la novena sesión de la intervención; sin embargo, los resultados del estudio mostraron que los pacientes con DMT2 lograron recuperar la caída de VFC hacia el final del tratamiento debido al entrenamiento en regulación autonómica.

Una elevada VFC se asocia con mayor bienestar físico y mejor regulación emocional (Mather y Thayer, 2018). La inducción de oscilaciones de gran amplitud en la frecuencia cardíaca suprime la acción simpática al tiempo que estimula la acción parasimpática (Goessl, Curtiss y Hofmann, 2017), lo que explica la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés; del mismo modo, la calidad de las interacciones sociales influye para predecir el control autonómico cardíaco (Gerteis y Schwerdtfeger, 2016). Es por ello que los resultados de la presente investigación subrayan la necesidad de considerar la interacción de los factores psicológicos y sociales para evaluar el efecto benéfico de las intervenciones psicológicas en la regulación autonómica cardiovascular.

En los países desarrollados, la tasa de adherencia a los tratamientos en el caso de enfermedades crónicas se sitúa alrededor de 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), que califica la falta de adherencia como un problema mundial de gran magnitud. Por ello, las intervenciones con enfoque cognitivo-conductual pretenden dotar a las personas de las habilidades necesarias para lograr dicha adherencia (González y Oropeza, 2016). No obstante, es necesario que esas intervenciones se enfoquen en estrategias que promuevan la regulación autonómica en estos pacientes en virtud de la creciente comorbilidad entre los problemas cardiovasculares y la DMT2, comorbilidad que podría provocar una muerte prematura (Arrieta et al., 2015).

Con base en los resultados de la evaluación psicosocial, se destaca que aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en la Escala de Regulación Emocional, se muestra sin embargo una tendencia clínicamente favorable para las pacientes con un nivel alto de reevaluación cognitiva y supresión emocional disminuida, lo que concuerda con su impacto en el aumento de la red de apoyo social. Asimismo, el puntaje de ansiedad disminuyó en una proporción estadísticamente significativa en este grupo. Finalmente, a pesar de que el puntaje de depresión se redujo de la sesión 1 a la 9 y luego volvió a aumentar, se mantuvo en un nivel bajo, y por ende no sería objeto de atención clínica.

Por último, respecto a las limitaciones del presente trabajo, debe decirse que no se contó con un tamaño de muestra aleatorizado y representativo de la población, ni tampoco con un grupo control, por lo que los resultados aquí mostrados únicamente responden al comportamiento de la muestra empleada. Se sugiere incorporar un periodo de seguimiento, así como otros indicadores clínicos, como HbA1c, colesterol y triglicéridos, para evaluar el control metabólico de los pacientes a lo largo de la intervención psicológica.

Se concluye que la intervención psicológica permitió a las participantes regular su actividad autonómica cardiovascular y aumentar clínicamente su adherencia terapéutica. La terapia cognitivo-conductual en pacientes con DMT2 fue efectiva para el manejo de los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos y para el aumento de la percepción de las redes de apoyo. Así, es posible concluir que la medición indirecta de la función autonómica mediante la variabilidad de la frecuencia cardíaca y la presión arterial media es un parámetro objetivo útil para evaluar su influencia en la salud mental y física.

REFERENCIAS

- Arrieta, F., Iglesias, P., Pedro-Botet, J., Tébar, F., Ortega, E. y Nubiola, A. (2016). Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: Recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes. *Clinica e Investigación en Arteriosclerosis*, 27(4), 181-192. doi: 10.1016/j.arteri.2014.12.003.
- Benichou, T., Pereira, B., Mermillod, M., Tauveron, I., Pfabigan, D., Maqdasy, S. y Dutheil, F. (2018). Heart rate variability in type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, 13(4), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0195166.
- Cabello, R., Salguero, J., Fernández B., P. y Gross, J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234-240. doi: 10.1027/1015-5759/a000150.

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2014). *Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Chalmers, J., Quintana, D., Abbott, M. y Kemp, A. (2014). Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: a meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 1-11. doi: 10.3389/fpsy.2014.00080.
- Fakhrzadeh, H., Yamini-Sharif, A., Sharifi, F., Tajalizadekhoob, Y., Mirarefin, M. y Mohammadzadeh, M. (2012). Cardiac autonomic neuropathy measured by heart rate variability and markers of subclinical atherosclerosis in early type 2 diabetes. *ISRN Endocrinology*, 1-7. doi: 10.5402/2012/168264.
- Gernot, E. (2014). Diabetes. En E. Gernot (Ed.): *Heart rate variability* (pp. 289-297). London: Springer. doi: 10.1007/978-1-4471-4309-3_15.
- Gernot, E. (2014). Other studies. En E. Gernot (Ed.): *Heart Rate Variability* (pp. 299-309). London: Springer. doi: 10.1007/978-1-4471-4309-3_15.
- Gerteis, A. y Schwerdtfeger, A. (2016). When rumination counts: Perceived social support and heart rate variability in daily life. *Psychophysiology*, 53(7), 1034-1043. doi: 10.1111 / psyp.12652.
- Goessl, V., Curtiss, J. y Hofmann, S. (2017). The effect of heart rate variability biofeedback training on stress and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(15), 2578-2586. doi: 10.1017/s0033291717001003.
- González, J. y Oropeza, R. (2016). Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39(2), 99-105. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.006.
- Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados, 2016*. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/ensanut2016/index.php>.
- Internacional Diabetes Federation (2017). *Diabetes Atlas 2017*. Watermael-Boitsfort (Bélgica): IDF. Recuperado de <http://fmdiaabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>.
- Kemp, A., Quintana, D., Gray, M., Felmingham, K., Brown, K. y Gatt, J. (2010). Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: a review and meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 67(11), 1067-1074. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.12.012.
- Li, C., Xu, D., Hu, M., Tan, Y., Zhang, P., Li, G. y Chen, L. (2017). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for patients with diabetes and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 44-54. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.02.006.
- López, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. y Salín, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Mather, M. y Thayer, J. (2018). How heart rate variability affects emotion regulation brain networks. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 98-104. doi: 10.1016/j.cobeha.2017.12.017.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid = F3494143D48F29C1DE697289F972C88B?sequence = 1.
- Organización Mundial de la Salud, (2017). *Diabetes*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Orozco G., A. y Castiblanco O., L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. doi: 10.15446 / rcp.v24n1.42949.
- Senders, A., Wahbeh, H., Spain, R. y Shinto, L. (2012). Mind-body medicine for multiple sclerosis: a systematic review. *Autoimmune Diseases*, 567324. doi: 10.1155/2012/567324.
- Sherbourne, C. y Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-b.
- Soria, R., Vega, Z. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
- Strom, J. y Egede, L. (2012). The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 769-781. doi: 10.1007/s11892-012-0317-0.
- Wang, Z., Xia, Y., Zhao, Y. y Chen, L. (2017). Cognitive behavioural therapy on improving the depression symptoms in patients with diabetes: a meta-analysis of randomized control trials. *Bioscience Reports*, 37(2), 1-6. doi: 10.1042/bsr20160557.
- Yoshioka, K. y Terasaki, J. (1994). Relationship between diabetic autonomic neuropathy and peripheral neuropathy as assessed by power spectral analysis of heart rate variations and vibratory perception thresholds. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 24(1), 9-14.
- Young, H. y Benton, D. (2018). Heart-rate variability. A biomarker to study the influence of nutrition on physiological and psychological health? *Behavioural Pharmacology*, 29, 140-151. doi: 10.1097/fbp.0000000000000383.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Apéndice

Consentimiento informado

Intervención grupal cognitivo-conductual para la promoción de adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Financiadores del proyecto:

Proyecto UNAM-DGAPA-PAPIIT IN304515: “Biomarcadores (autonómicos e inmunológicos) como indicadores del componente emocional en el dolor crónico”.

Proyecto PAPIME-DGAPA-UNAM PE300716: “Fronteras de la psicología: citocinas y emociones”.

Institución: Universidad Nacional Autónoma de México

Lugar: Hospital Regional “Gral. Ignacio Zaragoza”, ISSSTE.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki y las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética. Dicho consentimiento puede contener palabras que Ud. no comprenda; si es así, por favor pregunte a los psicólogos responsables para que le expliquen la palabra o información que no entienda claramente.

Ud. ha sido invitado(a) a participar en una intervención psicológica grupal. Antes de aceptar participar, lea por favor este formato de consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que desee para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo sus riesgos y beneficios.

Participantes: La participación es completamente voluntaria. Puede permanecer o abandonar la intervención en cualquier momento sin que ello signifique una afectación de la atención médica que le proporciona la institución de salud. Para este proyecto, se tendrá en cuenta que sea beneficiario(a) del Hospital Regional “Gral. Ignacio Zaragoza”, ISSSTE, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Tiempo requerido: Quincenalmente se llevará a cabo una sesión psicoterapéutica con una duración de 120 minutos.

Beneficios: Un beneficio que usted puede obtener al participar en el protocolo de intervención es que se le refiera, si usted así lo desea, a recibir una atención especializada para continuar con su tratamiento psicológico.

Con su participación, la investigación contribuirá a un mejor abordaje del tratamiento para así optimizar su proceso de atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno para el investigador ni para los colaboradores del estudio. Si usted decide participar, tendrá derecho a exigir toda la información al respecto, los resultados obtenidos y los análisis que se derivaron de la información registrada durante todo el proceso.

Privacidad y confidencialidad: El proceso es estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Derecho a retirarse del estudio de investigación: Puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio, a menos que usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos.

Las preguntas o dudas sobre los derechos como participante en este proyecto pueden dirigirse a la Lic. Patricia Zamudio, Hospital Regional “Gral. Ignacio Zaragoza”, ISSSTE.

Investigadores principales:

Psic. Sandra Nayeli Vergara Aguirre, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Psic. Omar Arturo Chavarría Santiago, Facultad de Psicología, UNAM.

Afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus 2 con y sin retinopatía

Coping in type 2 diabetes mellitus patients with and without retinopathy

Francisco Javier Rosas-Santiago¹, Ana Delia López-Suárez¹
y Samantha Jiménez-Herrera²

Citación: Rosas-Santiago, F.J., López-Suárez, A.D. y Jiménez-Herrera, S. (2019). Afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus 2 con y sin retinopatía. *Psicología y Salud*, 29(2), 219-224.

RESUMEN

Aun cuando se sabe que la forma en que los pacientes con diabetes mellitus 2 hacen frente al estrés repercute en su salud, no se ha estudiado la relación entre el afrontamiento y la retinopatía diabética. Esta investigación, hecha con una muestra por conveniencia de 42 sujetos, tuvo como objetivo comparar mediante autoinforme las estrategias de afrontamiento del estrés reportadas por pacientes diabéticos con y sin retinopatía. En grupos equivalentes en tamaño, años de aparición de la enfermedad y otros datos generales, como sexo, edad, escolaridad y estado civil, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la estrategia de afrontamiento denominada expresión emocional, la cual empleaban con mayor frecuencia los pacientes sin retinopatía. Este importante hallazgo abre una ventana de oportunidad para seguir explorando el papel del afrontamiento en el curso y evolución de las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus 2. Se discuten las implicaciones de los hallazgos para la práctica clínica.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento; Expresión emocional; Retinopatía diabética.

ABSTRACT

There is currently little or no specific research on the relationship between coping and diabetic retinopathy, even though it is known that stress coping by these patients is associated to the course and evolution of the disease. The present study used a convenience sample of 42 participants with diabetes mellitus type 2, in order to compare the stress-coping skills of patients with and without diabetic retinopathy, through a self-report inventory. Groups were equivalent in size, years with the disease, and such characteristics, as sex, age, schooling, and marital status. Results revealed statistically significant differences in coping through emotional expression: patients without retinopathy used this strategy more frequently than those with it. This finding is important in the sense that it opens a new window of opportunity to explore the role of coping in the progression of type 2 diabetes and its complications. Some implications of these findings for clinical practice are discussed.

Key words: Coping skills; Emotional expression; Diabetic retinopathy.

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-00, ext. 13219, correo electrónico: frrosas@uv.mx. Artículo recibido el 12 de junio y aceptado el 17 de septiembre de 2018.

² Universidad de Xalapa, Carr. Xalapa-Veracruz Km 2, Núm. 341, Col. Acueducto Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., tel. (228)841-72-25.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2 en lo sucesivo) es un trastorno metabólico crónico que se caracteriza por concentraciones elevadas y persistentes de glucosa en la sangre, consecuencia de deficiencias o alteraciones en la acción de la insulina en el organismo (Escobar et al., 2000). La proporción de adultos mexicanos con diagnóstico médico de DM2 es de 9.2%, por lo que se considera un problema de salud pública (Gutiérrez et al., 2012) que muy probablemente crecerá en las próximas décadas (Fernández, Martínez, Martínez, Benedi y Traver, 2015), lo que obliga a emprender diversas acciones para su prevención y atención desde la perspectiva de diversas disciplinas, como la medicina, la psicología y la sociología, entre otras.

El buen manejo de la DM2 consiste en mantener los niveles adecuados de glucosa en la sangre, mismos que se ven afectados por aspectos metabólicos que dependen en gran medida de los hábitos de vida saludable del paciente (Covarrubias, Delgado, Rojas y Coria, 2017; Fernandez et al., 2015), mismos que incluyen comportamientos tales como un ejercicio regular, alimentación adecuada y manejo efectivo del estrés (García, Rodríguez, Rentería, Rodríguez y Melchor, 2016). Cuando no se le controla, la DM2 afecta gravemente distintos sistemas del organismo, todos ellos asociadas al daño vascular. La retinopatía diabética (RD en adelante) es la complicación más frecuente en pacientes con DM2; se trata de una lesión oftalmológica prevenible que se estima como una de las principales causas de ceguera en esta población (Rodríguez, 2015).

La psicología desempeña un papel fundamental en la comprensión de comportamientos ligados al curso y evolución de la DM2, pues a partir del diagnóstico de la enfermedad las personas deben desarrollar comportamientos de autocuidado durante toda la vida, lo que desencadena un proceso de adaptación a las actividades de la vida diaria y la necesidad de tener información y conocimientos sobre el manejo de la enfermedad que les haga posible su control efectivo (Romero, Dos Santos, Martins y Zanetti, 2010).

Las estrategias de afrontamiento ante el estrés se hallan entre los factores psicológicos aso-

ciados a la diabetes más estudiados (Hara et al., 2014), mismas que son definidas como los “procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984, p. 141).

De manera general, tales estrategias se clasifican en dos grandes grupos: las activas, que consisten en un conjunto de conductas realizadas por el individuo con el propósito de modificar la situación estresante, y las pasivas, que consisten en acciones de regulación cognitiva y emocional cuyo fin es reducir el estrés percibido (Lazarus y Folkman, 1991).

En la población de pacientes con DM2 las estrategias de afrontamiento activo están relacionadas con una mejor regulación de los niveles de glucosa en sangre (Huang et al., 2016) y una adecuada adherencia al tratamiento médico (Azzollini, Bail, Vidal, Benvenuto y Ferrer, 2015). A su vez, las estrategias de afrontamiento pasivo se relacionan con menores índices de estrés asociado con la enfermedad (Yazla et al., 2018) y con menos problemas de convivencia social en los grupos de pertenencia (Nishio y Chujo, 2017); sin embargo, la relación que existe entre el afrontamiento y los daños al organismo asociados a la DM2 se ha explorado escasamente.

Dada la importancia de los factores comportamentales en el desarrollo de la RD en pacientes con DM2, se hace necesario explorar las formas en que el afrontamiento del estrés podría asociarse con dicha condición. Por ello, el propósito de esta investigación cuantitativa, transversal, no experimental y comparativa de dos grupos fue contrastar las estrategias de afrontamiento del estrés en pacientes con DM2 con y sin RD.

MÉTODO

Participantes

La muestra por conveniencia estuvo conformada por 42 pacientes de 30 a 80 años de edad ($M = 63.1 \pm 8.9$) con diagnóstico confirmado de DM2, sometidos a exploración oftalmológica el mismo día en

que se aplicaron los instrumentos, que aceptaron participar en el estudio y que respondieron los cuestionarios. Esta muestra se dividió en dos grupos de 21 pacientes: con y sin RD. Para no afectar la variable de afrontamiento, se excluyó del estudio a aquellos que refirieron algún antecedente psiquiátrico y a quienes se encontraban en algún proceso de psicoterapia.

Instrumentos

Cuestionario elaborado ex profeso de datos generales, que incluyó la edad, el sexo, el estado civil, la escolaridad y el tiempo de padecer DM2.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano, Rodríguez y García, 2007). Este instrumento consta de 40 reactivos que miden la frecuencia de uso de ocho estrategias de afrontamiento en una escala de 0 (“En absoluto”) a 4 (“Totalmente”), en subescalas con cinco reactivos cada una (M teórica = 10.0 ± 1.0) denominadas del modo siguiente: *Resolución de problemas*: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; *Reestructuración cognitiva*: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; *Apoyo social*: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; *Expresión emocional*: estrategias para liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; *Evitación de problemas*: estrategias que incluyen la negación y la evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; *Pensamiento desiderativo*: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; *Retirada social*: estrategias que se emplean para alejarse de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante, y *Autocrítica*: estrategias basadas en culparse y criticarse a sí mismo por la ocurrencia de la situación estresante o por su manejo inadecuado.

En población mexicana, la confiabilidad de todas las subescalas fluctuó entre .70 y .86, siendo de .81 la de escala general (Quiroz, Méndez, Valero y Trujano, 2010).

Procedimiento

Una vez que las autoridades del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la ciudad de Xalapa (México) evaluaron el proyecto de investigación, autorizaron su desarrollo en el módulo de atención del Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas, que brinda atención multidisciplinaria para evitar el desarrollo de complicaciones asociadas con la diabetes, incluida la RD.

La conformación de la muestra se llevó a cabo una vez que el personal médico realizaba la exploración oftalmológica de rutina a los pacientes como parte de la valoración médica integral. Dicho personal informaba a los pacientes si sufrían o no alguna complicación en la retina, tras de lo cual los invitaban a acudir al consultorio de atención psicológica del módulo. Una vez allí, se les invitaba a participar en el estudio. Quienes aceptaban, firmaban un formato de consentimiento informado en el que indicaban si habían recibido o no un diagnóstico de RD, tras de lo cual dicho diagnóstico era corroborado por el médico a cargo.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera individual, y un psicólogo del equipo de investigación auxilió a los participantes para su correcto llenado. Los datos fueron colectados a lo largo de cinco meses. Los pacientes que participaron recibieron los resultados de la evaluación y asesoría psicológica a quienes la solicitaron.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y psicológicos a través del cálculo de frecuencias, medias y desviaciones estándar. Para la estadística inferencial, se hicieron pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, y para comparar las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento entre ambos grupos se utilizó estadística no paramétrica con la prueba U de Mann-Whitney y la chi cuadrada, empleando para ello el software SPSS, v. 13.0. El nivel de confianza obtenido fue de .95 en todos los casos.

RESULTADOS

Se realizó la prueba de normalidad para las variables numéricas; al hallarse que no se distribuían

normalmente, se emplearon las técnicas no paramétricas. Se compararon los grupos en cuanto a sus características generales, comprobándose su equivalencia, tal como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de características sociodemográficas y tiempo de padecimiento.

CARACTERÍSTICAS	Sin RD n = 21		Con RD n = 21		p
	M	D.E.	M	D.E.	
<i>Tiempo en años de padecer diabetes</i>	7.9	6.6	4.4	3.5	.08+
<i>Años de edad</i>	62.2	9.9	64.1	7.9	.51+
<i>Sexo</i>					
Hombres	13		8		.54++
Mujeres	10		11		
<i>Estado civil</i>					
Solteros	1		2		.27++
Unión libre	4		3		
Casados	10		15		
Divorciados	1		0		
Viudos	5		1		
<i>Escolaridad</i>					
Primaria	4		6		.29++
Secundaria	4		5		
Preparatoria	2		0		
Técnico profesional	0		2		
Licenciatura	11		8		

Nota: + U Mann-Whitney; ++ Chi cuadrada.

Se realizó asimismo una comparación de las puntuaciones reportadas sobre el uso de las distintas estrategias de afrontamiento del estrés por ambos grupos. Únicamente se encontró una diferencia esta-

dísticamente significativa en la relativa a la expresión emocional, como puede verse en la Tabla 2. En efecto, los pacientes sin RD utilizaban más dicha estrategia que los pacientes con ella.

Tabla 2. Diferencias intergrupales para las subescalas de afrontamiento.

Estrategia de afrontamiento	Sin RD n = 21		Con RD n = 21		p
	M	D.E.	M	D.E.	
Resolución de problemas	13.6	6.4	13.4	3.7	.88
Reestructuración cognitiva	14.4	5.3	13.3	4.1	.47
Apoyo social	12.1	5.5	11.4	5.3	.67
Expresión emocional	13.4	5.0	9.9	5.3	.03
Evitación de problemas	8.4	5.2	6.7	5.3	.31
Pensamiento desiderativo	13.5	5.2	13.6	5.3	.93
Retirada social	7.0	5.5	5.4	4.5	.29
Autocrítica	5.4	5.7	6.6	6.4	.54

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación hecha en una población de pacientes con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 indican que, al controlar el efecto de las variables sociodemográficas relativas al sexo, edad, estado civil, escolaridad y tiempo de padecer la enfermedad, la estrategia de afrontamiento ante el estrés denominada “expresión emocional” tuvo una frecuencia estadísticamente mayor ($p = .03$) en pacientes sin retinopatía diabética que en quienes la padecían.

Pese a que Jaser, Patel, Xu, Tamborlane y Grey (2017) afirman que el afrontamiento ante el estrés no está relacionado con la evolución de la diabetes mellitus tipo 2, los resultados de este trabajo coinciden con los de otros estudios que muestran los beneficios del afrontamiento pasivo (incluyendo la expresión emocional) en la población de pacientes. Por ejemplo, se ha hallado que esta estrategia de afrontamiento se asocia con una mayor estabilidad de los niveles de glucosa en sangre (Sürücü, Besen, Duman y Yeter, 2018), menos problemas emocionales (Yazla et al., 2018), percepción mayor de apoyo social (Ramkisson, Pillay y Sibanda, 2017) y mejor adaptación a los cambios en el tratamiento farmacológico (Kokoszka, 2017).

Particularmente, debe destacarse que si el afrontamiento pasivo, mediante el cual la persona regula cognitiva y emocionalmente lo que le acontece (Lazarus y Folkman, 1991), estabiliza los niveles de glucosa en la sangre (Sürücü et al., 2018), podría suponerse que tiene una probabilidad menor de desarrollar los efectos de la enfermedad al controlar los índices glucémicos.

Una posible explicación de estos hallazgos consiste en la posibilidad de que la expresión de las emociones negativas alivie su intensidad y, por lo tanto, disminuya el estrés. El hecho de que los pacientes manifiesten menos problemas emocionales (Yazla et al., 2018) puede sugerir que hacen un empleo más frecuente de estrategias de afrontamiento para liberar las emociones y disminuir

así el estrés que ciertas situaciones les provocan (Cano et al., 2007).

Por otra parte, está comprobado que cuando los individuos inhiben activamente la expresión emocional, tienen un mayor riesgo de experimentar problemas de salud asociados a una respuesta fisiológica desregulada (Berry y Pennebaker, 1993). En el caso del presente estudio, la inhibición de las emociones está asociada a la retinopatía diabética, una complicación de la diabetes mellitus tipo 2, probablemente porque mantener el estrés en niveles altos provoca índices glucémicos elevados y, por ende, una mayor cantidad de enfermedades secundarias a este padecimiento.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el empleo de una muestra no representativa y conformada por conveniencia, y no haber incluido diversos factores, tales como el nivel glucémico de los participantes, la frecuencia e intensidad de los estresores y la adherencia al tratamiento, entre otros de índole psicosocial. Dado lo anterior, se sugiere que en futuros estudios se incluya la evaluación de la influencia de tales aspectos.

El hallazgo que relaciona una estrategia de afrontamiento con la complicación médica de una enfermedad crónico-degenerativa es pionero en el problema abordado; de hecho, tras llevar a cabo una extensa revisión bibliográfica no se encontraron estudios al respecto, por lo que constituye la base de futuros análisis a través de los cuales se pueda llevar a cabo la exploración de diversas variables psicológicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y distintas comorbilidades, a fin de comprender los mecanismos psicológicos de ajuste al proceso de la enfermedad, lo que podría traducirse en intervenciones efectivas, basadas en evidencia, que promuevan el bienestar subjetivo y físico de dicha población. En tal sentido, podrían considerarse los resultados de este trabajo para que la intervención médica integral incluya aspectos psicológicos en los que los pacientes con DM2 expresen sus emociones a través del diálogo o de actividades artísticas.

REFERENCIAS

- Azzollini, S., Bail, V., Vidal, V., Benvenuto, A. y Ferrer, L. (2015). Diabetes tipo 2: Depresión, ansiedad y su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas para la adhesión al tratamiento. *Anuario de Investigaciones*, 22, 287-291.
- Berry, D.S. y Pennebaker, J.W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59(1), 11-19.
- Cano, F.J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Covarrubias, T., Delgado, I., Rojas, D. y Coria, M. (2017). Tamizaje en el diagnóstico y prevalencia de retinopatía diabética en atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 145(5), 564-571.
- Escobar M., C., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42(1), 56-64.
- Fernandez L., C., Martinez M., A., Martinez R., A., Benedi, J.M. y Traver, V. (2015). Diabetes care related process modelling using process mining techniques. Lessons learned in the application of interactive pattern recognition: Coping with the spaghetti effect. *Proceedings of the Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, 2127-2130. doi: 10.1109/EMBC.2015.73188009.
- García, J.C., Rodríguez M., D.L., Rentería, A., Rodríguez N., Y. y Melchor, J. (2016). Algunas reflexiones acerca de las aportaciones psicológicas en el control y regulación de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19, 622-639.
- Gutiérrez J., P., Rivera D., J., Shamah L., T., Villalpando H., S., Franco, A., Cuevas N., L., Romero M., M. y Hernández Á., M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hara, Y., Hisatomi, M., Ito, H., Nakao, M., Tsuboi, K. y Ishihara, Y. (2014). Effects of gender, age, family support, and treatment on perceived stress and coping of patients with type 2 diabetes mellitus. *Biopsychosocial Medicine*, 15, 8-16. doi: 10.1186/1751-0759-8-16.
- Huang, C.Y., Lai, H.L., Lu, Y.C., Chen, W.K., Chi, S.C., Lu, C.Y. y Chen, C.I. (2016). Risk factors and coping style affect health outcomes in adults with type 2 diabetes. *Biology Research for Nursing*, 18, 82-89. doi: 10.1177/1099800415569845.
- Jaser, S.S., Patel, N., Xu, M., Tamborlane, W.V. y Grey, M. (2017). Stress and coping predicts adjustment and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(1), 30-38. doi: 10.1007/s12160-016-9825-5.
- Kokoszka, A. (2017). Treatment adherence in patients with type 2 diabetes mellitus: correlates with different coping styles, low perception of self-influence on disease, and depressive symptoms. *Patient Preference and Adherence*, 11, 587-595. doi: 10.2147/PPA.S124605.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Nishio, I. y Chujo, M. (2017). Self-stigma of patients with type 1 diabetes and their coping strategies. *Yonago Acta Medica*, 60(3), 167-173.
- Quiroz, C., Méndez, P., Valero, C.Z. y Trujano, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Ramkisson, S., Pillay, B.J. y Sibanda, W. (2017). Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 9(1), s.p. doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1405.
- Rodríguez, B. (2015). Prevención de ceguera por retinopatía diabética: ¿Dónde estamos? *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(1), 119-128.
- Romero, I., Dos Santos, M., Martins, T. y Zanetti, M. (2010). Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18(6), 1-9.
- Sürücü, H.A., Besen, D.B., Duman, M. y Yeter, E. (2018). Coping with stress among pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Caring Sciences*, 7(1), 9-15. doi: 10.15171/jcs.2018.002.
- Yazla, E., Karadere, M.E., Küçükler, F.K., Karşıdağ, Ç., İnanç, L., Kankoç, E., Dönertaş, M. y Demir, E. (2018). The effect of religious belief and forgiveness on coping with diabetes. *Journal of Religion and Health*, 57, 1010-1019. doi: 10.1007/s10943-017-0504-z.

VARIABLES SALUTOGÉNICAS Y PATOGÉNICAS, IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Salutogenic and pathogenic variables, body image, and health-related quality of life in breast cancer patients

Shirley Franco¹, María Alejandra Zuluaga¹, Stefano Vinaccia¹,
Rosangela Raleigh¹ y Gustavo Martínez²

Citación: Franco, S., Zuluaga, M.A., Vinaccia, S., Raleigh, R. y Martínez, G. (2019). Variables salutogénicas y patogénicas, imagen corporal y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama. *Psicología y Salud*, 29(2), 225-235.

RESUMEN

La presente investigación tuvo el objetivo de evaluar la relación de variables salutogénicas (resiliencia y esperanza), patogénicas (ansiedad y depresión), calidad de vida relacionada con la salud e imagen corporal en 50 mujeres con edades comprendidas entre 24 y 70 años, diagnosticadas con cáncer de mama, atendidas en el Instituto Médico de Alta Tecnología, en Montería, Colombia. Se utilizó una batería compuesta por un cuestionario de datos sociodemográficos, las escalas de Imagen Corporal, de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y de Resiliencia de Connor-Davidson, el Índice Herth de Esperanza y el Cuestionario de Salud. Los resultados indican que las pacientes mostraron niveles no significativos de ansiedad y depresión, y óptimos de resiliencia y esperanza, así como una adecuada imagen corporal y una calidad de vida que osciló entre buena y bastante favorable. Por último, se encontraron relaciones que demuestran que las variables salutogénicas y patogénicas, en conjunto con la imagen corporal, se asocian con la calidad de vida relacionada con la salud de dichas pacientes.

Palabras clave: Cáncer de mama; Calidad de vida; Resiliencia psicológica; Depresión; Imagen corporal.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the link between “salutogenic” (resilience and hope) and pathogenic variables (anxiety and depression) with health-related quality of life and body image in 50 patients aged 24 to 70 years, diagnosed with breast cancer, attending the “Instituto Médico de Alta Tecnología”, in Montería, Colombia. A sociodemographic questionnaire and the following five instruments were applied: the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Connor-Davidson Resilience Scale, the Herth Hope Index, the Short Form-36 Health Survey, and the Body Image Scale. The results showed no significant levels of anxiety and depression as well as optimal levels of resilience and hope, adequate body image, and quality of life ranging between good and very favorable. Finally, significant correlations between salutogenic and pathogenic variables, along with body image, are associated with health-related quality of life in these patients.

Key words: Breast cancer; Quality of life; Psychological resilience; Depression; Body image.

¹ Programa de Psicología, Universidad del Sinú, Carrera 1w-No.38-53, Montería, Córdoba, Colombia, tel. (0057)181-17-17, correos electrónicos: shirleyfranco@hotmail.com, zuluaga.maria@outlook.com, vinalpi47@hotmail.com y rosangela.raleigh@gmail.com. Artículo recibido el 20 de junio y aceptado el 26 de septiembre de 2018.

² Instituto Médico de Alta Tecnología Oncológica, Carrera 6, Núm. 72-34, Montería, Córdoba, Colombia, tel. (0057)785-43-44.

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2018), el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En Latinoamérica, el de mama es el tipo de cáncer más frecuente, y casi 300 mil mujeres mueren anualmente por esta enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 2018). En Colombia, según cifras dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017a), fue la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres, con un total de 2,381 decesos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b). Además, las cifras de diagnósticos de este padecimiento aumentan anualmente. Se observan alrededor de 8,686 casos cada año, en su mayoría en las grandes ciudades del país, lo que hace que sea el principal tipo de cáncer y que se profile como un grave problema de salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b).

Depresión y ansiedad

Recibir un diagnóstico de cáncer de mama es considerado como un evento vital estresante de alto impacto, al igual que el de todas las enfermedades oncológicas (Montalvo et al., 2016). Se estima que un tercio de los pacientes afrontan problemas psicológicos, como ansiedad y depresión (Fradelos et al., 2017). Al respecto, Reich, Lesur y Pedrizet (2008), en una revisión sistemática de la literatura sobre depresión, calidad de vida y cáncer de mama, encontraron que la depresión se diagnostica muchas veces erróneamente y que se le atiende de manera insuficiente en la población con ese tipo de cáncer. Los factores de riesgo de la depresión pueden estar asociados a la fatiga y a las actitudes cognitivas de desesperanza y resignación. Además, el deterioro de la imagen corporal debido a la quimioterapia, radioterapia, mastectomía y sus secuelas en la sexualidad genera tasas elevadas de trastornos del estado de ánimo.

Imagen corporal

En la cultura occidental, la imagen corporal parece estar basada en la juventud y el atractivo físico. Este énfasis puede eclipsar otros atributos perso-

nales (Taub, Blinde y Greer, 1999). La importancia dada al cuerpo puede tener un efecto negativo en las personas con amputaciones, especialmente en la percepción del propio cuerpo (Sousa, Corredeira y Pereira, 2009). El estigma social y la ansiedad por tener una imagen corporal diferente tienden a estar asociados a un ajuste pobre en términos de una mayor restricción de actividad, y depresión y ansiedad generalizadas (Horgan y MacLachlan, 2004).

En España, Rincón, Pérez, Borda y Rodríguez (2012) analizaron en 72 pacientes si el nivel de satisfacción con el resultado estético, la autoestima o la imagen corporal diferían según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria). En general, las pacientes reconstruidas mostraron una mayor satisfacción, más autoestima y un menor deterioro de su imagen corporal.

Resiliencia

Sin embargo, el predominio del efecto negativo que implican las condiciones desfavorables de salud o el deterioro funcional no excluyen la existencia de emociones positivas, como la alegría, la gratitud, el interés, la serenidad y el orgullo. De hecho, los efectos fisiológicos y psicológicos nocivos de los problemas médicos de tipo crónico pueden verse mitigados por esas emociones (Angner, Gandhi, Williams-Purvis, Amante y Allison, 2013; Angner, Ray, Saag y Allison, 2009), que además sirven de marcos protectores para la salud física y mental en esas condiciones, tal como lo establece la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas (Fredrickson, 2001; Garaigordobil, 2015). En efecto, las emociones positivas guardan una sólida relación con la capacidad de recuperación psicológica. Las personas que obtienen puntuaciones altas en resiliencia se caracterizan por una emotividad positiva y tienen un enfoque más activo acerca de la vida, son más curiosas y están más abiertas a nuevas experiencias (Tugade, Fredrickson y Feldman, 2004).

En Estados Unidos, Ong, Zautra y Reid (2010) llevaron a cabo una investigación para examinar el papel de la resiliencia psicológica y las emociones positivas en la experiencia cotidiana del catastrofismo ante el dolor. Una muestra de 95

hombres y mujeres con dolor crónico completaron evaluaciones iniciales de neuroticismo y resiliencia psicológica, así como un cuestionario de datos demográficos, tras de lo cual redactaron diarios breves durante catorce días consecutivos sobre la intensidad del dolor, el catastrofismo y las emociones positivas y negativas experimentadas. Los análisis de modelos multinivel indicaron que, independientemente del nivel de neuroticismo, las emociones negativas, la intensidad del dolor, los ingresos económicos y la edad, las personas con una alta resiliencia informaron tener más emociones positivas y exhibieron un catastrofismo de dolor más bajo que aquéllas con baja resiliencia. Los análisis revelaron además que los individuos psicológicamente resilientes se recuperan de la catatrazificación diaria ocasionada por el dolor a través de experiencias emocionales positivas.

Esperanza

Otra variable positiva que se ha estudiado frecuentemente en esta área es la esperanza, un importante recurso psicológico para personas con enfermedades crónicas que se considera esencial para la vida (Eliott y Oliver, 2009). La esperanza puede definirse como un estado de motivación positiva basado en tres componentes: objetivos a alcanzar, estrategias para alcanzar esos objetivos y motivación para hacerlo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En diferentes estudios se ha hallado evidencia de los efectos positivos que tiene la esperanza sobre la salud. En general, las personas con más esperanza tienen menos probabilidades de ser diagnosticadas con enfermedades del aparato respiratorio (Richman et al., 2005), muestran mejoras en la adhesión terapéutica y en sus estilos de vida mientras están en procesos de rehabilitación (Halding y Heggdal, 2012), y tienen una menor probabilidad de que reaparezcan en ellas los síntomas de ciertas enfermedades crónicas (Waynor, Gao, Dolce, Haytas y Reilly, 2012).

Calidad de vida

Tanto la resiliencia psicológica como la esperanza tienen relación con otras variables importantes en las pacientes con cáncer de mama, como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS en lo su-

cesivo), la que se ve afectada no únicamente por las características de la enfermedad, sino también por diversos factores sociodemográficos, laborales, clínicos y psicosociales. Por ejemplo, Ristevska-Dimitrovska, Stefanovski, Smichkoska, Raleva y Dejanova (2015) evaluaron la calidad de vida y la resiliencia en 218 pacientes macedonias con cáncer de mama mediante los instrumentos EORTC-QLQ Core 30 y EORTC QLQ-BR23 para la primera variable, y el CD-RISC 10 para la segunda. Sus resultados muestran que la resiliencia se asocia con diferentes dimensiones de la CVRS, pues todas las puntuaciones de las escalas funcionales del EORTC QLQ correlacionaron negativamente con ella.

En China, Zhang, Zhao, Cao y Ren (2017) aplicaron la escala de resiliencia CD-RISC 10, la escala MOS de apoyo social y el cuestionario de calidad de vida FACT-B a una muestra de 98 pacientes. Se encontró que las participantes con mayor apoyo social mostraron una mayor capacidad de recuperación y una mejor calidad de vida. El apoyo social desempeña, pues, un rol mediador en la relación entre la resiliencia y la calidad de vida.

En Colombia se han hecho estudios sobre la calidad de vida en general de pacientes con cáncer de mama (Pineda, Andrade y Montoya, 2013; Salas y Grisales, 2010), tanto en los diferentes estadios de la enfermedad (Aguirre, Núñez, Navarro y Cortés, 2017), como en su relación con el apoyo social (Martínez, 2018).

A partir de lo anterior, y ante la escasa investigación que hay en el país sobre la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y su relación con otras variables psicológicas importantes, se propuso como objetivo del presente estudio evaluar la concordancia de las variables salutogénicas (resiliencia y esperanza) y patogénicas (ansiedad y depresión) con la CVRS y la imagen corporal en una muestra de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, residentes en la ciudad de Montería (Colombia).

MÉTODO

Participantes

El presente estudio se realizó con 50 mujeres mediante un muestreo no probabilístico por conve-

niencia. Los criterios de inclusión fueron tener un diagnóstico de cáncer de mama, estar siendo atendidas en el Instituto Médico de Alta Tecnología en la referida ciudad y encontrarse en tratamiento durante la aplicación de los instrumentos.

Instrumentos

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Diseñada por Zigmond y Snaith (1983), la versión en español fue adaptada y validada en pacientes colombianos por Rico, Restrepo y Molina (2005). El coeficiente alfa de Cronbach original de 0.85 fue en el presente estudio de 0.67. Para la validez de constructo se empleó el análisis factorial exploratorio, que dio dos factores, tal como corresponde a las dos subdimensiones de la escala. Es este un cuestionario autoaplicado que consta de catorce ítems que se califican en una escala Likert con recorrido de 0 a 3. Está dividido en dos subescalas: ansiedad y depresión. Los ítems impares evalúan la primera y los pares la segunda. El rango de puntuación en cada subescala es de 0-21, donde a mayor puntaje, mayor ansiedad o depresión.

Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10). En la versión reducida de diez ítems, esta escala, desarrollada por Campbell-Sills y Stein (2007) y adaptada al español por Notario et al. (2011), fue validada por Riveros, Bernal, Bohórquez, Vinaccia y Quiceno (2016) en enfermos crónicos colombianos. Tiene cinco opciones de respuesta tipo Likert en un rango que va de 0 a 4 puntos, y un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82, que en el presente estudio fue de 0.84. Se encontró una adecuada validez de constructo y concordancia con la estructura de la escala original. Las puntuaciones por debajo de 27 se consideran bajas, y altas por encima de 36.

Herth Hope Index (HHI). Es la versión reducida de The Herth Hope Scale (HHS), desarrollada por Herth (1991) y validada en español por Castilla, Urruti, Shimabukuro y Caycho (2014) en Perú. Consta de diez ítems que se evalúan en una escala Likert de cuatro opciones. La puntuación total máxima es de 40 puntos, y una mayor puntuación indica un mayor nivel de esperanza. La escala tiene

una consistencia interna de 0.85, aunque en este estudio fue de 0.81.

Medical Outcomes Study-Short Form 36 (MOS-SF 36). Diseñado por Ware y Sherbourne, (1992), su adaptación al español fue hecha por Alonso, Prieto y Antó (1995) y Alonso et al. (1998), y validada para la población adulta colombiana por Lugo, García y Gómez (2006). Este cuestionario consta de 36 ítems que se responden asimismo en una escala Likert. Sus ítems se dividen en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además, se organiza en dos índices sumarios: uno para salud física y otro para salud mental. Su fiabilidad se encuentra entre 0.80 y 0.92 en sus diferentes dimensiones, pero en el presente estudio se ubicó entre 0.57 y 0.89. El punto de corte es de 50; por encima de este puntaje se considera que hay estados positivos de salud, y estados negativos por debajo de ese número.

Body Scale Inventory (BSI). La Escala de Imagen Corporal fue elaborada por Hopwood, Fletcher, Lee y Al Ghazal (2001), y Gómez, Bragado, Hernández y Sánchez (2015) la adaptaron al español. Está compuesta por diez ítems en formato Likert que va de 0 (“en absoluto”) a 3 (“mucho”). La puntuación total se ubica en un rango de 0 a 30 puntos, en el que las puntuaciones de 0 representan la ausencia de síntoma, y las elevadas una tendencia a la alteración de la imagen corporal. El coeficiente alfa de Cronbach de la escala, de 0.93, fue en este estudio de 0.84.

Procedimiento

Luego del aval otorgado por los comités éticos del Instituto Médico de Alta Tecnología (IMAT) y de la Universidad del Sinú, se llevó a cabo la selección de pacientes por conveniencia y según los criterios de inclusión establecidos. Así pues, a las pacientes que padecían cáncer de mamá y acudían a quimioterapia en las instalaciones del IMAT de la mencionada localidad se les informaron los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento para participar. A fin de preservar su integridad, la confidencialidad de los datos y el

respeto a su dignidad, todo lo anterior se hizo bajo las normas de la Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogos (International Union of Psychological Science, 2008), la Declaración de Helsinki de la AMM sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (World Medical Organization, 2013) y el Código de Conducta y Principios Éticos para Psicólogos de la American Psychological Association (2017).

Una vez obtenido su consentimiento, se hizo el llenado de la ficha de datos sociodemográficos y se aplicó a las participantes la batería de pruebas compuesta por los cinco instrumentos citados (HADS, MOS-SF 36, HHI, CD-RISC 10 y BSI), lo que tuvo una duración aproximada de 30 minutos por cada paciente; luego se llevó a cabo la transcripción y el procesamiento de los datos utilizando el programa IBM SPSS, versión 23; por último, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de los puntajes de las pruebas y correlaciones, para lo cual se utilizó la prueba Shapiro-Wilk para determinar la normalidad de la distribución de las puntuaciones. De acuerdo a los resultados, se procedió a utilizar el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 50 pacientes de entre 24 y 70 años, con una edad media de 50.42 años y una desviación típica de 11.28. El tiempo mínimo transcurrido desde el diagnóstico fue de 2 meses y el máximo de 180. En la Tabla 1 se muestran los porcentajes y frecuencias de las características analizadas, esto es, el estadio de la enfermedad, las cirugías a que habían sido sometidas las participantes, su nivel educativo, ocupación y estado civil, y en la Tabla 2 las medidas de tendencia central (media y desviación típica) y los puntajes mínimos y máximos de cada uno de los instrumentos utilizados en el estudio.

En relación al HADS, los valores de las medias y las desviaciones típicas indican que, en general, la muestra no manifestaba síntomas clínicos de ansiedad o depresión, según los estándares de referencia de la escala en su versión colombiana (Rico et al., 2005), que indican puntos de corte de

8 y 9 para determinar la presencia de ansiedad y depresión hospitalarias, respectivamente.

Tabla 1. Características generales de la muestra estudiada de pacientes con cáncer.

Caracterización	%	N
Estadio de la enfermedad		
I	2	1
II	58	29
III	40	20
Cirugías		
Cuadrantectomía	22	11
Mastectomía simple	10	5
Mastectomía radical	28	14
Nivel educativo		
Primaria	22	11
Secundaria	28	14
Técnica	24	12
Licenciatura	16	8
Posgrado	10	5
Ocupación		
Amas de casa	62	31
Empleadas	24	12
Trabajadoras independientes	8	4
Jubiladas	4	2
Desempleadas	2	1
Estado civil		
Solteras	10	5
Casadas	28	14
Divorciadas o separadas	30	15
Unión libre	28	14
Viudas	4	2

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de las variables bajo estudio.

Instrumentos	M	D.T	Mín.	Máx.
HADS: Ansiedad	4.26	3.09	0	12
HADS: Depresión	2.80	2.61	0	12
HHI: Esperanza	34.72	3.25	24	40
CD-RISC 10: Resiliencia	32.88	5.54	17	40
BIS: Imagen corporal	3.46	4.03	0	17
MOS-SF 36: Calidad de vida relacionada con la salud				
Función física	91.40	16.32	10	88
Rol físico	36.50	38.20	0	100
Dolor corporal	70.28	26.95	0	100

Continúa...

Salud general	74.64	17.55	37	100
Vitalidad	71.80	17.13	35	100
Función social	71.48	24.84	0	100
Rol emocional	76.00	38.73	0	100
Salud mental	75.28	18.26	24	100
Índice sumario físico	65.66	17.34	28	97
Índice sumario mental	73.82	17.51	35	98

En cuanto a la resiliencia, las pacientes obtuvieron por lo común puntuaciones promedio según los puntos de corte señalados, y respecto a la esperanza, esos puntajes fueron superiores a 20, que

se espera sea la media en la escala Likert que se utiliza para responder el instrumento.

Con relación a la escala BIS, donde una mayor puntuación implica una mayor alteración de la imagen corporal, la media de 3.46 se ubica muy por debajo de los puntajes medios planteados por Hopwood et al. (2001) para pacientes de cáncer de mama, cuya media es de 8.07. Respecto al MOS-SF 36, que evalúa la CVRS, hubo puntajes por encima de 50 en todas las dimensiones, con excepción del rol físico, que fue de 36.50 (Tabla 3).

Tabla 3. Pruebas de normalidad para puntuaciones del BIS, HADS, CD-RISC 10 y SF-36.

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Estadístico	Sig.	Estadístico	Sig.
Función física	0.451	0	0.255	0
Rol físico	0.238	0	0.809	0
Dolor corporal	0.165	0.002	0.899	0
Salud general	0.142	0.013	0.940	0.013
Vitalidad	0.134	0.025	0.963	0.115
Función social	0.147	0.009	0.910	0.001
Rol emocional	0.412	0	0.629	0
Salud mental	0.143	0.012	0.939	0.013
Índice sumario de salud física	0.105	.200*	0.972	0.287
Índice sumario de salud mental	0.138	0.019	0.921	0.003
Dolor corporal	0.208	0	0.881	0
Total CD-RISC 10	0.100	.200*	0.932	0.007
Total HHI	0.119	0.076	0.942	0.017
Total BIS	0.229	0	0.820	0
HADS ansiedad	0.113	0.129	0.947	0.026
HADS depresión	0.170	0.001	0.866	0

* Límite inferior de la significación verdadera.

Para la evaluación de la normalidad en la distribución de las puntuaciones se tomaron en cuenta los resultados de la prueba Shapiro-Wilk debido al tamaño de la muestra ($n = 50$). De acuerdo a estos, en todos los casos (exceptuando las dimensiones de vitalidad y el sumario de salud física) se rechazó el supuesto de normalidad y se concluyó que los valores no se ajustaban a una distribución de ese tipo, por lo que se procedió a utilizar el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar las relaciones entre variables, lo que se muestra en la Tabla 4.

El análisis de las correlaciones obtenidas al llevar a cabo las correlaciones de Spearman entre edad, tiempo de diagnóstico y las variables que evalúa el MOS-SF 36 evidencia que todas ellas fueron negativas, lo que indica que a mayor tiempo de diagnóstico, menor función física y resiliencia. Igualmente, la resiliencia mostró una correlación significativa y positiva con varias dimensiones de la calidad de vida, siendo las más robustas con vitalidad y con los índices sumarios de salud física y mental.

Tabla 4. Análisis de correlación rho de Spearman entre edad, tiempo de diagnóstico, BIS, HAD y CD-RISC 10 con CVRS.

		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Índice sumario de salud física	Índice sumario de salud mental
Rho de Spearman	Edad	-.246	.056	.281*	.217	.230	.045	.057	.155	.192	.141
	Tiempo de diagnóstico	-.451**	-.150	-.105	-.216	-.308*	-.117	-.145	-.111	-.313*	-.268
	Total_CD-RISC 10	.285*	.232	.439**	.343*	.516**	.335*	.340*	.328*	.485**	.475**
	Total_HHI	.110	.206	.380**	.372**	.354*	.394**	.493**	.388**	.411**	.535**
	Total_BIS	.079	-.238	-.345*	-.476**	-.395**	-.267	-.293*	-.472**	-.376**	-.514**
	HADS_ANS	.020	-.210	-.374**	-.523**	-.286*	-.245	-.509**	-.658**	-.365**	-.559**
	HADS_DEP	-.218	-.415**	-.471**	-.543**	-.571**	-.495**	-.567**	-.639**	-.637**	-.764**

* Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral).

La esperanza mostró correlaciones significativas positivas con las dimensiones de calidad de vida del MOS-SF 36, sobre todo con los índices sumarios de salud física y mental y el rol emocional, mientras que la imagen corporal las obtuvo también con el índice sumario de salud mental, salud general y salud mental.

Por último, tanto la ansiedad como la depresión correlacionaron significativamente en dirección negativa. La ansiedad se relacionó inversamente con salud mental, índice sumario de salud mental y salud general, mientras que la depresión lo hizo negativamente con todas las dimensiones, sobre todo con ambos índices sumarios y con salud general.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito evaluar la relación de las variables salutogénicas (resiliencia y esperanza) y patogénicas (ansiedad y depresión), calidad de vida relacionada con la salud e imagen corporal en 50 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama atendidas en el Instituto Médico de Alta Tecnología (IMAT) de Montería, Colombia. Con relación a la ansiedad y la depresión, en este estudio no se encontraron niveles clínicos de estas variables, según los puntos de corte para muestras de pacientes oncológicos colombianos hallados por Rico et al. (2005) en su validación del HADS en el país. Estos datos concuerdan con los de diferentes estudios hechos con

enfermos crónicos colombianos, en los que se han observado niveles bajos de emociones negativas, como lo ilustra la investigación de Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), pero difieren de los de Fradelos et al. (2017), y de los datos colombianos de Finck y Forero (2011) y Moreno, Krikorian y Palacio (2015), quienes hallaron niveles de depresión y ansiedad clínicamente significativos en pacientes oncológicos. Sin embargo, cabe aclarar que en esa última investigación se incluyeron pacientes con otros tipos de cáncer, adicionales al de mama, así como varones, quienes obtuvieron porcentajes más elevados en depresión y más bajos en competencia en relación con las mujeres.

Otra variable a tomar en cuenta en esos estudios es el estadio de la enfermedad. Se ha establecido en la literatura relativa al cáncer y a los trastornos afectivos que en estadios más avanzados se agudizan la ansiedad y la depresión (cf. Fradelos et al., 2017); sin embargo, las participantes en el presente estudio se encontraban en su mayoría en el estadio II, lo que podría explicar sus bajos niveles en ambas condiciones.

Respecto a la imagen corporal, las medias de las pacientes fueron muy inferiores a las encontradas en pacientes con cáncer de mama por Hopwood et al. (2001), autores de la escala BIS, y asimismo por Gómez et al. (2015), quienes hicieron la validación española, lo que significa que estas pacientes tuvieron niveles óptimos en lo que a esta variable se refiere, no obstante los diversos procedimientos quirúrgicos a los que se habían sometido y sus probables afectaciones de todo tipo,

y mantenían una buena percepción de sí mismas en cuanto a su imagen corporal. A este respecto, es importante recordar que 40% de las pacientes del presente estudio no se habían sometido a cirugías y que solo 22% de ellas habían sufrido una mastectomía radical, lo que puede haber favorecido dicha percepción positiva. Si bien Die-Trill y Die-Goyanes (2003) y Segura, García y Saúl (2014) señalan que las mujeres sometidas a cirugías conservadoras preservan mejor su imagen corporal que las que se someten a cirugías radicales, es importante señalar que el solo tratamiento sistemático con quimioterapia o radioterapia repercute también en la imagen corporal, la libido y la fertilidad de estas mujeres (Sebastián, 2003; Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

En cuanto a la variable de resiliencia medida con el cuestionario CD-RISC 10, la muestra alcanzó puntajes de medios a altos, al igual que en los estudios estadounidenses de validación del CD-RISC 10 en población general (Campbell-Sills y Stein, 2007) y en los hechos con pacientes con cáncer de mama (cf. Markovitz, Schrooten, Arntz y Peters, 2015; Scali et al., 2012).

En lo referente a la esperanza, los puntajes obtenidos en la presente investigación muestran niveles altos, según los puntos de corte hallados en el estudio de Heidari y Ghodusi (2015) en una muestra de cien mujeres iraníes con diagnóstico de cáncer de mama. La esperanza es esencial para los pacientes con cáncer en virtud de que los ayuda a lidiar con el diagnóstico y con los diferentes tratamientos (Balsanelli y Grossi, 2016). En el caso presente, los puntajes de las pacientes correlacionaron positivamente con las dimensiones de calidad de vida del MOS-SF 36, como vitalidad, rol emocional y los índices sumarios de salud física y mental. En un estudio con 213 mujeres chinas con cáncer de mama en que se utilizaron el CD-RISC 10 y el HHI como instrumentos para medir la resiliencia y la esperanza, respectivamente, se halló una correlación positiva entre ambas, siendo la última un factor predictor de la primera (Wu, Liu, Li y Li, 2016). En el presente estudio se encontraron las mismas relaciones positivas.

Finalmente, con relación a los resultados de CVRS medido con el MOS-SF 36, estos fueron de buenos a muy favorables en todas las dimensiones, así como en los índices sumarios de salud mental

y de salud física, mismos que son semejantes a los observados en algunas investigaciones hechas con enfermos de cáncer de mama, como las llevadas a cabo en China por Xiao et al. (2016) y en Corea por Lee, Min, Park y Jung (2012), aunque difieren de los hallados por Aguirre et al. (2017) en su estudio hecho en Colombia, en el que los puntajes de calidad de vida se ubicaron por debajo de 50 en todas las dimensiones físicas y mentales.

Llama la atención que la única dimensión de calidad de vida que aquí alcanzó niveles bajos fue el rol físico, que es el grado en que la salud física interfiere con el trabajo y con otras actividades diarias, lo que implica un rendimiento menor al deseado. Este resultado coincide con lo hallado en Perú por Lostaunau, Torrejón y Cassaretto (2017) en 53 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, en las que también el rol físico obtuvo puntajes significativamente menores en el MOS-SF 36 que en las demás dimensiones, lo que podría deberse a los efectos del tratamiento oncológico.

En cuanto a las relaciones más significativas encontradas entre las variables estudiadas, deben apreciarse las positivas que hay entre la resiliencia y las dimensiones de vitalidad, dolor corporal y los índices sumarios de salud física y mental del MOS-SF 36. Numerosos estudios con pacientes de cáncer de mama han analizado el importante papel que tiene la resiliencia como factor protector ante el dolor, el cansancio y el agotamiento debidos a la propia enfermedad y a los tratamientos médico-quirúrgicos (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015).

Las fuertes correlaciones negativas encontrada entre ansiedad y depresión y las diferentes dimensiones de la CVRS, como vitalidad, rol emocional e índices sumarios de salud física y mental, coinciden con las halladas en estudios hechos en otras partes de mundo, en los que se observó que la depresión se asocia con niveles altos de desesperanza y discapacidad en pacientes con cáncer de mama (Vin-Raviv, Akinyemiju, Galea y Bovbjerg, 2015; Zainal, Nik-Jaafar, Baharudin, Sabki y Ng, 2013).

Finalmente, ante las correlaciones positivas que hubo entre la esperanza y las dimensiones de rol emocional, índice sumario de salud mental y calidad de vida del MOS-SF 36, se plantea una relación entre dicha esperanza y el estado men-

tal, ya vista en diferentes estudios sobre el cáncer de mama (Heidari y Ghodusi, 2015; Zhang, Gao, Wang y Wu, 2010).

En conclusión, es posible que los resultados del presente estudio sirvan de base para obtener una mayor información acerca de la relación de las citadas variables y la influencia que ejercen entre sí, de manera que puedan llevarse a cabo intervenciones mediante las cuales se brinden mejores herramientas de afrontamiento a quienes padecen esta enfermedad (Sánchez, Santaballa, Munárriz, Pérez y Montalar, 2009; Sebastián et al., 2007).

Dentro de las limitaciones del estudio es posible anotar que la escala BIS (Body Image Scale) está traducida pero no adaptada culturalmente a la población colombiana con cáncer. También es importante señalar que la cantidad de sujetos que participaron en la investigación fue reducida, y además que el diseño de la investigación permitió solamente un nivel correlacional, por lo que los resultados y las interpretaciones de los mismos deben limitarse a la población del IMAT investigada.

REFERENCIAS

- Aguirre L., H., Núñez, C., Navarro, A. y Cortés, S. (2017). Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el FACT-B y el SF-36. *Psicología: Avances en la Disciplina*, 11(1), 109-120.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- American Psychological Association (2017). Ethical principles of psychologists and code of amputation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26, 236-258.
- Angner, E., Ghandi, J., Williams-Purvis, K., Amante, D. y Allison, J. (2013). Daily functioning, health status and happiness in older adults. *Journal of Happiness Study*, 14, 1563-1574.
- Angner, E., Ray, M., Saag, K. y Allison, J. (2009). Health and happiness among older adults. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 503-512.
- Balsanelli, A. y Grossi, S. (2016). Factores predictivos de esperanza entre mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento quimioterapéutico. *Revista de la Escuela Enfermería USP*, 50(6), 898-904.
- Campbell-Sills, L. y Stein, M.B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028.
- Castilla, H., Urruti, C., Shimabukuro, M. y Caycho, T. (2014). Análisis psicométrico del índice de esperanza de Herth en una muestra no clínica peruana. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 187-206.
- Die-Trill, M. y Die-Goyanes, A. (2003). Cirugía oncológica. En M. Die-Trill (Ed.): *Psicooncología* (pp. 263-274). Culla (Castelló, España): Hades Ediciones.
- Elliott, J.A. y Oliver, I.N. (2009). Hope, life, and death: a qualitative analysis of dying. Cancer patients' talk about hope. *Death Studies*, 33, 609-638.
- Finck, C. y Forero, M. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad: análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 3(1), 7-27.
- Fradelos, E., Papataniasiou, I., Veneti, A., Daglas, A., Christodoulou, E., Zyga, S. y Kourakos, M. (2017). Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(9), 2545-2550.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Garaigordobil, M. (2015). Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Frontiers in Psychology*, 6, 1176. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01176.
- Gaviria, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F. y Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gómez, P., Bragado, C., Hernández, M. y Sánchez, M.L. (2015). The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynecological cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 23(2), 473-481.
- Halding, A. y Heggdal, K. (2012). Patients' experiences of health transitions in pulmonary rehabilitation. *Nursing Inquires*, 19, 345-356.

- Heidari, M. y Ghodusi, M. (2015). The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), 198-202. doi: 10.4103/0973-1075.156500.
- Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5(1), 39-51.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. y Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-197.
- Horgan, O. y MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability Rehabilitation*, 26(8), 37-50.
- International Union of Psychological Science (2008). *Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogos*. Disponible en https://www.ucc.ie/en/media/academic/appliedpsychology/ethicsforms/universal_declaration_of_ethics.pdf.
- Lee, S.H., Min, Y.S., Park, H.Y. y Jung, T.D. (2012). Health-related quality of life in breast cancer patients with lymphedema who survived more than one year after surgery. *Journal of Breast Cancer*, 15(4), 449-453.
- Lostanau, V., Torrejón, C. y Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122). doi: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>.
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Markovitz, S., Schrooten, W., Arntz A. y Peters, M.L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*, 24, 1639-1645. doi: 10.1002/pon.3834.
- Martínez, S. (2018). Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Ciencia y Cuidado*, 15(1). Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/1232/1270>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017a). *ABC del cáncer en Colombia. Generalidades. ¿Cuáles son los principales tipos de cáncer más comunes en la población colombiana?* Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017b). *Boletín de prensa 298 de 2014: Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>.
- Montalvo, A., Fajardo, H., Angulo, T., Flórez, D., Caffroni, R. y Fajardo, Y. (2016). Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 114-126.
- Moreno, A., Krikorian, A. y Palacio, 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.
- Notario, B., Soler, M., Serrano, M.D., Bartolomé, R., García C., J. y Martínez, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 63. doi:10.1186/1477-7525-9-63.
- Ong, A., Zautra, A. y Reid, M.C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging*, 25(3), 516-523.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer. Datos y cifras*. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Cáncer de mama*. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleyid=5041%3A2011-breast-cancerycatid=1872%3AcanceryItemid=3639ylang=es.
- Pineda, S., Andrade, S. y Montoya, Y. (2013). Factores asociados a la calidad de vida con cáncer de mama. *Gerencia en Políticas de Salud*, 16(32), 85-95.
- Reich, M., Lesur, A. y Pedrizet, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110(1), 9-17.
- Richman, L.S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P. y Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychology*, 24, 422-429.
- Rico, J., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Revista del Laboratorio de Psicometría*, 3, 73-86.
- Rincón F., M.E., Pérez S.G., M.A., Borda M., M. y Rodríguez, A.M. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.
- Ristevska-Dimitrovska, G., Stefanovski, P., Smichkoska, S., Raleva, M. y Dejanova, B. (2015). Depression and resilience in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(4), 661-665.
- Riveros, F., Bernal, L., Bohórquez, D., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2016). Validez de constructo y confiabilidad de la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) en población colombiana con enfermedades crónicas. *Salud y Sociedad*, 7(2), 130-137.

- Salas, C. y Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9-18.
- Sánchez, J., Santaballa, A., Munárriz, B., Pérez, J. y Montalar J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M. y Chaudieu, I. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PLOS One*, 7, e39879.
- Sebastián, J. (2003). Repercusiones psicosociales de los tratamientos oncológicos. En V. Valentin (Ed.): *Oncología y atención primaria* (pp. 785-792). Madrid: Novartis.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, N. y Mateos, M. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Segura, M., García, R. y Saúl, L. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, 11(1), 45-57.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Sousa, A.I., Corredeira, R. y Pereira, A.L. (2009). The body in persons with an amputation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(3), 236-258.
- Taub, D., Blinde, E. y Greer, K. (1999). Stigma management through participation in sport and physical activity: Experiences of male college students with physical disabilities. *Human Relations*, 52(11), 1469-1484.
- Tugade, M., Fredrickson, B. y Feldman, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Health Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190.
- Vin-Raviv, N., Akinyemiju, T., Galea, S. y Bovbjerg, D. (2015). Depression and anxiety disorders among hospitalized woman with breast cancer. *PLOS One*, 10(6), e0129169.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-83.
- Waynor, W., Gao, N., Dolce, J., Haytas, L. y Reilly, A. (2012). The relationship between hope and symptoms. *Journal of Psychiatry and Rehabilitation*, 35, 345-348.
- World Medical Organization (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>.
- Wu, Z., Liu, Y., Li, X. y Li, X. (2016). Resilience and associated factors among mainland Chinese women newly diagnosed with breast cancer. *PLOS One*, 11(12), e0167976. doi: 10.1371 / journal.pone.0167976.
- Xiao, C., Miller, A., Felger, J., Mister, B., Liu, T., y Torres, M. (2016). A prospective study of quality of life in breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Advances in Radiation Oncology*, 1, 10-16.
- Zainal, N.Z., Nik-Jaafar, N.R., Baharudin, A., Sabki, Z.A. y Ng, C.G. (2013). Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(4), 2649-2656.
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P. y Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medicine Science Monitor*, 23, 5969-5979.
- Zhang, J., Gao, W., Wang, P. y Wu, Z.H. (2010) Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. *Chinese Medical Journal*, 123(17), 2331-2335.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Representación de enfermedad y depresión en pacientes con ERCT y asma: comparación por enfermedad

Illness representation and depression in patients with ESRD and asthma: A comparison by illness

*Isaías Vicente Lugo González, Yuma Yoaly Pérez Bautista,
Silvia Susana Robles Montijo y Cynthia Zaira Vega Valero¹*

Citación: Lugo G., I.V., Pérez B., Y.Y., Robles M., S.S. y Vega V., C.Z. (2019). Representación de enfermedad y depresión en pacientes con ERCT y asma: comparación por enfermedad. *Psicología y Salud*, 29(2), 237-247.

RESUMEN

La severidad de la enfermedad debe considerar la perspectiva biomédica y la forma en que los pacientes perciben su padecimiento, es decir, la representación que tengan de su enfermedad, para comprender el desarrollo de repercusiones emocionales tales como los síntomas de depresión. El objetivo de este trabajo fue evaluar, comparar y relacionar la representación de la enfermedad, la percepción de su severidad y los síntomas de depresión en personas con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis y pacientes con asma. Al efecto, se llevó a cabo un estudio observacional, correlacional y de alcance descriptivo-comparativo en el que participaron 90 personas con dichos padecimientos. Los resultados encontrados sugieren que más de la mitad de la muestra reportó síntomas de depresión. Se identificaron correlaciones positivas significativas entre la percepción de severidad de la enfermedad, la representación emocional y los síntomas de depresión. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables evaluadas al hacer la comparación por enfermedad. Se concluye que la forma de percibir la enfermedad puede ser un factor relevante para determinar su severidad y sus consecuencias emocionales.

Palabras clave: Representación de enfermedad; Percepción de severidad de enfermedad; Síntomas de depresión; Enfermedad renal crónica terminal; Asma.

ABSTRACT

Examining the severity of diseases should include both the biomedical perspective and the way patients perceive their suffering. Such individual representation should help understand the development of emotional repercussions such as depression symptoms. The purpose of the present study was to assess, compare and relate illness representation, perceived illness severity and symptoms of depression in people with either end-stage renal disease in hemodialysis or asthma. An observational, correlational and descriptive-comparative study was carried out with 90 participants, 45 with ESRD and 45 with asthma. Results suggest that more than 50% of all participants report depressive symptoms, and there are significant positive correlations between perceived illness severity, emotional representation and symptoms of depression. Finally, when comparing by illness, no statistically significant differences were observed in the variables evaluated. It is concluded that the way illness is perceived can be a relevant factor to determine its severity and its emotional consequences.

Key words: Illness representation; Perception of illness severity; Depression symptoms; End stage renal disease; Asthma.

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. De los Barrios s/n, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tels. (55)56-23-12-93 y (55)56-23-12-94, correos electrónicos: isaiaavl@comunidad.unam.mx, yoalyyu@comunidad.unam.mx, susana@unam.mx y czaira.vega@unam.mx. Artículo recibido el 28 de junio y aceptado el 25 de septiembre de 2018.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son padecimientos de larga duración y carecen de cura, lo que implica que deban utilizarse tratamientos sintomatológicos y que haya un ajuste constante a las demandas de la enfermedad (Barley y Lawson, 2016; Bravo, 2014; Grau, 2016; Hill-Briggs, 2003; Larsen, 2009).

Vivir con una enfermedad crónica conlleva la mayoría de las veces el desarrollo de alteraciones emocionales, como la depresión (Gerontoukou, Michaelidou, Rekleiti, Saridi y Souliotis, 2015; Katon, 2011; Livneh y Antonak, 2005; Livneh, Lott y Antonak, 2004). Los síntomas depresivos se han investigado ampliamente en personas que sufren la llamada enfermedad renal crónica terminal (ERCT en lo sucesivo) y el asma debido a que la depresión es una de las comorbilidades psicológicas más prevalentes y guarda una estrecha relación con el control de la enfermedad, la calidad de vida, la adherencia a los tratamientos y las limitaciones funcionales, entre otros (Christensen y Ehlers, 2002; Di Marco et al., 2010; Foster, Lavoie y Bouler, 2011; González et al., 2011; Jansen, Rijken, Heijmans, Kaptein y Groenewegen, 2012; McKercher et al., 2013; Mucsi, 2008; Van Lieshout y MacQueen, 2008; Yorke, Fleming y Shuldham, 2007).

Se sabe que entre 30 y 80% de las personas con ERCT en hemodiálisis presentan algún grado de depresión (Cukor et al., 2007; Goh y Griva, 2018; Ibrahim, Desa y Chiew-Tong, 2011). Por ejemplo, McKercher et al. (2013) realizaron un estudio con 50 pacientes, encontrando que 26.5% de ellos mostraba síntomas de depresión (10% con depresión mayor); Moreno et al. (2004) evaluaron a 75 pacientes, identificando a 44% con síntomas de depresión (29.3% leve, 12% moderada y 2.7% severa), y Esquivel et al. (2009), trabajando con 54 pacientes, hallaron que 18.2% de ellos manifestaba síntomas de depresión leve, 20% moderada y 14.5% severa.

Por su parte, entre 1 y 48% de los pacientes con asma exhiben síntomas de depresión (Ciprandi, Schiavetti, Rindone y Ricciardolo, 2015; Deshmukh, Toelle, Usherwood, O'Grady y Jenkins, 2008; Di Marco et al., 2010; Espinosa et al., 2006; Opolski y Wilson, 2005; Ritz, Meuret, Trueba,

Fritzsche y von Leupoldt, 2013; Strine, Mokdad, Balluz, Berry y Gonzalez, 2008). Coban y Aydemir (2014) evaluaron a 174 pacientes asmáticos, encontrando que casi la mitad de ellos mostraba síntomas depresivos. Ryu, Chun, Lee y Chang (2010) valoraron a 227 pacientes con diferentes padecimientos respiratorios, mostrando sus resultados que 41% de los 37 pacientes con asma reportó síntomas moderados y severos de depresión. Di Marco et al. (2010) encontraron que 27% de 315 pacientes manifestaba dicha sintomatología depresiva.

Los síntomas de depresión se encuentran ligados a la severidad, complejidad e implicaciones de la enfermedad (tipo de tratamiento, frecuencia de uso de medicamentos, forma de administración de los mismos y demandas propias de la enfermedad) (Bravo, 2014; DiMatteo, 2004; Grau, 2016; Larsen, 2009; Livneh y Antonak, 2004). En este sentido, la ERCT y el asma comparten características de cronicidad, pero sus causas, evolución y forma de tratamiento son diferentes. Por ejemplo, la ERCT es un padecimiento multicausado que implica la pérdida de la función renal. Las personas que la sufren dependen cada vez más, de forma permanente, de un tratamiento sustitutivo, como por ejemplo sesiones de hemodiálisis de tres horas de duración tres veces a la semana, restricción del consumo de líquidos y alimentos y uso de medicamentos complementarios.

Las principales causas de esta enfermedad son la nefropatía diabética, la hipertensión arterial y las enfermedades glomerulares (Skorecki, Green y Breenner, 2001). A su vez, el asma es una enfermedad respiratoria multicausada que se caracteriza por la inflamación crónica de las vías aéreas, obstrucción del flujo aéreo y sensibilidad e hiperreactividad a diversos estímulos. Las formas de tratamiento implican con frecuencia el uso de inhaladores para el control de la inflamación bronquial (al menos dos veces al día), inhaladores de rescate para la reducción de los síntomas durante su exacerbación, evitación de estímulos desencadenantes y uso de medicamentos orales (esteroides, anti-leocotrienos, inmunomoduladores o anticuerpos monoclonales) (Global Initiative for Asthma, 2016). Se desconocen claramente las causas de la enfermedad, pero se han hallado ciertos factores de riesgo asociados a su desarrollo, como atopia,

historia familiar de asma y exposición a diferentes virus (Choo, Hoyte y Katial, 2014).

Tomando en cuenta estas descripciones de los padecimientos, es posible concluir que hay diferencias en su severidad, al menos en lo que respecta a su descripción clínica y a las demandas del tratamiento; sin embargo, según Horne y Weinman (2002), dicha severidad debe considerar la forma en que las personas perciben su padecimiento, es decir, la representación de su enfermedad y no solo su descripción biomédica. Tal propuesta se afianza en el hecho de que la severidad de la enfermedad definida solamente en términos biomédicos no necesariamente se vincula con las importantes alteraciones emocionales que trae consigo (Guzman y Nicassio, 2003; Thuné-Boyle, Myers y Newman, 2006); pese a ello, una percepción negativa de la enfermedad se asocia claramente con una sintomatología depresiva (Bağcıoğlu y Çevikakyl, 2014; Ibrahim et al., 2011; Lin, Chen, Hsieh y Chang, 2013; Lugo, Reynoso y Fernández, 2014; Rees, Chilcot, Donnellan y Soulsby, 2018).

El modelo MSCRE

Bajo el anterior esquema, según el llamado “modelo de sentido común y representación de la enfermedad”, o MSCRE (Diefenbach y Leventhal, 1996), es posible estudiar la representación de la enfermedad y la percepción de su severidad; en el caso de esta última, su análisis corresponde a la evaluación de la temporalidad con la que una persona cree que la tendrá, así como a sus consecuencias percibidas (Diefenbach y Leventhal, 1996; Horne y Weinman, 2002).

El MSCRE surge formalmente en la década de los sesenta basado en estudios de mensajes informativos, miedo y conductas preventivas de salud. El objetivo de esos estudios era identificar las condiciones bajo las cuales una serie de mensajes sobre una amenaza a la salud inducían cambios en las actitudes y conductas de prevención. El MSCRE fue el resultado del desarrollo de un modelo previo llamado “de procesos paralelos”, y actualmente se le considera parte de los modelos de autorregulación debido a que está organizado en tres etapas: 1) etapa perceptual, en la que se incluye el conjunto de creencias sobre la enfermedad

(representación cognitiva y representación emocional), lo que implica que cada persona organiza, explica y describe la información perceptiva (síntomas), conceptual (diagnóstico o nombre de la enfermedad) y emocional (reacciones emocionales) que tiene ante su padecimiento; 2) etapa de respuesta, que implica poner en marcha las conductas de afrontamiento que, según las creencias de cada persona, se consideren necesarias para dar sentido a la enfermedad, y manejar las demandas y las reacciones emocionales que genera la misma, y 3) etapa de resultados, en la que se evalúan la funcionalidad de las conductas implementadas en el manejo de la enfermedad y las consecuencias emocionales, ya que dicha evaluación funge como un proceso de retroalimentación constante para determinar el empleo futuro de las conductas y una posible modificación (positiva o negativa) de la representación de enfermedad (Diefenbach y Leventhal, 1996; Kaptein et al., 2008; Petrie, Jago y Devcich, 2007). A pesar de la estructura original del modelo, una tendencia de la investigación es evaluar la etapa perceptual del modelo y vincular el contenido de la misma con diversas variables de la enfermedad o de sus repercusiones emocionales (Kaptein et al., 2008; Kaptein, Klok, Moss-Morris y Brand, 2010).

A partir de este contexto, la representación de la enfermedad está constituida por diversas subdimensiones: identidad, temporalidad, causas, consecuencias, control, coherencia y representación emocional, las cuales están basadas en la información de la que se dispone, el reporte de otros enfermos, los medios de comunicación, las experiencias que han sido significativas durante el proceso de enfermedad o anteriores a ella, y los propios síntomas. Por lo tanto, dependiendo de la representación así conformada, cada persona organizará su comportamiento y responderá emocionalmente de una forma particular (Diefenbach y Leventhal, 1996; Mora y McAndrew, 2013; Moss-Morris et al., 2002).

Las subdimensiones del MSCRE se pueden entender mejor de la siguiente manera: la *identidad* hace referencia a la experiencia perceptual de la enfermedad, es decir, el tipo, lugar y cantidad de síntomas o sensaciones somáticas que se consideren correspondientes a la enfermedad; la *temporalidad* se refiere a la duración que se cree

que tendrá la enfermedad (aguda, crónica o cíclica); las *causas* tienen que ver con las creencias sobre lo que causó la enfermedad y que se pueden estudiar en términos de los agentes externos (virus, bacterias, estrés cotidiano), la susceptibilidad (edad, genética o herencia) y los comportamientos (consumo de alcohol, tabaco y estilo de vida); las *consecuencias* aluden a los efectos percibidos y experimentados en diferentes áreas (funcionamiento físico, psicológico y social y repercusiones económicas); el *control* remite a las creencias sobre la capacidad percibida de controlar la enfermedad y a las expectativas de un tratamiento médico que controle la enfermedad o que disminuya los síntomas experimentados (control del tratamiento); la *coherencia* se relaciona con la claridad con la que se entiende la enfermedad (tipo de síntomas, duración de los mismos y temporalidad de la enfermedad), y por último la *representación emocional* implica las reacciones emocionales derivadas de los síntomas de la enfermedad, las sensaciones somáticas experimentadas, o bien el resultado de vivir con un padecimiento crónico (Cameron y Moss-Morris, 2004; Diefenbach y Leventhal, 1996; Mora y McAndrew, 2013).

Finalmente, cabe resaltar que el MSCRE se ha utilizado para evaluar la representación de la enfermedad y su relación con diversas consecuencias emocionales en la ERCT (Jansen et al., 2013; Jansen et al., 2012) y el asma (Coban y Aydemir, 2014; Halm, Mora y Leventhal, 2006; Kaptein et al., 2008; Kaptein et al., 2010; Unni y Shiyambola, 2016; Walker y Chen, 2010). Por lo tanto, derivado de las consideraciones anteriores, este trabajo tuvo como propósito evaluar, comparar y relacionar la representación de enfermedad, la percepción de su severidad y los síntomas de depresión en personas con ERCT y con asma.

MÉTODO

Participantes

Considerando un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), se llevó a cabo un estudio observacional, correlacional y de alcance descriptivo-comparativo (Méndez, Namihira, Moreno y Sosa, 2001)

en el que participaron 90 personas con ERCT ($n = 45$) y asma ($n = 45$), atendidas en dos instituciones de salud especializadas en esos padecimientos de la Ciudad de México. La Tabla 1 muestra las características demográficas y clínicas de la muestra.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los participantes con ERCT y asma.

Asma (N = 45)			ERCT (N = 45)		
Variables	Frec.	%	Variables	Frec.	%
Sexo					
Mujeres	32	71.1	Mujeres	29	64.4
Hombres	13	28.9	Hombres	16	35.6
Estado civil					
Casado	19	42.2	Casado	21	46.7
Soltero	15	33.3	Soltero	15	33.3
Divorciado	5	11.1	Divorciado	6	13.3
Unión libre	5	11.1	Unión libre	1	2.2
Escolaridad					
Primaria	11	24.4	Primaria	9	20
Secundaria	11	24.4	Secundaria	12	26.7
Preparatoria	9	20	Preparatoria	9	20
Técnica			Técnica	9	20
Licenciatura	9	20	Licenciatura	4	8.9
Ninguna	3	6.7	Ninguna	1	2.2
Posgrado	2	4.4	Posgrado	1	2.2
Ocupación					
Hogar	14	31.1	Hogar	17	37.8
Trabaja	26	57.8	Trabaja	18	39.9
Estudiante	5	11.1	Estudiante	3	6.7
Nada			Nada	7	15.5

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cedula de identificación. Esta cédula incluyó preguntas sobre los datos sociodemográficos de los participantes y los clínicos propios de la enfermedad.

Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (B-IPQ) (Broadbent, Petrie, Main y Weinman, 2006). Dicho instrumento, destinado a evaluar la representación cognitiva y emocional de la enfermedad en formato breve, está constituido por nueve ítems: 1) consecuencias, 2) temporalidad, 3) control personal de la enfermedad, 4) control del tratamien-

to, 5) identidad, 6) preocupación por la enfermedad, 7) comprensión de la enfermedad (coherencia), 8) representación emocional de la enfermedad y 9) causas de la enfermedad (pregunta abierta). Cada ítem, con excepción del 9, se responde en una escala continua de once puntos que van de 0 a 10. Cuenta con los siguientes datos de confiabilidad (test-retest): consecuencias ($r = .70$), temporalidad ($r = .67$), control personal ($r = .63$), control del tratamiento ($r = .55$), identidad ($r = .55$), preocupación ($r = .66$), coherencia ($r = .48$) y representación emocional ($r = .65$). Ejemplos de los ítems son, a saber: “¿En qué medida la enfermedad afecta su vida?”, “¿Cuánto cree que durará su enfermedad?”, “¿En qué medida nota síntomas o molestias por su enfermedad?”, “¿Cuánto le preocupa su enfermedad?” y “¿Cuánto le afecta su enfermedad a nivel emocional? (es decir, ¿lo hace sentirse enojado, asustado o deprimido?)”.

Para cumplir los objetivos del estudio se utilizaron únicamente cinco de los nueve ítems (1, 2, 5, 6 y 8), y a fin de evaluar la percepción de severidad de enfermedad, entendida como la representación de las consecuencias, temporalidad y síntomas de la enfermedad (identidad) (cf. Horne y Weinman, 2002), se promediaron los ítems 1, 2 y 5, así como los ítems 6 y 8 para evaluar la representación emocional de la enfermedad.

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

Dicho instrumento consta de 21 reactivos que evalúan la severidad de la sintomatología depresiva. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta, que van de “nada” a “muy intenso”. La puntuación total se calcula mediante la suma de todos los ítems y oscila en un rango que va de 0 a 63 puntos: depresión mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63). El instrumento cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.87 (Jurado et al., 1998).

Procedimiento

En el caso de los pacientes con ERCT, los investigadores acudieron personalmente a una de las sesiones de hemodiálisis para invitarlos a participar voluntariamente, en tanto que los pacientes con asma fueron abordados en la sala de espera de su

clínica antes de entrar a consulta en Neumología. A cada participante se le explicaron los objetivos de la investigación y, en caso de que aceptara participar, se le pidió que leyera y firmara el formato de consentimiento informado, para después hacerle entrega de los instrumentos arriba descritos.

RESULTADOS

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS, v. 20, de Windows. Se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables socio-demográficas, clínicas y de severidad de los síntomas de depresión. Luego se evaluó la normalidad de las variables de representación emocional (ERC: $W = .924$, $p = .006$; asma: $W = .896$, $p = .001$), percepción de severidad de la enfermedad (ERC: $W = .956$; $p = .089$; asma: $W = .946$, $p = .046$), síntomas de depresión (ERC: $W = .926$, $p = .007$; asma: $W = .881$, $p = .000$), edad de los participantes (ERC: $W = .946$, $p = .036$; asma: $W = .937$, $p = .022$) y tiempo de evolución de la enfermedad (ERC: $W = .907$, $p = .002$; asma: $W = .895$, $p = .001$). Dicho análisis se hizo empleando el estadístico Shapiro-Wilk, identificado por Pedrosa, Juarros, Robles, Basteiro y García (2015) como el más adecuado para muestras cercanas a cien participantes cuando se utiliza el programa SPSS. Al no encontrarse normalidad en la mayoría de las variables (con excepción de la de percepción de severidad en ERC), se utilizaron pruebas de comparación y relación no paramétricas.

Se evaluaron las diferencias por sexo empleando tablas de contingencia con X^2 y por ocupación con el estadístico de Kruskal-Wallis, y mediante el estadístico U de Mann-Whitney se compararon la severidad de síntomas de depresión, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, percepción de su severidad, representación emocional de la misma y sintomatología de depresión con base en el tipo de enfermedad.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis *rho* de Spearman para identificar la relación entre la percepción de severidad de la enfermedad, la representación emocional y los síntomas de depresión.

Dado que las muestras se seleccionaron de manera intencional, fue necesario compararlas. Como se puede observar en la Tabla 1, se identi-

ficaron similitudes en ambos grupos al comparar las muestras por el tipo de enfermedad, pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($X^2 = .458$, $gl = 1$, $p = .499$), edad (ERCT: $Me = 38.00$, rango intercuartil [RI] = 21, rango promedio [RP] = 47.49; asma: $Me = 35.50$, $RI = 18$, $RP = 43.51$, $U = 923.000$, $Z = -.723$, $p = .470$) y tiempo de evolución de la enfermedad (ERCT: $Me = 72.00$, $RI = 90$, $RP = 41.81$; asma: $Me = 102.00$, $RI = 180$, $RP = 46.35$. $U = 846.500$, $Z = -.838$, $p = .402$), por lo que las muestras fueron similares en las variables analizadas no obstante la amplitud de los datos.

En lo que concierne a los datos descriptivos por enfermedad y severidad de los síntomas de depresión, los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Categoría de depresión en participantes con ERCT y asma.

Severidad de depresión	ERCT (N = 45)		ASMA (N = 45)	
	Frec.	%	Frec.	%
Mínima	22	48.9	21	46.7
Leve	9	20.0	10	22.2
Moderada	14	31.1	8	17.8
Severa			6	13.3

Como se observa en la tabla, los diferentes niveles de severidad de depresión aparecen de manera muy semejante en ambos padecimientos, aunque el porcentaje de personas con síntomas de depresión moderada y severa fue mayor en las personas con asma (13.3%); en las personas con ERCT ningu-

na mostró depresión severa. Al hacer una comparación por enfermedad y severidad de los síntomas de depresión, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas a nivel límite ($X^2 = 7.712$, $gl = 3$, $p = .052$).

Ahora bien, al principio se señaló que cada enfermedad tiene diferentes implicaciones debido al tratamiento y a las demandas de la misma, las cuales pueden afectar manera negativamente las actividades realizadas. Debido a ello, se llevó a cabo un análisis de comparación de la severidad de los síntomas de depresión con base en la ocupación de los participantes, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = .973$, $gl = 3$, $p = .808$), lo que evidencia que dicha severidad es similar en la categoría de ocupación en ambas enfermedades.

El análisis subsecuente consistió en comparar la percepción de severidad de la enfermedad, la representación emocional y los síntomas de depresión. En los resultados se identificaron puntajes por arriba de la media en ambos grupos de pacientes (> 5), tanto en el caso de la percepción de severidad, como en la representación emocional; la percepción de severidad fue mayor en los pacientes con ERCT y, por el contrario, la representación emocional lo fue en los pacientes con asma. De igual manera, en los síntomas de depresión en ambos grupos dicho promedio corresponde a una severidad leve de depresión; sin embargo, las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas, tal como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Comparación entre personas con ERCT y asma en las variables perceptuales y síntomas de depresión.

Variables de comparación	Enfermedad	Me	RI	RP	U	Z	p
Percepción de severidad (escala de 0 a 10)	ERCT	5.66	2.56	47.42	926.000	-.699	.484
	Asma	5.83	4.00	43.58			
Representación emocional (escala de 0 a 10)	ERCT	6.00	5.00	42.92	896.500	-.939	.347
	Asma	6.50	5.75	48.08			
Síntomas de depresión (0 a 63 puntos)	ERCT	11.00	13.00	45.91	994.000	-.149	.881
	Asma	9.50	14.00	45.09			

En términos comparativos, los resultados muestran que los síntomas de depresión no se asocian con el tipo de enfermedad ni con la ocupación de los participantes. Además, se evidencia que la percepción de severidad, la representación emocional

y los síntomas de depresión no difieren según el tipo de enfermedad.

Conforme a los resultados hallados, se hizo un análisis de correlación con el propósito de identificar la que había entre las variables relativas a la

percepción de severidad de la enfermedad, la representación emocional, el tiempo de evolución y

los síntomas de depresión. Los resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Matriz de correlaciones del tipo de enfermedad, percepción de severidad, representación emocional, tiempo de evolución y síntomas de depresión en ERCT y asma.

		Representación emocional	Tiempo de evolución	Sintomatología depresiva
ERCT	Percepción de severidad	.717**	.179	.597**
	Representación emocional		-.027	.658**
	Tiempo de evolución			.067
Asma	Percepción de severidad	.583**	.083	.286*
	Representación emocional		.314*	.509**
	Tiempo de evolución			.090

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

Los resultados correlacionales indican que la percepción de severidad de enfermedad, su representación emocional y los síntomas de depresión se relacionaron positivamente en ambos padecimientos; es decir, a mayor percepción de severidad de enfermedad y mayor representación emocional de la misma, más elevados fueron los síntomas de depresión, y viceversa.

Por el contrario, el tiempo de evolución de la enfermedad no se asoció con la percepción de su severidad, la representación emocional y los síntomas de depresión en pacientes con ERCT, y tampoco entre el tiempo de evolución, la percepción de severidad de la enfermedad y los síntomas de depresión en pacientes con asma; sin embargo, se halló una relación entre el tiempo de evolución y la representación emocional.

Los resultados sugieren que los síntomas de depresión se asocian con las variables perceptuales de severidad de la enfermedad y la representación emocional, y no con el tiempo que se lleve enfermo. En este sentido, se evidencia la importancia de las variables psicológicas de representación de la enfermedad y su relación con los síntomas de depresión, no así en los casos de las variables sociodemográficas y clínicas, como el tiempo de evolución, el tipo de enfermedad y la ocupación.

Finalmente, es necesario subrayar que, en función de la severidad de enfermedad en términos biomédicos, no hubo diferencias en las variables perceptuales y de sintomatología depresiva, lo que apunta a que el impacto emocional de la enfermedad se asocia en mayor medida a la forma de percibir o representar el padecimiento.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, es posible concluir que los síntomas de depresión en enfermos crónicos es uno de los principales problemas de carácter psicológico (Clarke y Currie, 2009; Pagoto, 2011). En el presente estudio se identificó que más de la mitad de los pacientes en ambas muestras presentaba síntomas de depresión de leve a severa, y que una tercera parte mostró síntomas de depresión de moderados a severos, datos que se corresponden con lo descrito en la literatura en diferentes partes del mundo sobre los pacientes con ERCT (Esquivel et al., 2009; McKercher et al., 2013; Moreno et al., 2004) y asma (Coban y Aydemir, 2014; Di Marco et al., 2010; Ryu et al., 2010), mismos que se han considerado con relevancia clínica (Kellerman, Christensen, Baldwin y Lawton, 2010).

En cuanto a la percepción de la enfermedad y los síntomas de depresión, los datos se agrupan en la misma línea; por ejemplo, en pacientes con ERCT se identifica que la severidad de la enfermedad, determinada con base en criterios médicos, no se relaciona con los síntomas de depresión; por el contrario, la percepción negativa de la enfermedad impacta y se relaciona directamente con los síntomas de depresión (Guzman y Nicassio, 2003; Ibrahim et al., 2011; Lin et al., 2013; Rees et al., 2018). Estos datos corresponden de igual manera a los pacientes con asma, en quienes se ha visto que el percibir mayores consecuencias y el mostrar una mayor percepción de severidad de la enfermedad se asocian directamente con indicado-

res de depresión (Bahçecioğlu y Çevikakyl, 2014; Lugo et al., 2014; Thuné-Boyle et al., 2006).

Ahora bien, es necesario reiterar que los datos de las investigaciones mostradas y contrastadas se discuten a la luz de la representación de la enfermedad, el principal supuesto del MSCRE (Diefenbach y Leventhal, 1996), que postula que la forma de percibirla será diferente en cada persona; es, pues, individualizada y no necesariamente se asocia con los criterios médicos (Diefenbach y Leventhal, 1996; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980). Por lo tanto, las repercusiones emocionales derivadas de sufrir una enfermedad crónica no dependerán de la severidad de la misma basada en la categorización médica, sino de la forma en que se le perciba.

En el MSCRE se considera que cada persona está en un proceso continuo de adaptación, ya que entenderá su enfermedad sobre la base de su representación. Dicha representación se modifica a través del tiempo, por lo que influirá de manera constante y cambiante en las conductas de afrontamiento, así como en las repercusiones emocionales (Diefenbach y Leventhal, 1996). Por consiguiente, sería inadecuado considerar que un grupo de personas que padezcan una enfermedad crónica se encontrarán emocionalmente más comprometidas que otro grupo al calificarla como más grave. Por ello, cobra sentido tomar en cuenta que las diferencias entre pacientes con ERCT y asma respecto a su estado emocional no sean muy amplias, y que de hecho puede haber pacientes con niveles de depresión más severos en el grupo en que se considera que el padecimiento no es tan grave.

Tomar como base la percepción de enfermedad resulta de gran relevancia en la investigación y en la intervención clínica; al menos así lo aseguran Leventhal, Breland, Mora y Leventhal (2010), Farmer (2012) y Kucukarslan (2016), quienes ponen de manifiesto que en el contexto clínico se trabaja escasamente con las representaciones y las formas de afrontamiento ante la enfermedad. Por ello, el trabajo relativo a las creencias —particularmente desde el MSCRE— es un gran apoyo ya que funge como un modelo psicológico centrado

en el paciente, en cuanto que explica y aborda las perspectivas, formas de afrontar la enfermedad y de clarificar las repercusiones emocionales en diversos padecimientos crónicos (Barton, Clarke, Sulaiman y Abramson, 2003; Farmer, 2012; Horne et al., 2007?; Kucukarslan, 2016; Leventhal et al., 2010).

Una de las principales limitaciones del presente estudio es el tipo de muestreo empleado. Los participantes se seleccionaron según su disponibilidad y facilidad de acceso. Por consiguiente, sería útil incluir otro de tipo de pacientes con enfermedades distintas a las del presente análisis. Otra limitación fue que no se incluyó la variable relativa a la severidad de la enfermedad (intermitente, leve, moderada y severa) en los pacientes con asma en virtud de que se podrían encontrar resultados contrastantes respecto a los síntomas de depresión y a la percepción de enfermedad.

Una limitación adicional fue el empleo de ítems únicos en la evaluación de la representación de enfermedad (B-IPQ). En los estudios de revisión más actuales sobre la evaluación de la representación de enfermedad mediante instrumentos se ha sugerido que el B-IPQ tiene mejores resultados cuando se le aplica en la clínica y no tanto en la investigación, recomendándose para esta última instancia el empleo del IPQ-R (Broadbent et al., 2015). Aunado a ello, el uso de ítems únicos ha sido objeto de diversos debates por los problemas de imprecisión en las mediciones (Fuch y Diamantopolus, 2009); sin embargo, a modo de defensa, es relevante señalar que hay pruebas que demuestran que los ítems únicos para evaluar diversas variables son igualmente útiles que los ítems múltiples (Bergkvist y Rossiter, 2007). Además, los ítems únicos se pueden utilizar si la muestra a evaluar es limitada y heterogénea (Fuch y Diamantopolus, 2009), como fue el caso presente.

Para futuras investigaciones se propone aumentar el número de la muestra e incluir otros tipos de enfermedades crónicas para así llevar a cabo diversas comparaciones, evaluar otro tipo de variables psicosociales y emplear herramientas de evaluación más amplias.

REFERENCIAS

- Bahçecioglu, G. y Çevikakyl, R. (2014). Determination of effect on asthma control of illness perception of asthma patients. *Acta Medica Mediterránea*, 30, 591-600.
- Barley, E. y Lawson, V. (2016). Health psychology: supporting the self-management of long-term conditions. *British Journal of Nursing*, 25(20), 1102-1107.
- Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N. y Abramson, M. (2003). Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*, 97(7), 747-761. doi: 10.1016/S0954-6111(03)00029-5.
- 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.
- Bergkvist, L. y Rossiter, J.R. (2007). The predictive validity of multiple-item versus single-item measures of the same constructs. *Journal of Marketing Research*, 44(2), 175-184.
- Bravo G., M.C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónicodegenerativos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (Eds.): *Teoría y práctica de la medicina conductual* (pp. 43-64). México: Qartuppi.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J. y Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S. y Petrie, K.J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health*, 30(11), 1361-1385. doi: 10.1080/08870446.2015.1070851.
- Cameron, P. y Moss-Morris, R. (2004). Illness-related cognition and behavior. En A. A., Kaptein y J. Weinman (Eds.): *Health Psychology* (pp. 84-110), Oxford, UK: BPS Blackwell.
- Choo, E.M., Hoyte, F.C.L. y Katial, R.K. (2014). Adult and pediatric asthma. En P. K. Vedanthan, H. Nelson, S. H. Agashe, P. A. Mahesh y R. Katial (Eds.): *Textbook of allergy for the clinician* (pp. 135-142). Boca Raton, FLO: CRC Press Taylor y Francis Group.
- Christensen, A. y Ehlers, S. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.712.
- Ciprandi, G., Schiavetti, I., Rindone, E. y Ricciardolo, F.L. (2015). The impact of anxiety and depression on outpatients with asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 115(5), 408-414.
- Clarke, D.M. y Currie, K.C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*, 190(7), S54. PMID: 19351294.
- 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 & Clinical Immunology*, 10(1), 67. doi: 10.1186/s13223-014-0067-4.
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R.A. y Kimmel, P.L. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(3), 484-490. doi: 10.2215/CJN.00040107.
- Deshmukh, V., Toelle, B., Usherwood, T., O'Grady, B. y Jenkins, C. (2008). The association of comorbid anxiety and depression with asthma-related quality of life and symptom perception in adults. *Respirology*, 13, 695-702. doi: 10.1111/j.1440-1843.2008.01310.x.
- Diefenbach, M.A. y Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. doi: 10.1007/BF02090456.
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209. doi: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9.
- Di Marco, F., Verga, M., Santus, P., Giovannelli, F., Busatto, P., Neri, M., Girbino, G., Bonini, S. y Centanni, S. (2010). Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respiratory Medicine*, 104, 22-28. doi: 10.1016/j.rmed.2009.08.005.
- Esquivel M., C.G., Prieto F., J.G., López R., J., Ortega C., R., Martínez M., J.A. y Velasco R., V. M. (2009). Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Medicina Interna de México*, 25(4), 443-449.
- Espinosa, F., Parra, M., Segura, N., Toledo, D., Ménez, D., Sosa E. y Torres, A. (2006). Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Revista Alergia México*, 53(6), 201-206.
- Farmer, K.C. (2012). Leventhal's common-sense model and medication adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8, 355-356. doi: 10.1016/j.sapharm.2012.05.013.
- Foster, J.M., Lavoie, K.L. y Boulet, L.P. (2011). Treatment adherence and psychosocial factors in severe asthma. En K. F. Chung, E. H. Bel y S. E. Wenzel (Eds.): *European Respiratory Monograph: Difficult to treat severe asthma*, 51 (pp. 28-49). European Respiratory Society. doi: 10.1183/1025448x.erm5110.
- Fuchs, C. y Diamantopoulos, A. (2009). Using single-item measures for construct measurement in management research: conceptual issues and application guidelines. *Die Betriebswirtschaft*, 69(2), 195. <http://www.dbwnet.de/>.

- Gerontoukou, E.I., Michaelidou, S., Rekleiti, M., Saridi, M. y Souliotis, K. (2015). Investigation of anxiety and depression in patients with chronic diseases. *Health Psychology Research*, 3(2), 2015-2123. doi: 10.4081/hpr.2015.2123.
- Global Initiative for Asthma (2016). *Global strategy for asthma management and prevention*. Recuperado de www.ginasthma.org.
- Goh, Z.S. y Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges—a narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 11, 93-102. doi: 10.2147/IJNRD.S126615.
- González, L., Sánchez, S., Morales, L., Ostrosky, F., Alberú, J., García, G., Marino, Ll. y McClintock, S. (2011). Assessment of emotional distress in chronic kidney disease patients and kidney transplant recipients. *Revista de Investigación Clínica*, 63(6), 558-563. PMID: 23650668.
- Grau A., J.A. (2016). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: el gran desafío. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 103-112.
- Guzman, S.J. y Nicassio, P.M. (2003). The contribution of negative and positive illness schemas to depression in patients with end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(6), 517-534. doi: 10.1023/A:1026249702054.
- Halm, E., Mora, P. y Leventhal, H. (2006). No symptoms, no asthma. The acute episodic disease beliefs is associated with poor self-management among inner-city adults with persistent asthma. *Chest*, 129, 573-580. doi: 10.1378/chest.129.3.573.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hill-Briggs, F. (2003). Problem solving in diabetes self-management: A model of chronic illness self-management behavior. *Annals Behavior Medicine*, 25(3), 182-193. doi: 10.1207/S15324796ABM2503_04.
- Horne, R., Price, D., Cleland, J., Costa, R., Covey, D., Gruffydd-Jones, K., Haughney, J., Hoegh, S., Kaplan, A., Langhammer, A., Østrem, A., Thomas, M., van der Molen, T., Virchow, J. C. y Williams, S. (2007). Can asthma control be improved by understanding the patient's perspective? *BMC Pulmonary Medicine*, 7(1), 1-11. doi: 10.1186/1471-2466-7-8.
- Horne, R. y Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology & Health*, 17(1), 17-32. doi: 10.1080/08870440290001502.
- Ibrahim, N., Chiew-Tong, N.K. y Desa, A. (2011). Illness perception and depression with end-stage renal disease on chronic hemodialysis. *The Social Sciences*, 6(3), 221-226. doi: 10.3923/sscience.2011.221.226.
- Jansen, D., Heijmans, M., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Grootendorst, D., Dekker, F., Boeschoten, E., Kaptein, A. y Groenewegen, P. (2013). Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: different phases, different perceptions? *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 244-262. doi:10.1111/bjhp.12002.
- Jansen, D., Rijken, M., Heijmans, M., Kaptein, A. y Groenewegen, P. (2012). Psychological and social aspects of living with chronic kidney disease. En S. Manisha (Ed.): *Chronic kidney disease and renal transplantation* (pp 47-74). Amsterdam: InTech. doi: 10.5772/25992.
- 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, 26-31. <http://biblat.unam.mx/es/revista/salud-mental/>.
- Kaptein, A.A., Hughes, B.M., Scharloo, M., Fischer, M.J., Snoei, L., Weinman, J. y Rabe, K.F. (2008). Illness perceptions about asthma are determinants of outcome. *Journal of Asthma*, 45(6), 459-464. doi: 10.1080/02770900802040043.
- Kaptein, A., Klok, T., Moss-Morris, R. y Brand, P. (2010). Illness perceptions: impact on self-management and control in asthma. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 10, 194-199. doi: 10.1097/ACI.0b013e32833950c1.
- Katon, W.J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7.
- Kellerman, Q.D., Christensen, A.J., Baldwin, A.S. y Lawton, W.J. (2010). Association between depressive symptoms and mortality risk in chronic kidney disease. *Health Psychology*, 29(6), 594. doi: 10.1037/a0021235.
- Kucukarslan, S.N. (2016). Using the common sense model in daily clinical practice for improving medication adherence. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23(5), 227-230. www.jcomjournal.com.
- Larsen, P. (2009). Chronicity. En P. D. Larsen e I. M. Lubkin (Eds.): *Chronic illness: Impact and intervention* (7th ed.) (pp 3-24). Burlington, MA: Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Leventhal, H., Breland, J.Y., Mora, H. y Leventhal, E. (2010). Lay representations of illness and treatment: A framework for action. En A. Steptoe (Ed.): *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 137-154). New York: Springer Science-Business Media. doi: 10.1007/978-0-387-09488-5_11.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. En: S. Rachman (Ed.): *Contributions to medical psychology* (v. II, pp. 9-33). London: Pergamon Press Ltd.
- Lin, C.C., Chen, M.C., Hsieh, H.F. y Chang, S.C. (2013). Illness representations and coping processes of Taiwanese patients with early-stage chronic kidney disease. *Journal of Nursing Research*, 21(2), 120-128. doi: 10.1097/jnr.0b013e328182921fb8.
- Livneh, H., Lott, S. y Antonak, R. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine*, 9(4), 411-429. doi: 10.1080/1354850042000267030.

- Livneh, H. y Antonak, R. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83, 12-20. doi: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x.
- Lugo, I., Reynoso, 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.
- McKercher, Ch., Venn, A., Blizzard, L., Nelson, M., Palmer, A., Ashby, M., Scott, J. y Jose, M. (2013). Psychological factors in adults with chronic kidney disease: characteristics of pilot participants in the Tasmanian Chronic Kidney Disease study. *BMC Nephrology*, 14(83), 14-28. doi: 10.1186/1471-2369-14-83.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Mora, P.A. y McAndrew, L.M. (2013). Common-sense model of self-regulation. En M.D. Gellman y J.R. Turner (Eds.): *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 460-467). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9.
- Moreno N., E., Arenas J., M., Porta B., E., Escalant C., L., Cantó G., M., Castell G., G., Serrano G., F., Samper L., J., Millán M., D. y Cases I., J. M. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 17-25. doi: 10.4321/S2254-28842015000200006.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. y Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494.
- Mucsi, I. (2008). Health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *Primary Psychiatry*, 15(1), 46-51.
- Opolski, M. y Wilson, I. (2005). Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(18), 1-7. doi: 10.1186/1745-0179-1-18.
- Pagoto, S. (2011). *Psychological co-morbidities of physical illness: A behavioral medicine perspective*. New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-0029-6.
- Pedrosa, I., Juarros B., J., Robles F., A., Basteiro, J. y García C., E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 15-24. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-1.pbad.
- Petrie, K., Jago, L. y Devcich, D. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167. doi: 10.1097/YCO.0b013e328014a871.
- Rees, J., Chilcot, J., Donnellan, W. y Soulsby, L. (2018). Exploring the nature of illness perceptions in people with end-stage kidney disease. *Journal of Renal Care*, 44(1), 19-29. doi: 10.1111/jorc.12225.
- Ritz, T., Meuret, A.E., Trueba, A.F., Fritzsche, A. y von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 231. doi: 10.1037/a0030187.
- Ryu, Y.J., Chun, E.M., Lee, J.H. y Chang, J. H. (2010). Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 25(1), 51-57. doi: 10.3904/kjim.2010.25.1.51.
- Skorecki, K., Green, J. y Breenner, B. (2001). Insuficiencia renal crónica. En E. Braunwald., A. Favci., D. Kasper, S. Hauser, D. Longo y J. Jameson (Comp.): *Principios de Medicina Interna* (v. II, pp. 1815-1839). México: McGraw-Hill.
- Strine, T.W., Mokdad, A.H., Balluz, L.S., Berry, J.T. y Gonzalez, O. (2008). Impact of depression and anxiety on quality of life, health behaviors, and asthma control among adults in the United States with asthma, 2006. *Journal of Asthma*, 45(2), 123-133. doi: 10.1080/02770900701840238.
- Thuné-Boyle, I.C., Myers, L.B. y Newman, S.P. (2006). The role of illness beliefs, treatment beliefs, and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment. *Behavioral Medicine*, 32(1), 19-29. doi: 10.3200/BMED.32.1.19-29.
- Unni, E. y Shiyabola, O.O. (2016). Clustering medication adherence behavior based on beliefs in medicines and illness perceptions in patients taking asthma maintenance medications. *Current Medical Research and Opinion*, 32(1), 113-121. doi: 10.1185/03007995.2015.1105204.
- Van Lieshout, R. y MacQueen, G. (2008). Psychological factors in asthma. *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*, 4(1), 12-28. doi: 10.1186/1710-1492-4-1-12.
- Walker, H. y Chen, E. (2010). The impact of family asthma management on biology: a longitudinal investigation of youth with asthma. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 326-334. doi: 10.1007/s10865-010-9258-8.
- Yorke, J., Fleming, S. y Shuldham, C. (2007). Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 101, 1-14. doi: 10.1016/j.rmed.2006.04.003.

La evaluación previa de conocimientos favorece la actitud a la donación de órganos, independientemente de los argumentos ofrecidos

Prior assessment of knowledge encourages organ donation attitude, independently of rationales offered

Teresita Angélica López Ortiz, Susana Villalón Santillán
y Ferrán Padrós Blázquez¹

Citación: López O., T.A., Villalón S., S. y Padrós B., F. (2019). La evaluación previa de conocimientos favorece la actitud a la donación de órganos, independientemente de los argumentos ofrecidos. *Psicología y Salud*, 29(2), 249-257.

RESUMEN

Introducción: La creciente demanda de trasplantes entre la población plantea la necesidad de buscar y evaluar estrategias eficientes para fomentar actitudes favorables a la donación de órganos. *Objetivo:* Evaluar el efecto de diversas modalidades de ofrecer información en función del tipo de argumentos proporcionados y de la evaluación previa de las actitudes en favor de la donación en 137 estudiantes universitarios. *Método:* Mediante un enfoque cuantitativo de tipo comparativo, se llevaron a cabo tres modalidades de presentación: información sin argumentos, con argumentos en contra, o con argumentos a favor y en contra. A la muestra elegida se le aplicó la escala Actitud ante la Donación de Órganos de Morgan y Mille. *Resultados:* Se observó que la información proporcionada generó un cambio favorable de las actitudes en pro de la donación de órganos, independientemente de si se ofrecía sin ningún tipo de argumentos, explicitando los motivos para no donar, o con argumentos a favor y en contra de dicha donación. En cambio, se observó que una evaluación previa de las actitudes favorecía un cambio en favor de donar. *Discusión:* Hay una modificación favorable en las actitudes ante la donación de órganos y tejidos después de proporcionar la información; sin embargo, el ofrecimiento de argumentos en conjunto con la información proporcionada no parece influir en las actitudes de los jóvenes, y sí en cambio una evaluación previa.

Palabras clave: Obtención de tejidos y órganos; Actitud; Evaluación educacional; Trasplante de órganos.

ABSTRACT

Introduction: The growing demand for organ transplants raises the need to seek and evaluate efficient strategies to encourage attitudes favorable to organ donation. *Objective:* Through a quantitative-comparative approach and along a pre-experimental design, the effect of various modalities of information and types of rationale were evaluated, including previous attitudes toward organ donation. *Method:* Three modalities of information were presented: information without rationale, with against rationale or with for and against rationales. A convenience sample divided into two groups replied to the Morgan and Mille Organ Donation Attitude Scale. One group was evaluated pre and post-intervention, and the other post-intervention only. *Results:* Information provided led

¹ Ciudad Universitaria, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Av. Francisco J. Múgica s/n, tel. (443)322-35-00, 58030 Morelia, Mich., México, correos electrónicos: tanglica601_03@hotmail.com y susanavillalonsantillan@hotmail.com. Artículo recibido el 15 de marzo y aceptado el 21 de mayo de 2018.

to a favorable attitude change toward organ donation, regardless of being offered without any rationale, with reasons not to donate, or with reasons for and against. The previous evaluation of attitudes comparison showed change in favor of donating. Discussion: There was a favorable change in attitudes toward organ and tissue donation after the information was provided. Rationale added to the information does not seem to affect attitudes of the participants, but a prior evaluation favors them.

Key words: Tissue and organ donation; Attitudes; Educational measurement; Organ transplantation.

INTRODUCCIÓN

En sus más recientes estadísticas, el Centro Nacional de Trasplantes (COETRA) (2016) indica que 20,363 personas en México se encuentran en el registro nacional de espera. Es ésta una cifra alarmante, pues más de 20 mil mexicanos están en peligro de perder la vida de no conseguirse los órganos necesarios. Aunado a ello, se calcula que alrededor de 90% de esos pacientes morirá esperándolos.

Una posible estrategia para propiciar una actitud favorable de la población hacia la donación es utilizar técnicas persuasivas. En este caso, se concibe la persuasión como el logro mediante razones y argumentos (vía central) de que una persona actúe o piense de un modo determinado. Por consiguiente, ¿cuál es el efecto de diversas modalidades de ofrecer información sobre las mencionadas actitudes en jóvenes universitarios?, ¿tiene algún efecto la evaluación de las actitudes antes y después en la actitud favorable hacia la donación de órganos, o solo después de proporcionar información?, ¿influye la forma en que se ofrece la información sobre la donación en las actitudes de los jóvenes?

Es importante señalar que, en el estado de Michoacán (México), el COETRA reporta haber obtenido 616 órganos y tejidos entre los años 2003 y 2015, producto de donaciones altruistas de conacionales, trasplantándose a 863 personas (Andrade y Gallegos, 2015).

Un área en la que el COETRA centra sus esfuerzos es la de difusión, con la cual proporciona

a la población en general la información necesaria sobre la donación de órganos y tejidos a través de campañas y otras actividades. En su discurso, esas campañas resaltan la importancia de donar, lo que hacen utilizando eslóganes emotivos que se divulgan por los distintos medios de comunicación o en pláticas informativas en los diferentes niveles educativos (A.A., 2015; Ruiz, 2015). Con ello, el COETRA busca modificar las creencias erróneas que hay acerca de la donación de órganos entre la población y, por consiguiente, las actitudes de las personas sobre la misma (Ayala, 2006; Valdés, 1994).

La *actitud* se ha definido como el estado intrínseco de una persona que indica una tendencia a pensar, sentir, percibir y actuar respecto a un referente cognitivo, así como a realizar una evaluación favorable o desfavorable de una circunstancia, persona o hecho (Briñol, Horcajo y Petty, 2010; España, 2010; Huerta, 2008). Debe subrayarse que las actitudes han sido y son variables de considerable interés en el análisis del problema del rechazo a la donación de órganos y tejidos (Leal y Braga, 2008; Lozano, 2002).

Rosenberg y Hovland (1960) describen un modelo multidimensional de la actitud con tres componentes: el cognitivo, el afectivo-evaluativo y el actitudinal-conativo. El primero de ellos —el *cognitivo*— se denomina así porque hace referencia a los conocimientos adquiridos por medio de la experiencia que permiten hacer las evaluaciones de los objetos, personas o hechos. El componente *afectivo-evaluativo* se relaciona con las sensaciones placenteras o desagradables que provoca algún referente cognitivo y, con ello, su valoración favorable o desfavorable. Por último, el componente *actitudinal-conativo* se relaciona con la motivación para la acción o reacción de la persona ante el objeto, persona o hecho en concreto (Arnau, Filella, Jariot y Montané, 2011; Díaz, 2002; Gutiérrez, 2009; Mora y Martínez, 2001; Torres y Fernández, 2012).

Cabe destacar que existen actitudes sólidas en las personas, quienes regulan la entrada y registro de nueva información ya sea ignorando o minimizando los datos que se oponen a la actitud de base, o bien atendiendo y recordando en mayor medida los que están en sintonía, lo que refuerza

las actitudes previas. Con ello, las personas buscan –muchas veces de forma inconsciente– ser congruentes con sus actitudes previas. Por otro lado, algunas actitudes dominantes en una cultura o subcultura favorecen la identificación con los grupos de referencia. A aquellas que se inclinan hacia un punto extremo (positivo o negativo) se les califica como “polarizadas”, y a las que no se asientan en un punto de vista claro y que cambian de un extremo a otro se les considera “ambivalentes” (Briñol, Falces y Becerra, 2007).

Las actitudes no son inamovibles; de hecho, nacen, se transforman y desaparecen; por ello, los estudiosos de la psicología social han tratado de diseñar estrategias para modificarlas (Moscovici, 2008). Las investigaciones buscan analizar el impacto en la actitud que tiene modificar algunos de sus componentes (cognitivo, emocional o conductual). Si se quiere modificar una actitud, el componente indicado es el cognitivo, en cuanto que tiene preponderancia sobre los otros, por lo que la persuasión puede ser una herramienta para conseguir ese fin (Bernal, 2009), la que puede definirse como el fenómeno que tiene como propósito inducir a una persona a actuar de determinada manera o a adoptar alguna postura en particular generando ideas y haciendo que la aceptación de la información presentada se considere como verdadera por un actor externo que de modo consciente busca influir en las conductas y opiniones de aquella mediante mensajes subliminales (Álvarez, 2010; Guerra, 2003; Moscovici, 2008; Simons, Morreale y Gronbeck, 2001; Tonani y Campos, 2008).

Se ha señalado que un mensaje persuasivo de gran impacto expresa argumentos en pro y en contra, pues de esa manera el receptor tiene la impresión de estar ante un emisor imparcial e íntegro; hasta cierto punto, la fuente puede catalogarse como creíble (Berrocal, 2004; Moscovici, 2008; Muñoz, 1994). Por otra parte, el mensaje puede ser enviado por diversos medios y su efecto se relaciona con la modalidad que se utilice (interpersonal, escrita o audiovisual), las interferencias y el doble flujo. En cuanto al receptor, sus características personales, la disposición que tenga a recibir la información, las variables sociodemográficas, su autoestima y la necesidad de aprobación, entre otras, pueden afectar el proceso persuasivo (Cavazza, 1999; Felicidad, 1998; Sabre, 2010a).

El modelo de probabilidad de elaboración (*Elaboration Likelihood Model*) (MPE en lo sucesivo) se centra en analizar la importancia que la motivación intrínseca tiene en las personas para elaborar un mensaje persuasivo que llegue a sus sentidos (Igartúa, 2011; Petty y Cacioppo, 1986; Sabre, 2010b). Al impactar el mensaje en el receptor, este puede analizar la información y aceptar o rechazar el mensaje. Lo interesante del proceso es entender hasta qué punto el sujeto puede elaborar cogniciones o pensamientos relacionados con el mensaje persuasivo recibido.

El proceso persuasivo implica dos rutas: la central y la periférica (Alvarado, 2011; Pastor y Juste, 2010; Pérez, 2011). La ruta *central* se activa cuando el sujeto presta atención a la información que se le transmite en virtud de que tiene interés en conocer sobre el tema; al captar el mensaje, analiza la información de manera detallada y sistemática, utilizando para ello las experiencias y conocimientos previamente adquiridos (Chávez, 2007; Falces, Briñol, Sierra, Becerra y Alier, 2001). La ruta *periférica* se activa sobre todo cuando la persona tiene escaso interés en el mensaje y da respuestas rápidas guiadas por indicios simples, como el atractivo de la fuente, las recompensas, las características superficiales del mensaje, las reacciones de otros sujetos, el número de argumentos presentados y las estadísticas que lo avalan (Chávez, 2009; Moya, 1999).

El fenómeno de la persuasión, de acuerdo al MPE, ocurre de la siguiente manera: primeramente el mensaje persuasivo entra en contacto con el receptor, quien puede estar motivado o no para procesar la información. De estar motivado, entrará en un estado de interés para elaborar cogniciones, lo que activa el proceso de la ruta central, donde se analiza la calidad del argumento. Si se encuentra en disposición de descodificar la información persuasiva, el receptor elaborará pensamientos favorables, desfavorables o neutrales. Los pensamientos desfavorables y favorables provocan un cambio en la estructura cognitiva del destinatario que se puede identificar por medio de la modificación de las respuestas y cogniciones que aquél adopta y almacena en la memoria. De ser así, se puede propiciar un cambio de actitud positiva o negativa ante el mensaje (Hernández, 2009; Nai-Hwa, 2001; Pastor y Juste, 2010).

En cuanto a la ruta periférica, lo primero que ocurre es la recepción del mensaje. El receptor, al no estar motivado para procesar la información, se centra en las variables relacionadas con aspectos que requieren poco análisis (afecto, credibilidad de la fuente y número de argumentos). Si cuenta con uno o más aspectos, podría haber una variación en la actitud con poca solidez y que predice escasamente la conducta (Chávez, 2009). La ruta central, en cambio, produce un cambio actitudinal más duradero y predice mejor la conducta (Briñol, Gandarillas, Horcajo y Becerra, 2010; Choi y Salmon, 2003; Falcez et al., 2001). Si se varía la información presentada y se muestran argumentos a favor, en contra o ambos, manteniendo como constantes la fuente y el contexto, es posible que varíe el grado de influencia de esa información en el receptor según sea el caso.

Persuasión y donación de órganos

En el ámbito de la donación de órganos y trasplantes, las campañas en las que se fomenta una actitud favorable hacia la misma utilizan diversos medios de transmisión (radio, televisión, prensa, conferencias, folletos, etc.) (Cornejo, Barril y Heredia, 2013). Investigaciones como la de Lozano (2002) y la de Díaz, Gautier, Pérez y Villarreal (2013) son ejemplos de estudios en los que se utilizan técnicas persuasivas para modificar esas actitudes. En el estudio de Lozano (2002), cuyo objetivo fue investigar las actitudes ante la donación de órganos y tejidos en una muestra de mexicanos, así como probar ciertas estrategias de persuasión, se dividió a la población en dos grupos: uno en el que un experto en el tema proporcionaba la información, y otro en el que los participantes la discutían, siendo el moderador el mismo experto. Al evaluar su impacto relativo en dichas actitudes y en la intención conductual (la elaboración del carnet de donador), se halló que la población estudiada tenía una actitud favorable hacia la donación de órganos y que, de las técnicas de persuasión utilizadas, la de mayor impacto fue aquella en que intervino el experto, pues modificó en un grado mayor las actitudes y la intención conductual. Díaz et al. (2013), pretendiendo comprobar si la presentación de argumentos positivos y negativos influyen en las actitudes hacia la donación de órganos, determinaron

que no había diferencias estadísticamente significativas entre el grupo al que se le presentaron solamente argumentos en contra y el grupo que recibió únicamente argumentos a favor.

Debido al escaso número de estudios destinados a evaluar el efecto del cambio de actitudes de diferentes modalidades para ofrecer la información, el objetivo de la presente investigación fue estudiar si ofrecer información sobre la donación de órganos incide en las actitudes de los estudiantes, y analizar además si hay diferencias en el cambio de actitudes en función de diferentes modalidades: por un lado, según la evaluación de las actitudes (antes y después, o solo después de proporcionar información sobre la donación de órganos) y, por otro, según la forma en que se ofrece la información acerca de la donación de órganos, de la cual se consideraron tres modalidades: información base, información base con motivos para no donar, e información base con motivos para donar y para no hacerlo.

Materiales

Este fue un estudio cuantitativo de tipo comparativo, con un diseño experimental que tuvo como propósito principal evaluar el efecto de las diversas modalidades de información (en función del tipo de argumentos proporcionados y de si se evalúan previamente las actitudes) en las actitudes de estudiantes universitarios. Un primer objetivo específico fue verificar el impacto que tiene ofrecer información sobre las actitudes en los jóvenes. Uno más, determinar si hay un efecto en las actitudes en función de si éstas se evalúan antes de ofrecer la información. Por último, determinar si la modalidad de información proporcionada influye en las actitudes de los sujetos.

MÉTODO

Participantes

La muestra, elegida por conveniencia, fue de 137 participantes, todos ellos alumnos de las carreras de Administración de Empresas (23), Gestión Empresarial (93) e Ingeniería Electrónica (21) del Instituto Tecnológico Regional de Estudios Superio-

res de Morelia (México). La muestra total estuvo conformada por 60 hombres (43.8%) y 77 mujeres (56.2%), con una edad media de 19.43 años (D.E. = 1.85). La población blanco se estableció tomando como criterio que fueran jóvenes de entre 18 a 23 años de edad.

Instrumentos

Para medir la actitud se utilizó el cuestionario Actitud ante la Donación de Órganos (*Attitude Toward Organ Donation*), en la versión de Morgan y Mille (2002). Es ésta una escala conformada por seis reactivos tipo Likert, cada uno de ellos con siete opciones de respuesta, que van de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”. A mayor puntuación, el grado de actitud favorable ante la donación es más elevado. El cuestionario tiene una confiabilidad α de Cronbach de 0.88.

Procedimiento

Primeramente, se contactó con los directivos y profesores del Instituto Tecnológico, a quienes se explicó el objetivo de la investigación y la importancia de su colaboración. Una vez que accedieron, se visitó a los alumnos para solicitarles su participación y obtener su consentimiento informado.

Las presentaciones se hicieron dentro de las instalaciones de la institución, en aulas ventiladas y con buena iluminación. De acuerdo a los objetivos de la investigación, primeramente se hizo un sorteo para determinar qué tipo de intervención iba a recibir cada grupo, y después se conformaron seis grupos en los que se combinaron los dos tipos de evaluación (preintervención, postintervención y solo postintervención) y las tres modalidades de presentación de la información del siguiente modo: Grupo 1: información básica y evaluación de la actitud antes y después de la intervención; Grupo 2: información básica junto con motivos en contra de donar y evaluación sólo después de la intervención; Grupo 3: información básica junto con motivos en contra de donar, y evaluación antes y después de la intervención; Grupo 4: Información básica junto con motivos a favor y en contra de donar, y evaluación sólo después de la intervención; Grupo 5: información básica junto con motivos a favor y en contra de donar, y evaluación

antes y después de la intervención, y Grupo 6: información básica y evaluación de la actitud solo después de la intervención.

Las sesiones de los grupos evaluados antes y después tuvieron una duración aproximada de 45 minutos; en el caso de los grupos evaluados solamente después, esa duración fue de alrededor de 40 minutos. La diferencia de tiempo entre la exposición de la información base (30 minutos), información con los motivos para no donar (34 minutos) e información con los motivos para donar y no donar (36 minutos) fue de pocos minutos.

La denominada aquí “información base” contenía datos sobre qué es la donación, los tipos de donadores o el consentimiento familiar, entre otros. Por su parte, la información con motivos para donar incluía frases a favor, como “Darle la oportunidad a otra persona de mejorar su calidad de vida”; en contraste, los motivos para no donar mencionaban algunos posibles inconvenientes, como “Es un proceso largo que puede durar desde 24 hasta 72 horas”.

RESULTADOS

Respecto al impacto del ofrecimiento de información sobre las actitudes, se observó después de la intervención (independientemente de la modalidad) una actitud más favorable ($M = 36.76$, D.E. = 4.0) hacia la donación ($t[61] = -6.080$; $p < 0.001$) respecto a la media inicial ($M = 34.24$, D.E. = 5.03)

Cuando se hizo la comparación entre las actitudes medidas antes y después de presentar la información y las que solo fueron evaluadas después, se observó que el nivel de las actitudes de los participantes que fueron evaluados previamente ($M = 36.76$, D.E. = 4.03) fue más favorable ($t[132, 249] = 3.273$; $p = 0.001$) que el que manifestaron los participantes que solo fueron evaluados al finalizar la intervención ($M = 34.04$, D.E. = 5.66).

Sin embargo, no se observaron diferencias ($F = 1,653$; $p = 0.195$) en función del tipo de información proporcionada: información base ($M = 35.78$, D.E. = 4.65), información base con motivos para no donar ($M = 35.81$, D.E. = 4.51) e información base con motivos para no donar y para donar ($M = 34.07$, D.E. = 6.23).

Por otro lado, cuando se realizó un ANOVA de dos vías, se observó un modelo significativo ($F = 3,319$; $p = 0.007$) con $R^2 = 0.112$. Se observó significación respecto a si se hacía una evaluación previa ($F = 6,443.76$; $p = 0.004$), y no respecto a si la información se ofrecía sin argumentos, con motivos para no donar o con argumentos a favor y

en contra de donar ($F = 1,873.16$, $p = 0.158$). También resultó significativa ($F = 6,667.76$, $p = 0.004$) la intersección entre ambos factores (la evaluación de las actitudes pretest y postest y solamente postest y el tipo de información proporcionada). Se ofrecen los datos de cada grupo en la Tabla 1.

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar de la actitud de los seis grupos evaluados antes y después.

Información ofrecida	Grupos	Medición antes		Medición después	
		M	D.E.	M	D.E.
I B	1	M = 33.00	D.E. = 5.35	M = 35.96	D.E. = 4.80
	6			M = 35.50	D.E. = 4.55
I + M C	2			M = 34.51	D.E. = 4.34
	3	M = 36.10	D.E. = 4.21	M = 38.10	D.E. = 3.91
I + M F y C	4			M = 32.46	D.E. = 7.69
	5	M = 33.72	D.E. = 5.14	M = 36.22	D.E. = 2.67

Nota: I B: Información básica, I + M C: Información y motivos en contra I + M F y C: Información y motivos a favor y en contra.

DISCUSIÓN

El primer objetivo del presente estudio fue valorar el impacto de ofrecer información sobre las actitudes ante la donación de órganos y tejidos, corroborándose un cambio a favor de donar después de proporcionar la información (tomando en consideración las tres modalidades de información de forma conjunta), lo que concuerda con lo reportado por Díaz (2002). Por otro lado, respecto al segundo objetivo, se encontró que evaluar previamente las actitudes favoreció el cambio posterior, lo que podría explicarse en razón de que probablemente la actitud de la mayoría de los participantes antes de la intervención era favorable a la donación, es decir, polarizada al extremo positivo (Arenas, 2009). Así, la evaluación previa la hizo más presente y consciente, y es posible que después de la intervención identificaran algún otro elemento nuevo que fortaleciera la actitud identificada previamente.

En cuanto al tercer objetivo, que era determinar si la modalidad de información proporcionada influye en las actitudes de los jóvenes, no se observaron diferencias significativas en las tres modalidades consideradas (información básica, información básica junto con motivos para no donar e información básica junto con motivos

para donar y no donar). El resultado discrepa de lo expuesto por Basanta y Romero (2010), quienes destacan la importancia de los argumentos bilaterales para mejorar la credibilidad y favorecer así el cambio de actitud, aunque debe señalarse que estos autores aluden a las actitudes de forma genérica. Sin embargo, en el ámbito de las actitudes respecto a la donación de órganos, Díaz et al. (2013) hallaron resultados similares, tal vez en virtud del hecho de que generalmente la mayoría de las personas tiene actitudes favorables hacia la donación de órganos, por lo que ofrecer argumentos no provoca resistencias en el receptor, como sucede en otros ámbitos (política, ofrecimiento de productos que pueden comprar, etc.), en los que el evaluado supone que se le puede estar manipulando (Briñol et al., 2010).

Un dato relevante es que el tema analizado fue al parecer de interés para los participantes, ya que algunos de ellos hicieron preguntas encaminadas a enriquecer la información obtenida, lo que podría estar relacionado con un proceso de elaboración de cogniciones detallado y, por tanto, con el uso de la ruta central (Chávez, 2009; Moya, 1999).

Es necesario tomar con cierta cautela los presentes resultados, pues deben señalarse algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, no se conocen los datos de validez de la escala de

actitud en población mexicana y tampoco de la versión original. También hay que recordar que el muestreo no fue representativo de la población; de hecho, la muestra empleada fue muy homogénea en cuanto a edad y formación, por lo que es necesario ser prudentes y no generalizar los hallazgos a población con características sociodemográficas diferentes. En posteriores investigaciones se sugiere realizar previamente estudios donde se determinen las propiedades psicométricas para la población mexicana de instrumentos sobre las actitudes hacia la donación de órganos.

Por otro lado, sería interesante realizar un seguimiento, de modo que se evaluara si el cambio de actitudes se mantiene en el tiempo, y asimismo analizar si el cambio supone algún tipo de acción observable, como por ejemplo hacerse del carnet de donante. Se propone ampliar la muestra con participantes de diferentes edades y niveles de escolaridad y, sobre todo, incluir personas que en principio manifiesten actitudes neutras o en contra de la donación de órganos, en los cuales es posible que el ofrecimiento de argumentos pueda ejercer una influencia significativa en su cambio. Además, parece recomendable que en in-

vestigaciones subsecuentes se estudien aspectos sobre la credibilidad de la fuente (por ejemplo, el uso o no de bata blanca), así como el impacto que tiene el medio de transmisión de la información en las actitudes.

Los resultados obtenidos indican que las campañas de donación de órganos en las que se proporciona meramente información, sin ofrecer ningún tipo de argumento a favor o en contra, son efectivas para favorecer la actitud hacia la donación de órganos, de modo que es más económico, y por ello más eficiente, proporcionar información sobre tal donación sin proveer argumentos adicionales al respecto. Se sugiere incidir sobre la población que tiene una actitud ya favorable hacia la donación (que probablemente es un porcentaje elevado) para aumentar el número de personas dispuestas a donar y, por tanto, disminuir la cantidad de pacientes que se encuentran a la espera de un trasplante. Los hallazgos de la presente investigación no desaconsejan que se hagan evaluaciones previas, al menos en personas que manifiestan una actitud favorable, debido a que parecen incidir de forma positiva sobre la actitud ante la donación de órganos.

REFERENCIAS

- A.A. (2015). "Impulsan la cultura de donación de órganos". *La Voz de Michoacán*, Sección Regional, 12 de octubre. Disponible en <http://www.lavozdemichoacan.com.mx/regional/impulsan-la-cultura-de-donacion-de-organos/>.
- Alvarado, M.A. (2011). *Influencia de la publicidad televisiva en el consumo de cereales azucarados en niños de Morelia*. Tesis inédita de licenciatura. Morelia (México): Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Disponible en <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/handle/123456789/6618>.
- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20(1), 97-102.
- Andrade C., V. y Gallegos G., D. (2015). *Nota informativa*. Morelia (México): Consejo Estatal de Trasplantes del Estado de Michoacán.
- Arenas S., M. (2009). *Actitudes, percepciones y prácticas corporales de los usuarios adultos de programas de actividad física en las subregiones de Antioquia*. Tesis inédita de maestría. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia. Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/145-actitudes.pdf>.
- Arnau S., L., Filella G., G., Jariot G., M. y Montané C., J. (2011). Evaluación de un programa de cambio de actitudes con preconductores para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en Cataluña. *Adicciones*, 23(3), 257-265. Disponible en http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=728.
- Ayala S., M. (2006). *Donación y trasplante de órganos tejidos y células: mitos y realidades* (2ª ed). México: Trillas.
- Basanta Z., G. y Romero P., R. (2010). Lineamientos teóricos de la comunicación persuasiva y su relación en la mediación de conflictos en Universidades Nacionales Experimentales del Estado de Zulia. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(1), 28-38. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28016297004.pdf>.
- Berrocal, S. (2004). Una aproximación a la nueva retórica del líder político televisivo: acciones, cualidades y discurso. *Doxa*, 2, 53-67. Disponible en <http://doxacomunicacion.es/pdf/articuloberrocal.pdf>.

- Bernal S., A. (2009). *Relación de las actitudes de los estudiantes hacia la matemática antes y después de haber cursado y aprobado los programas de cálculo diferencial e integral en la Universidad Sergio Arboleda*. Tesis inédita de maestría. Bogotá (Colombia): Universidad Sergio Arboleda. Disponible en [http://ima.usergioarboleda.edu.co/pelusa/pelusa\(2\)/documentos/Tesis_Alejandro%20Bernal.pdf](http://ima.usergioarboleda.edu.co/pelusa/pelusa(2)/documentos/Tesis_Alejandro%20Bernal.pdf).
- Briñol, P., Falces, C. y Becerra, A. (2007). Actitudes, cambio de actitudes y proceso de influencia. En J. Morales., E. Gavira., M. Moya. e I. Cuadrado (Eds.): *Psicología Social* (pp. 458- 474). México: McGraw-Hill.
- Briñol, P., Gandarillas, B., Horcajo, J. y Becerra, A. (2010). Emoción y meta-cognición: implicaciones para el cambio de actitud. *Revista de Psicología Social*, 25(2), 157-158. Disponible en http://www.uam.es/proyectosinv/attitude/Doc/Publicaciones/19_BRI%C3%91OL_ET_AL_2010.pdf.
- Briñol, P., Horcajo, J. y Petty, R. (2010). Consumer persuasion: indirect change and implicit balance. *Psychology and Marketing*, 27(10), 938-963.
- Cavazza, N. (1999). *Comunicación y persuasión*. Madrid: Acento Editorial.
- Centro Nacional de Trasplantes (2016). *Estadísticas*. Morelia (México): COETRA. Disponible en http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html.
- Chávez V., G. (2007). Estilos atribuciones y necesidad cognitiva en estudiantes universitarios del cuadro de méritos y de riesgo académico. *Revista de Psicología*, 9, 40-51. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a04.pdf.
- Chávez V., G. (2009). Estilos atribucionales, necesidades cognitiva y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *UCV Scientia*, 1(1), 21-32. Disponible en <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v1n1/a14v1n1.pdf>.
- Choi, S.M. y Salmon, C. (2003). The elaboration likelihood model of persuasión after two decades: a review of criticisms and contributions. *The Kentucky Journal of Communication*, 22(1), 47-77.
- Cornejo C., G., Barril M., C. y Heredia J., F. (2013). Entrega de información y voluntariedad en el consentimiento presunto de la Ley de Donación de Órganos en Chile. *Revista ANACEM*, 7(1), 49-53. Disponible en <http://revista.anacem.cl/web/wp-content/uploads/2013/07/7.1.13-ley-de-donaci%C3%B3n-de-%C3%B3rganos-en-Chile.pdf>.
- Díaz P., E. (2002). El factor actitudinal en la atención a la diversidad. Profesorado. *Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 6(1-2), 151-165. Disponible en <http://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL3.pdf>.
- Díaz, M., Gautier, R., Pérez, M. y Villarreal, J. (2013). Efecto del tipo de encuadre de resultados en los mensajes persuasivos sobre la actitud hacia la donación de órganos (Cartel). *Jornada de Investigación en Psicología Experimental*. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Disponible en <http://psicologiaucvdotcom.files.wordpress.com/2012/03/diaz-gauthier-perez-y-villareal.pdf>.
- España R., E. (2010). *Conocimiento, actitudes, creencias y valores en los argumentos sobre un tema socio-científico relacionado con los alimentos*. Tesis doctoral inédita. Málaga (España): Universidad de Málaga. Disponible en <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17668566.pdf>.
- Falces, C., Briñol, P., Sierra, B., Becerra, A. y Alier, A. (2001). Validación de la Escala de Necesidad de Cognición y su aplicación al estudio del cambio de actitudes. *Psicothema*, 13(4), 622-628.
- Felicidad L., A. (1998). De la persuasión a la intervención. Los MCM y su papel en la intervención comunitaria. *Intervención Psicosocial*, 7(3), 379-396. Disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/43320.pdf>.
- Gutiérrez T., D. (2009). *Las actitudes de los residentes ante el turismo*. Tesis doctoral inédita. Santa Cruz de Tenerife (España): Universidad de la Laguna. Disponible en <ftp://tesis.btk.ull.es/ccssyhum/cs256.pdf>.
- Guerra G., A. (2003). *Comunicación persuasiva en las vallas de licores y bebidas alcohólicas en el Municipio de Guatemala*. Tesis inédita de licenciatura. Guatemala: Universidad Francisco Marroquín. Disponible en <http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3751.pdf>.
- Hernández P., M. (2009). *Efectos de la manipulación del arousal /valencia de programas de televisión en bloques publicitarios: estudios psicofisiológicos*. Tesina inédita de de licenciatura. Murcia (España) Universidad de Murcia. Disponible en <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/19377/1/Tesina%20de%20Licenciatura%20de%20Manuel%20Hernandez%20Perez%202009.pdf>.
- Huerta P., J. (2008). *Actitudes humanas, actitudes sociales*. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en <http://umer.es/wp-content/uploads/2015/05/n47.pdf>.
- Igartúa J., J. (2011). Mejor convencer entreteniéndolo: comunicación para la salud y persuasión narrativa. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), 69-83. Disponible en <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/12>.
- Leal M., E. y Braga M., M. (2008). El rechazo al pedido de donación de órganos y tejidos para trasplante. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16(3), 1-8.
- Lozano R., G. (2002). *Actitudes y estrategias de persuasión hacia la donación de órganos y tejidos*. Tesis inédita de doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://132.248.9.195/pdtestdf/0309346/Index.html>.
- Mora R., J. y Martínez S., J. (2001). Escala de Actitud hacia la Homosexualidad: propiedades psicométricas y aspectos diferenciales por sexos. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 21(1), 105-124. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/654/65421407006.pdf>.

- Morgan, S.E. y Miller, J.K. (2002). Communicating about gifts of life: The effect of knowledge, attitudes, and altruism on behavior and behavioral intentions regarding organ donation. *Journal of Applied Communication Research*, 30, 163-178.
- Moscovici, S. (2008). *Psicología social I: Influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos* (3ª ed.). México: Paidós.
- Muñoz, B. (1994). El estado actual de la sociología de la cultura y de la comunicación de masas en los estados. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 8, 95-109. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2282505.pdf>.
- Moya, M. (1999). Persuasión y cambio de actitudes. En J. F. Morales (Ed.): *Psicología social* (2ª ed.) (pp. 215-232). Madrid: McGraw-Hill.
- Nai-Hwa, L. (2001). Elaboration likelihood model in costumer research: a review. *Proceedings of the National Science Council*, 11(4), 301-310.
- Pastor, L. y Juste, J. (2010). Persuasión bajo la línea de flotación. Investigaciones sobre la vía heurística en los medios de comunicación. *Análisis*, 40, 47-67. Disponible en [http://C:/Users/admin/Downloads/243375-326375-1-PB%20\(4\).pdf](http://C:/Users/admin/Downloads/243375-326375-1-PB%20(4).pdf).
- Pérez R., I. (2011). *Estudio de la imagen de responsabilidad social corporativa: formación e integración en el comportamiento del usuario de servicios financieros*. Tesis inédita de doctorado. Santander (España): Universidad de Cantabria. Disponible en <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/36868/0de5.APRprevio.pdf?sequence=1>.
- Petty, R.E. y Cacioppo, J.T. (1986). Elaboration Likelihood Model. *Advances in Experimental Social Psychology*, 19, 124-162.
- Rosenberg, M.J. y Hovland, C.L. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. En C.I. Hovland y M. J. Rosenberg (Eds.): *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components* (pp. 1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Ruiz, C. (2015). Aumenta la cultura de la donación de órganos en Michoacán. *Quadrantín*. Disponible en <https://www.quadratin.com.mx/morelia/Aumenta-la-cultura-donacion-organos-Michoacan/>.
- Sabre, M. (2010a). Implicación y encuadre como factores de eficacia en los mensajes publicitarios de las ONG. *Comunicación y Sociedad*, 24(1), 269-301.
- Sabre, M. (2010b). *Publicidad audiovisual de las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONGD). El encuadre y la implicación como factores de eficacia persuasiva*. Tesis inédita de doctorado. Salamanca (España): Universidad de Salamanca. España. Disponible en http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76553/1/DSC_ElisaSabreM_PublicidadAudiovisualONGD.pdf.
- Simons, H., Morreale, J. y Gronbeck, B. (2001). *Persuasion in society* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tonani, M. y Campos, C.E. (2008). Cancer risk and preventive behavior: persuasion as an intervention strategy. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16(5), 864-870. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500011&script=sci_arttext.
- Torres R., E. y Fernández C., A. (2012). Instrumento para el análisis y evaluación de los conocimientos, actitudes y acciones hacia los murciélagos en la Mixteca poblana. *Investigación Ambiental*, 4(1), 4-18. Disponible en <http://www2.inecc.gob.mx/publicaciones/gacetas/663/murcielagos.pdf>.
- Valdés D., M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. Tesis inédita de doctorado. Sevilla (España): Universidad de Sevilla. Disponible en http://www.psi-quiatria.com/imgdb/archivo_doc9003.pdf.

Satisfacción con la imagen corporal y calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria por cáncer: una revisión sistemática

Body image satisfaction and quality of life in women with mammary reconstruction after cancer: A systematic review

Martha Juliana Villegas Moreno y Constanza Londoño

Citación: Villegas M., M.J. y Londoño, C. (2019). Satisfacción con la imagen corporal y calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria por cáncer: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 29(2), 259-268.

RESUMEN

El cáncer de mama, enfermedad que causa el mayor número de muertes en las mujeres, acarrea devastadoras consecuencias para su calidad de vida, más aún cuando se someten a una mastectomía, tras de la cual se les propone generalmente la reconstrucción mamaria, bien sea con implantes, expansores o colgajos. El propósito de esta revisión sistemática fue identificar el efecto que tiene dicha reconstrucción en la satisfacción con la imagen corporal y la calidad de vida de estas mujeres, revisión que se llevó a cabo utilizando diferentes bases de datos mediante la combinación de palabras clave en los idiomas español e inglés. Como resultado, se encontraron 290 artículos que cumplían con los criterios de selección. Al aplicar la prueba DIAD, se seleccionaron solamente cinco artículos que cumplían con los parámetros de calidad para la investigación en intervenciones clínicas. A partir de tales estudios, se concluye en general que la reconstrucción mamaria tipo TRAM genera un mayor nivel de satisfacción con la imagen corporal y una mejoría en la calidad de vida; sin embargo, el ejercicio de la sexualidad continúa afectado en tales mujeres. Por último, se señala que el hecho de involucrarse de manera activa en el proceso y en la toma decisional de las pacientes tiene efectos positivos en su calidad de vida.

Palabras clave: Cáncer de mama; Mastectomía; Imagen corporal; Calidad de vida; Reconstrucción mamaria; Revisión sistemática.

ABSTRACT

Breast cancer causes the greatest number of deaths for women and produces devastating consequences for their quality of life, especially when a mastectomy is performed. In this circumstance breast reconstruction is usually proposed, either through implants and expanders or with flaps. The purpose of the present systematic review was to identify the effect of breast reconstruction on body satisfaction, body image and quality of life. A systematic search was conducted in diverse databases, combining keywords in both Spanish and English. An initial total of 290 articles met the selection criteria. When the DIAD Test, was applied, only five articles met the quality parameters for research in clinical interventions and were selected. As a general conclusion, TRAM type breast reconstruction generates a higher level of satisfaction with body image and improves quality of life; however, the exercise of sexuality continues being affected in these women. Finally, it can be pointed out that being actively involved in the process and in decision-making process positively contributes to better patients' quality of life.

Key words: Breast cancer; Mastectomy; Body image; Quality of life; Breast reconstruction; Systematic review.

¹ Programa de Psicología, Universidad Católica de Pereira, Carrera 21, Núm. 49-95, Av. de las Américas, Pereira (Colombia), tel. (57)63-12-40-00, correo electrónico: mjvillegas16@ucatolica.edu.co. Artículo recibido el 2 de agosto y aceptado el 23 de noviembre de 2018.

² Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Av. Caracas 46-72, Bogotá (Colombia), tel. (57)13-27-73-00, correo electrónico: clondono@ucatolica.edu.co.

Es bien sabido que el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015 ocasionó 8.8 millones de defunciones, siendo el cáncer de mama la más importante causa de muerte por cáncer en las mujeres (OMS, 2017). La Organización Panamericana de la Salud, la Sociedad Médica Oncológica de Latinoamérica y la OMS estiman que en el año 2030 habrá más de 596 mil nuevos casos y más de 142 mil muertes por esta enfermedad en América Latina y el Caribe (cf. Agencia Internacional de Investigación en Cáncer, 2012).

Hay diferentes tipos de tratamientos para el cáncer de mama, entre ellos los quirúrgicos (mastectomía) (Álvarez et al., 2015; Marré, Gantz, Villalón y Roco, 2016; Román, 2007; Yustos, Angulo y Soto, 2017), que van de radicales a conservadores (Cruz y Morales, 2014). Entre los primeros, la mastectomía consiste en la extirpación de la mama, cuya secuela física inmediata son los diferentes conflictos con la autoimagen en virtud de que dicha operación trae consigo una importante deformidad física del cuerpo, y visualmente supone serias consecuencias emocionales (como depresión y ansiedad), cognitivas y comportamentales (Bindu y Baboo, 2017; Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014; Segura, García y Gutiérrez, 2014).

Los senos son concebidos culturalmente como un símbolo de la mujer, la maternidad, el atractivo físico, la feminidad, el erotismo, la sensualidad, la sexualidad y la capacidad reproductora, entre otros. Es por ello que las consecuencias de perder uno o ambos senos repercuten de manera drástica en la imagen corporal y en la calidad de vida de la mujer (Cucarella, 2013; Gallegos, Pérez y Bustamante, 2017; Morales, Torres y Vega, 2016; Tumas, Díaz y Carbonetti, 2013; Villamil et al., 2012).

La pérdida ocasionada por la intervención quirúrgica provoca en efecto cambios drásticos en la apariencia corporal y deja importantes cicatrices, deformidades y linfedemas (hinchazones), lo que afecta la capacidad de lactar, la sensibilidad, la movilidad de los brazos o su entumecimiento, entre otros efectos propios de la cirugía (Bruant-Rodier y Bodin, 2014; Fernández, 2004; Mejía, 2012).

No obstante, las mujeres pueden someterse a una nueva cirugía para reconstruir la forma del seno y con ello recuperar una apariencia corporal positiva (Instituto Nacional del Cáncer, 2016). Hay dos técnicas principales para reconstruir la mama: la reconstrucción con implante y la reconstrucción autóloga o con colgajo. Respecto a esta última, hay diferentes tipos de procedimiento: implante que se hace de forma inmediata, expansión seguida de implante que puede ser inmediato o retrasado, colgajo de músculo recto transversal del abdomen (TRAM), colgajo del músculo recto transversal del abdomen libre sin afectación de músculo (DIEP), colgajo de arteria epigástrica superficial inferior (SIEA), perforante de la arteria glútea (GAP por sus siglas en inglés) o perforante de la arteria femoral profunda (PAP, también por sus siglas en inglés). Estos últimos procedimientos pueden realizarse inmediatamente o un tiempo después de ocurrida la cirugía (Breastcancer, 2016).

A pesar de ser un procedimiento simple, la reconstrucción mamaria con implantes tiene resultados estéticos o naturales más pobres, así como un elevado índice de complicaciones, como seromas o necrosis cutáneas, aunque autores como Negenborn et al. (2018) hallan que la intervención por medio de esta técnica genera una mayor satisfacción para la paciente que el uso de matrices dérmicas celulares. En la reconstrucción autóloga, esto es, con colgajos o tejidos propios, se presentan necrosis del colgajo, grasa, hernias y eventraciones, por lo que hay algunas contraindicaciones para su realización, como tener antecedentes de TRAM o abdominoplastia, de vaciamiento axilar con radioterapia asociada, toracotomías o índice de masa muscular mayor a 28 (Sepúlveda, 2016).

Es evidente que reconstruir las mamas conlleva diversos riesgos para la salud y la calidad de vida de la mujer, pero en ciertos casos es necesario considerar su necesidad para salvaguardar su autoestima y estado emocional. A este respecto, Porroche (2013) plantea que la reconstrucción inmediata puede más bien dificultar la elaboración del duelo, pues es posible que evite la expresión de emociones como el temor, la ira o la tristeza, así como el proceso de redescubrir un nuevo cuerpo, aceptarlo y adaptarse a él.

En virtud de que una quinta parte de las pacientes sometidas a mastectomía optan por la re-

construcción mamaria (Sepúlveda, 2016), es pertinente, en el campo de la psicología de la salud, revisar los avances de la literatura científica respecto al impacto que esta cirugía tiene en las personas que optan por ella. Por consiguiente, el objetivo principal de este trabajo fue identificar si la reconstrucción mamaria mejora la satisfacción con la imagen corporal y la calidad de vida de pacientes mastectomizadas. Tal tarea se llevó a cabo a través de una revisión sistemática y la aplicación de la prueba DIAD (por sus siglas en inglés) para el diseño e implementación de la metodología a la literatura hallada.

MÉTODO

Universo

Se realizó una búsqueda de la literatura científica publicada en inglés o en español, del año 2012 al mes de junio de 2017, referente a la recuperación de la satisfacción con la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria debida a la mastectomía por cáncer de mama.

A este efecto, se desarrolló un protocolo de trabajo denominado PICOS (Población-Intervención-Características del grupo control-Variables o constructos-Diseño de los estudios). A partir de la aplicación de este protocolo se lograron definir los criterios de búsqueda bibliográfica, llevar a cabo la de los artículos que cumplieran con los criterios establecidos, seleccionarlos según la prueba DIAD, elaborar el diagrama de flujo PRISMA, revisar de forma completa los textos seleccionados, analizar la información y presentar por último el informe correspondiente.

Criterios de selección de artículos a partir de la aplicación del protocolo PICOS

Se incluyeron aquellos artículos que implicaran mujeres mastectomizadas como población objeto, que dicha mastectomía fuera de tipo radical y simple, y que se hubiese originado como consecuencia de un cáncer de mama en mujeres de cualquier edad. No necesariamente debía haberse utilizado un grupo control en los estudios localizados, y estos podían ser descriptivos, correlacionales o cuasiex-

perimentales. Los criterios de exclusión fueron a su vez los referidos a lumpectomías o mastectomías subcutáneas.

Estrategias de búsqueda, selección y revisión de los estudios

Para la realización de este estudio, la estrategia general de búsqueda fue la siguiente: (Mastectomía OR Reconstrucción mamaria) AND (Calidad de vida OR Imagen Corporal OR Satisfacción corporal); (Reconstrucción mamaria) AND (Calidad de vida).

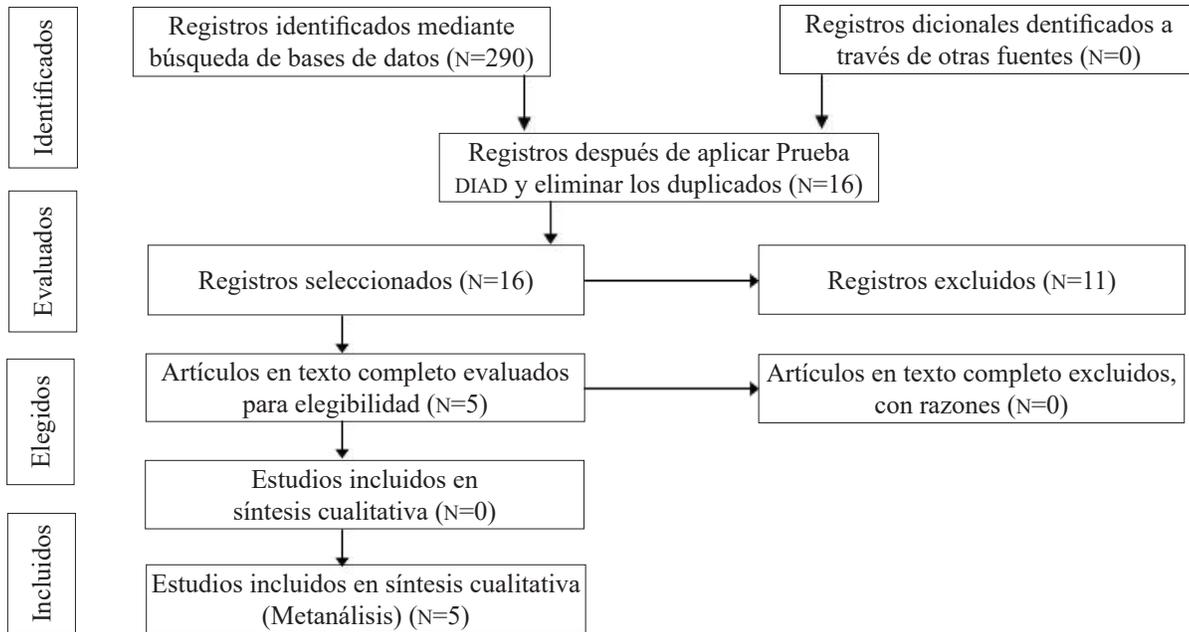
(Reconstrucción mamaria) AND (Satisfacción corporal OR Imagen corporal).

Como fuentes documentales se tuvieron en cuenta bases de datos con sus respectivas rutas de búsqueda, como *Science Direct*: (reconstrucción mamaria OR cáncer de seno) AND (calidad de vida OR imagen corporal OR satisfacción corporal) (imagen corporal OR calidad de vida) AND (mastectomía OR cirugía reconstructiva) (reconstrucción mamaria OR mastectomía) AND (calidad de vida OR imagen corporal). *Medline*: (body image mastectomy); (reconstruction after mastectomy) AND (body image); (reconstruction after mastectomy) AND (body image and quality of life); *PubMed*: (body image breast cancer AND reconstruction after mastectomy); (body image breast cancer OR quality life AND reconstruction after mastectomy); (body perception AND reconstruction after mastectomy); (quality life AND reconstruction after mastectomy) (quality life AND reconstruction after mastectomy). *Cochrane*: (reconstrucción mamaria AND calidad de vida; calidad vida AND cáncer de mama; calidad vida AND reconstrucción mama; reconstrucción mama AND imagen corporal). Fueron particularmente útiles las fuentes clave en el tema, como *Body Image* y *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*; algunos lugares virtuales específicos del área del conocimiento, como la División de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA), ciertos lugares en los que se encontró literatura “gris” o no publicada, como *Google Scholar*, y sitios web estratégicos como fuentes de información, como los de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Institutos Nacionales de Salud (NIH).

Para la selección de los artículos se aplicó la prueba DIAD (Valentine y Cooper, 2008), la cual permite evaluar la calidad de las intervenciones efectivas en investigación respecto al diseño e implementación de los tratamientos, teniéndose en

cuenta en este caso tres factores: ajuste entre conceptos y operaciones, generalización de los hallazgos y precisión de la estimación de resultados. Una vez realizada la búsqueda, se aplicó el diagrama de flujo PRISMA (Figura I).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA en el que se presenta el número de artículos identificados para el estudio.



RESULTADOS

La Figura 1 ilustra que se identificaron 290 referencias en las bases de datos consultadas después de eliminar las duplicadas; al aplicar los criterios de la prueba DIAD, se seleccionaron 16 para la lectura completa, y de éstos se eligieron 5. Es impor-

tante señalar que la eliminación de esos 11 artículos respondió al hecho de que no cumplían los indicadores de evaluación de calidad establecidos en la prueba DIAD, los cuales, por su rigor, no son alcanzables en dichas investigaciones. En la Tabla 1 se detallan los estudios incluidos.

Tabla 1. Resultados de la evaluación de los artículos por medio de la prueba DIAD.

Referencia	Factor 1: Ajuste entre conceptos y operaciones	Factor 2: Generalización de los hallazgos	Factor 3: Precisión de la estimación de resultados
Figueroa, Rivera y Navarro (2016).	La calificación obtenida a través del cumplimiento de cada uno de los criterios que aplicaban para dicho factor fue 0.57/1, lo que se refleja en la correspondencia entre la medición realizada de las variables de satisfacción sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas a raíz del cáncer de mama.	La calificación obtenida fue 0.25/1, lo que indica que el nivel de generalización de los resultados es bajo; esto se evidencia en que si bien el estudio identificó variables relevantes, no se ajustó a la condición de reconstrucción mamaria luego de la mastectomía.	Obtuvo una calificación de 0.125/1 ya que carece de valores correspondientes al tamaño del efecto.

Continúa...

Gómez, Gómez, Lara y Tejedor (2016).	La puntuación alcanzada en este caso fue de 1/1, lo que indica total cumplimiento.	Este factor obtiene una calificación de 0.75/1 en razón de que se contó con participantes que cumplían las características requeridas, se utilizaron instrumentos de medición pertinentes, y se logró identificar otro tipo de variables que permiten comprender mejor el cambio en la satisfacción con la imagen corporal y la calidad de vida.	La calificación fue 0/1 ya que no se muestran indicadores estadísticos que permitan contrastar y evidenciar los resultados enunciados por los autores.
Brennan, Flitcroft, Warrier, Snook y Spillane (2016).	Se alcanzó un resultado de 0.57/1, pues se logran medir y describir las variables de satisfacción con la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria.	Hay una valoración de 0.75/1, por lo que se puede decir que hay un cumplimiento medianamente alto.	La estimación fue 0.38/1 dado que no se muestran indicadores estadísticos que hagan posible contrastar y evidenciar los resultados enunciados por los autores. Sin embargo, se exponen estadísticos de las subescalas de los instrumentos utilizados para medir las variables.
Rincón, Pérez, Borda y Martín (2012).	Con una calificación de 0.86/1, el artículo permite identificar el impacto de la reconstrucción mamaria en la imagen corporal y la autoestima, pero no en la calidad de vida.	Se logra un puntaje de 0.88/1, lo que indica que la muestra cumple con las características deseadas.	La valoración fue 0.25/1 ya que no se muestran indicadores estadísticos que permitan contrastar y evidenciar los resultados enunciados por los autores.
El Troudi et al. (2017).	En este factor se obtiene una calificación de 0.29/1, lo que indica un bajo cumplimiento de ajuste entre los conceptos y su medición.	Se obtiene 0.50/1, ya que si bien las características de la población cumplen con los requisitos, las pacientes refieren subjetivamente una mejoría en su imagen corporal y calidad de vida.	La calificación fue 0.25/1 ya que no se muestran indicadores estadísticos que posibiliten contrastar y evidenciar los resultados enunciados por los autores.

Nota: La tabla muestra las calificaciones obtenidas en cada trabajo en los tres factores evaluados constitutivos de la prueba DIAD. Los puntajes podían oscilar entre 0 y 1, siendo 1 la puntuación máxima en cada factor.

Como resultado de la revisión sistemática y aplicación de la prueba DIAD, se describen a continuación los artículos elegidos con el fin de comprender la puntuación obtenida y señalar algunos aspectos pertinentes en cuanto al propósito de la búsqueda misma y al tema de interés.

Como primer artículo se encuentra el elaborado por Figueroa, Rivera y Navarro (2016), quienes realizaron un estudio descriptivo y transversal en una muestra no probabilística por conveniencia de 120 mujeres diagnosticadas con algún tipo de cáncer de mama; por ende, no hubo grupos comparativos ni especificación alguna acerca del tipo de mastectomía o de reconstrucción mamaria. El instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida fue el módulo QLQ-BR23 del EORTC-30.

Se halló que las mujeres con cáncer de mama consideran la sexualidad como un área irrelevante en su vida, sobre todo cuando la contrastan con la magnitud del tratamiento de una enfermedad cuyos efectos secundarios minan su salud e inte-

gridad psíquica. No olvidan que la sexualidad no es solamente una relación coital, sino que implica también cercanía y proximidad física y emocional, lo que las apoya para reasegurar su vínculo de pareja. Sin embargo, la relación conyugal experimenta más estrés, ansiedad y preocupación, lo que se suma a la lucha de estas mujeres por sobrevivir al cáncer. Ellas, al haberse alejado sustancialmente del ejercicio de la sexualidad, evitan la reflexión sobre las implicaciones en su calidad de vida. Los autores reportan que para estas mujeres las relaciones sexuales son solo parte de una obligación derivada de su relación marital, actitud que puede estar relacionada con una sintomatología depresiva no diagnosticada en el mismo proceso de tratamiento, o bien con los duelos derivados de la pérdida de la salud.

Gómez, Gómez, Lara y Tejedor (2016) llevaron a cabo un estudio retrospectivo a lo largo de siete años en el que participaron 31 mujeres a las que se les hizo una mastectomía y recons-

trucción inmediata debido a un cáncer de mama no metastático, con axila clínicamente negativa. A ese efecto, conformaron dos grupos: el primero con 17 pacientes con reconstrucción con expansor-prótesis, excluyéndose aquellas que aún tuvieran el expansor, y un segundo grupo con 14 pacientes con colgajo muscular de dorsal ancho y prótesis. El cuestionario utilizado fue el MBROS Body Image Questionnaire.

Los autores encuentran que la imagen corporal parece haberse visto más afectada en el grupo de pacientes con mastectomía y expansor-prótesis, lo que puede deberse a que este grupo de mujeres necesitó la colocación de un expansor durante un tiempo y una cirugía posterior, lo que puede explicar la mayor alteración de la imagen corporal. Las secuelas psicológicas sobre dicha imagen y la sexualidad fueron mayores en este grupo de pacientes cuando se les comparó con pacientes mastectomizadas a las que se les realizó una reconstrucción con colgajo muscular de dorsal ancho y prótesis.

A su vez, Brennan, Flitcroft, Warriar, Snook y Spillane (2016) condujeron un estudio de tipo transversal en el que participaron 47 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y sometidas a radioterapia, a quienes la reconstrucción mamaria se les hizo mediante implantes y expansores. Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron el FACT-B para medir la calidad de vida, el BREAST-Q para evaluar la satisfacción, la Escala Body Image para la imagen corporal, y las escalas de Impacto de los Eventos y de Arrepentimiento Decisional el estrés.

Este grupo de trabajo pudo demostrar los buenos resultados cosméticos y de calidad de vida para las pacientes sometidas a la reconstrucción mamaria, una tasa de complicaciones importantes aceptablemente baja, y a la vez un arrepentimiento reducido por la decisión tomada. Cuando hubo una indicación temprana de que el resultado final podría ser subóptimo, el expansor tisular fue reemplazado por una reconstrucción autóloga, lo que tuvo beneficios en la reconstrucción autóloga retrasada. Las mujeres con tumores de alto riesgo valoraban la oportunidad de someterse a una reconstrucción mamaria y estaban dispuestas a aceptar las limitaciones de la intervención. Así, cuando se hace una elección informada, se pueden lograr altos niveles de satisfacción.

Rincón, Pérez, Borda y Martín (2012) constituyeron dos grupos para llevar a cabo su estudio: uno formado por mujeres que habían sido intervenidas mediante mastectomía sin reconstrucción mamaria posterior (Grupo 1) y otro con cirugía reconstructiva (Grupo 2). Estos dos grupos se subdividieron a su vez en cuatro subgrupos, cada uno integrado por dieciocho pacientes: pacientes con mastectomía simple unilateral sin reconstrucción mamaria; pacientes con mastectomía radical modificada unilateral sin reconstrucción mamaria; pacientes con reconstrucción mamaria inmediata, y pacientes con reconstrucción mamaria diferida. Los instrumentos que se utilizaron fueron una encuesta psicosocial, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama EORTC QLQ-BR 23 y el Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal. Los autores plantean que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico oncológico y la intervención quirúrgica es una variable relevante en la calidad de vida de estas pacientes, cuya autoestima tiene relación con el nivel de satisfacción con el resultado quirúrgico y el deterioro de la imagen corporal. En general, hubo una mejoría en la satisfacción corporal y la autoestima, pero no en el funcionamiento sexual ya que una cierta insatisfacción permanece respecto a la zona del cuerpo de pecho/tórax, y también influye el tipo de mastectomía previa; por ejemplo, la radical modificada, que implica un vaciamiento axilar completo y extirpación de toda la glándula mamaria, trae consigo mayores molestias físicas que afectan la funcionalidad del cuerpo.

El Troudi et al. (2017), en un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y comparativo a manera de ensayo clínico, analizaron a 36 pacientes que, a raíz de un cáncer de mama, accedieron a la reconstrucción mamaria, 20 de ellas con colgajo miocutáneo TRAM y 16 con colgajo dorsal ampliado. En la evaluación postoperatoria subjetiva no se encuentra definido el instrumento utilizado, aunque para identificar la depresión y ansiedad los autores utilizaron la escala HAD. Logran establecer que, respecto a su satisfacción con la imagen corporal, 55% de las pacientes refirieron estar "muy satisfechas" con la reconstrucción TRAM; en el grupo dorsal ampliado, 94% se mostraron igualmente muy satisfechas. Es importante

señalar que las pacientes medianamente satisfechas y las no satisfechas presentaron complicaciones posoperatorias. Los investigadores también aplicaron la escala HAD a las pacientes en el postoperatorio, mediante la cual la mayoría (75% en el grupo TRAM y 87.5% en el grupo dorsal ampliado) fueron catalogadas en un nivel normal; es decir, no se mostraron ansiosas ni depresiva, aceptaron satisfactoriamente su nueva apariencia física, y solo una paciente del grupo TRAM, que tuvo dos complicaciones, se catalogó como grave dada la puntuación que obtuvo al realizar el test.

DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática, hecha con la prueba DIAD, arrojó un número de artículos limitado a pesar de los 290 encontrados inicialmente sin ningún tipo de filtro de calidad. Al aplicárseles los criterios de este protocolo, propios para estudios de tratamientos clínicos, dichos artículos se redujeron solamente a cinco, lo que pone en evidencia el hecho de que las investigaciones clínicas en el campo de la salud no siempre se diseñan con indicadores relativos a la coherencia entre la intervención y el efecto esperado, entre el diseño propuesto para determinar una relación causal entre la intervención y su efectividad, y entre la presentación de estimaciones precisas del impacto de la intervención y la capacidad del estudio para generalizar los hallazgos. Este resultado coincide con el obtenido por Guyomard, Leinster y Wilkinson (2007) en su revisión sistemática, misma que resalta las deficiencias metodológicas en la investigación publicada para evaluar la satisfacción con la reconstrucción mamaria basada en la evidencia.

Mediante la revisión hecha, es posible plantear, tal como lo expresa Ortiz (2016), que el interés sexual de la mujer puede verse mermado tras el diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía subsecuente en razón de los sentimientos de baja autoestima, pobre autoimagen, pérdida de identidad femenina, disminución del atractivo físico e incluso disfunción sexual en algunas mujeres, lo que repercute en su actividad sexual y acarrea serias repercusiones a la relación de pareja.

En general, la mastectomía se asocia con mayores niveles de depresión, imagen corporal más

negativa, baja autoestima y pobre funcionamiento sexual (Cucarella, 2013; Fernández, 2004; Sánchez, 2015; Segura et al., 2014), lo que no mejora sustancialmente con la cirugía reconstructiva (Figuroa et al., 2016; Frech, 2016), aun cuando autores como Sinaei et al. (2017) señalan que estas mujeres mejoran su satisfacción con la imagen corporal y calidad de vida.

Las mastectomías realizadas con las técnicas de colgajos muestran mejores resultados sobre estos aspectos que aquellas que emplean expansores. Ante tal resultado, autores como Edsander-Nord, Brandberg y Wickman (2001), Veiga et al. (2004), Cabrera et al. (2006), Tønseth, Hokland, Tindholdt, Åbyholm y Stavem (2008), Yueh et al. (2010) y Santosa et al. (2018) expresan que la reconstrucción mamaria con colgajo ha sido una técnica eficaz que logra un elevado porcentaje de satisfacción y mejoramiento de la imagen corporal, incluso superior al logrado en estudios previos en los que se ha valorado la satisfacción con la reconstrucción mamaria y la imagen corporal mediante expansores. En este sentido, es importante reconocer que si bien la reconstrucción mamaria es una cirugía que mejora la vida y a la satisfacción con la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas, hay tipos de cirugías, como las realizadas con colgajos, que tienen resultados más positivos en esos aspectos.

El papel y actitud de la paciente ante al diagnóstico, el tratamiento oncológico y la reconstrucción mamaria determinan en cierta medida sus niveles de satisfacción personal, tal como lo expresan Brennan et al. (2016). Acerca de este aspecto, Deutsch (2016) recomienda que el equipo médico se asegure de que la paciente ingresa a cirugía con la mayor información posible, incluidos el riesgo que representa, sus posibles complicaciones y los beneficios que entraña, asumiendo que este tipo de intervención implica una elevada carga emocional para la mujer.

En los estudios clínicos es necesario establecer metodologías rigurosas en cuanto a la determinación de muestras, elección de instrumentos, tratamientos, causalidad y procedimientos estadísticos que permitan cuantificar los efectos del tratamiento y la presentación de resultados, a fin de encontrar respuestas confiables y avanzar así en la construcción del conocimiento.

Hay un acuerdo general de que la reconstrucción mamaria mejora las condiciones y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas; sin embargo, toda vez que hay tipos de cirugías como la que utiliza colgajos o las autólogas, que ayudan aún más a la recuperación de la satisfacción con la imagen corporal, es importante promover intervenciones que impacten de manera positiva la vida de las personas.

A pesar de la reconstrucción mamaria, el ejercicio de la sexualidad femenina sigue viéndose afectado negativamente debido al significado de las mamas en la idea de ser mujer y de su rol como ser sexuado y activo dentro de una relación de pareja, que se inhibe mucho más cuando se daña debido a la enfermedad. Sobre todo, es un reto para

los equipos de apoyo psicosocial de las unidades oncológicas.

Los estudios revisados permiten ver que es importante incluir a la paciente –a partir de una comunicación abierta y una información suficiente– en el proceso de intervención quirúrgica. Este hecho le permitirá tomar una decisión más consciente y tener una participación más activa, lo que favorecerá la satisfacción con el proceso y con su autoimagen, repercutiendo positivamente en su calidad de vida.

Por último, a pesar de los beneficios que trae consigo la reconstrucción mamaria, es inevitable el efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal, por lo que es necesario seguir trabajando desde la psicología de la salud para aminorar o evitar ese efecto.

REFERENCIAS

- Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (2012). *El cáncer de mama en las Américas*. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/>. The World Bank Group 2014 Indicators.
- Álvarez H., C., Brusint, B., Vich, P., Díaz G., N., Cuadrado R., C. y Hernández G., M. (2015). Actualización del cáncer de mama en atención primaria. *Semergen-Medicina de Familia*, 41(1), 34-47. doi: 10.1016/j.semerg.2014.03.004.
- Bindu, N.P. y Baboo, G. (2017). Effect of cosmetic surgery on body image and body image specific quality of life. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 43(1), 157.
- Breastcancer.org (2016). *Tipos de reconstrucción mamaria*. Recuperado de <http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/reconstruccion/tipos>.
- Brennan, M.E., Flitcroft, K., Warriar, S., Snook, K. y Spillane, A.J. (2016). Immediate expander/implant breast reconstruction followed by post-mastectomy radiotherapy for breast cancer: Aesthetic, surgical, satisfaction and quality of life outcomes in women with high-risk breast cancer. *The Breast*, 30, 59-65. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977616301448>.
- Bruant-Rodier, C. y Bodin, F. (2014). Reconstrucción mamaria. *Cirugía Plástica Reparadora y Estética*, 22(1), 1-25. doi: 10.1016/S1634-2143(14)67578-6.
- Cabrera, E., Redondo, A., Dean, A., Benítez, J.R., Torre, C., De Piero, G., Navarro, J., Molina, H., Ramírez, J.N. y Rioja, L.F. (2006). Satisfacción en pacientes con reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 32(3), 169-179. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922006000300003&ylng=es&ylng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922006000300003&lng=es&ylng=pt).
- Cruz B., L. y Morales H., E. (2014). Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(2), 124-133.
- Cucarella, M. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama* (Disertación Doctoral). Valencia (España): Universitat de València, Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/26371>.
- Deutsch, C. J. (2016). Patients having breast reconstruction should enter into surgery with as much information as possible. *British Medical Journal*, 352, i1712. Recuperado de <http://www.bmj.com/content/352/bmj.i1712.full>.
- Edsander-Nord, A., Brandberg, Y. y Wickman, M. (2001). Quality of life, patients' satisfaction, and aesthetic outcome after pedicled or free TRAM flap breast surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 107(5), 1142-1153.
- El Troudi M., A.T., Duque L., V., Ortiz J., D.D., Angulo, B., Portilla, J. y Daza D., J.R. (2017). Mastectomía radical con reconstrucción inmediata en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, período junio 2012-abril 2015. *Revista Chilena de Cirugía*, 69(3), 234-246. doi: 10.1016/j.rchic.2016.11.012.
- Fernández A., I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2), 169-180.

- Figuroa V., R.M., Rivera H., M.E. y Navarro H., M.R. (2016). «No importa»: sexualidad femenina y cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(5), 278-284. doi 10.1016/j.gamo.2016.09.003.
- Frech, G. (2016). *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía más reconstrucción mamaria y mastectomía sin reconstrucción que fueron atendidas en el Hospital Militar "Alejandro Dávila Bolaños en el periodo enero 2012 a enero 2015*. (Disertación doctoral). Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Recuperado de <http://repositorio.unan.edu.ni/3043/>.
- Gallegos, M., Pérez, C. y Bustamante, S. (2017). *El cuidado de enfermería a la mujer; cuerpo, cáncer, mastectomía y sus significados*. Bloomington, IN: Palibrio.
- Gómez, T., Gómez, S., Lara, C. y Tejedor, L. (2016). Satisfacción de la reconstrucción mamaria tras mastectomía: diferencias entre la colocación de expansor-prótesis y uso del colgajo de dorsal ancho. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 29(1), 19-25. doi: 10.1016/j.senol.2015.11.001.
- Guyomard, V., Leinster, S. y Wilkinson, M. (2007). Systematic review of studies of patients' satisfaction with breast reconstruction after mastectomy. *The Breast*, 16(6), 547-567.
- Instituto Nacional del Cáncer (2016). *Reconstrucción del seno después de una mastectomía*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-reconstruccion>.
- Marré, D., Gantz, J.T., Villalón, J. y Roco, H. (2016). Reconstrucción mamaria: estado actual del tema. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(2), 186-193. doi: 10.4067/S0718-40262016000200014.
- Martínez B., A.E., Lozano A., A., Rodríguez V., A.L., Galindo V., Ó. y Alvarado A., S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58.
- Mejía R., M.E. (2012). *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía* (Tesis de Doctora en Enfermería). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejiarojas>.
- Morales C., M.S., Torres B., M. y Vega M., A.M.. (2016). La mastectomía: una mirada social desde la fisioterapia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(Supl. 1), 53-58.
- Negenborn, V.L., Young-Afat, D.A., Dikmans, R.E.G., Smit, J.M., Winters, H.A.H., Griot, J.P. W.D. y Moerman, E. (2018). Quality of life and patient satisfaction after one-stage implant-based breast reconstruction with an acellular dermal matrix versus two-stage breast reconstruction (BRIOS): primary outcome of a randomised, controlled trial. *The Lancet Oncology*, 19(9), 1205-1214.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cáncer: Datos y cifras*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- Ortiz R., C. (2016). *La vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada* (Trabajo de Fin de Grado). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675746/ortiz_rozalen_cristina-tfg.pdf?sequence=1.
- Porroche, A. (2013). Luces y sombras de la reconstrucción mamaria. *Mujer y Salud*, 34, 30-33. Recuperado de http://sro.sussex.ac.uk/47584/1/Porroche_MyS_Luces_y_Sombras.pdf.
- Rincón M., E., Pérez M., Á., Borda, M. y Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.
- Román, J.M. (2007). La cirugía en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 301-310.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sánchez S., T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 62-73.
- Santosa, K.B., Qi, J., Kim, H.M., Hamill, J.B., Wilkins, E.G. y Pusic, A.L. (2018). Long-term patient-reported outcomes in post-mastectomy breast reconstruction. *Journal of the American Medical Association Surgery*, 153(10), 891-899. doi: 10.1001/jamasurg.2018.1677.
- Segura V., M., García N., R. y Gutiérrez, L. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, 11(1), 45-57. doi: 10.5209/rev_Psic.2014.v11.n1.44916.
- Sepúlveda, S. (2016). Reconstrucción mamaria. *Revista Médica de la Clínica Las Condes*, 27(1), 65-75. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000109>.
- Sinaei, F., Zendehdel, K., Adili, M., Ardestani, A., Montazeri, A. y Mohagheghi, M.A. (2017). Association between breast reconstruction surgery and quality of life in Iranian breast cancer patients. *Acta Medica Iranica*, 55(1), 35-41. Recuperado de <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/5121>.
- Tønseth, K.A., Hokland, B.M., Tindholdt, T.T., Åbyholm, F.E. y Stavem, K. (2008). Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast implant. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 61(10), 1188-1194.
- Tumas, N., Díaz M., D.P. y Carbonetti A., C. (2013). Feminismo y cáncer de mama, una estrecha relación. *Memorias de las III Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos*, 25-27 de septiembre, La Plata, Argentina. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/41888>.

- Valentine, J.C. y Cooper, H. (2008). A systematic and transparent approach for assessing the methodological quality of intervention effectiveness research: the Study Design and Implementation Assessment Device (Study DIAD). *Psychological Methods*, 13(2), 130-149. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/fulltext/2008-06808-004.html>.
- Veiga, D.F., Neto, M.S., Ferreira, L.M., Garcia, E.B., Veiga F., J., Novo, N.F. y Rocha J., L.B.S. (2004). Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *British Journal of Plastic Surgery*, 57(3), 252-257.
- Villamil M., M.L., Choachí, J., Gómez Á., P., León, L., Ovalle Á., M., Rodas L., F... y Soto N., A. (2012). Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7(7), 12-21. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4066200>.
- Yueh, J.H., Slavin, S.A., Adesiyun, T., Nyame, T.T., Gautam, S., Morris, D.J. y Lee, B.T. (2010). Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(6), 1585-1595.
- Yustos M., A., Angulo M., M. y Soto M., Á.M. (2017). Cáncer de mama. *Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(34), 2011-2023. doi: 10.1016/j.med.2017.05.001.

Subestimación del peso corporal en escolares mexicanos

Underestimation of body weight in Mexican school children

Romana Silvia Platas Acevedo¹, Gilda Gómez-Peresmitré¹
y Gisela Pineda García²

Citación: Platas A., R.S., Gómez-Peresmitré, G. y Pineda G., G. (2019). Subestimación del peso corporal en escolares mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(2), 269-277.

RESUMEN

El objetivo principal fue detectar el grado de discordancia o concordancia entre el índice de masa corporal y la propia percepción del peso en una muestra de niños con sobrepeso y obesidad. Se trabajó con una muestra no probabilística de 549 escolares de primaria de la Ciudad de México con peso corporal elevado: 284 varones y 265 mujeres, cuyo rango de edad fue de 9 a 12 años, a quienes, con el consentimiento de sus padres, se aplicó una batería de pruebas con propiedades psicométricas aceptables. Las relaciones más importantes en el modelo de factores de riesgo para las niñas fueron insatisfacción e índice de masa corporal, insatisfacción y subestimación, y subestimación e índice de masa corporal, mientras que para los niños fueron subestimación e índice de masa corporal, percepción de amigos e índice de masa corporal, y percepción de amigos e insatisfacción. Se concluye que valores extremos del índice de masa corporal se relacionan con insatisfacción corporal, esto es, el deseo de ser más delgado, lo que conduce a la subestimación del peso. Se señala que tal subestimación contribuye a que se mantenga ese peso, lo que la vuelve un factor de riesgo que debe tomarse en cuenta en los programas de prevención que se desarrollan en el país.

Palabras clave: Sobrepeso y obesidad; Escolares mexicanos; Índice de masa corporal; Subestimación corporal; Modelos estructurales.

ABSTRACT

The main objective of this study was to examine the association between body mass index and self-perceived body weight in a sample of overweight and obese children. A non-probabilistic sample of 549 overweight elementary school children from Mexico City: 284 boys and 265 girls, aged 9 to 12, responded to a battery of tests with acceptable psychometric properties, after informed consent by their parents. The most important risk factor associations for girls were body dissatisfaction with body mass index, dissatisfaction with underestimation, and underestimation with body mass index. For boys these included underestimation with body mass index, perception of friends with body mass index, and perception of friends with dissatisfaction. It is concluded that extreme values of body mass index are related to body dissatisfaction (desire to be thinner), which leads to underestimation of body weight. Underestimation of the body weight contributes to maintaining excessive weight, thus becoming a risk factor to be taken into account while developing prevention programs.

Key words: Overweight; Obesity; Mexican scholars; Body mass index; Body weight underestimation; Structural models.

¹ División de Investigación y Estudios de Postgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Edificio D, Cubículo 11, Mezzanine. Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., tel. (55)56-22-22-52, correos electrónicos: romsip@unam.mx y gildag@unam.mx. Artículo recibido el 23 de enero y aceptado el 8 de marzo de 2018.

² Facultad de Medicina y Psicología, Universidad Autónoma de Baja California, Calzada Universidad 14418, Parque Internacional Industrial Tijuana, 22390 Tijuana, B.C., México, tel. (664)682-12-33, correo electrónico: gispineda@uabc.edu.mx.

INTRODUCCIÓN

Los altos costos económicos y sociales que se derivan de las comorbilidades que trae consigo la obesidad hacen de la misma la pandemia más grave de esta época y el problema más difícil de abordar por la diversidad de factores que intervienen en su génesis y su carácter crónico y recidivante (Barquera et al., 2010; Zamudio y Muñoz, 2016). La obesidad se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa con relación a la edad y sexo, resultado del desequilibrio entre la ingestión y el gasto de energía (Organización Mundial de la Salud, 2016). En México, el rápido aumento de los porcentajes de personas obesas (adultos y niños) es alarmante, ya que en menos de medio siglo se ha convertido en un grave problema de salud pública, conjuntamente con las enfermedades crónicas no transmisibles (Córdoba, 2016).

En la búsqueda de los factores que intervienen en el desarrollo de la patología pandémica de la obesidad, Madrigal et al. (1999), Madrigal et al. (2000), Atalah, Urteaga y Rebolledo (2004) y Mújica et al. (2009) señalan que la percepción errónea que el individuo tiene de su imagen o tamaño corporal influye o se relaciona directamente con su estado nutricional. Gómez-Peresmitré, Jaeger, Pineda y Platas, (2012) y Gómez-Peresmitré, Platas y Pineda (2015) se han enfocado en la hipótesis que propone que el índice de masa corporal (IMC en lo sucesivo), en sus valores extremos (emaciación y obesidad) y asociado con la insatisfacción corporal, conducirá a la alteración del peso corporal. Al respecto, se ha encontrado que en el caso de la emaciación ($IMC < 16$) y la insatisfacción positiva (deseo de estar más delgado), se produce sobreestimación. Las mujeres con bajo peso se perciben a sí mismas con más peso del que realmente tienen (Gómez-Peresmitré et al., 2012; Gómez-Peresmitré et al., 2015; Míguez, De la Montaña, González y González, 2011), lo que es muy evidente en una condición patológica como la anorexia nerviosa, en la que la mujer emaciada se percibe con sobrepeso. En el caso de la obesidad ($IMC \geq 25$), tal asociación conduce a una subestimación (Gómez-Peresmitré et al., 2012; Matus, Álvarez, Nassar y Mondragón, 2016). Es-

tos patrones de relaciones triádicas IMC-insatisfacción-alteración corporal deben atenderse prioritariamente durante las intervenciones preventivas de la obesidad (Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda y Guzmán, en revisión).

Debe también analizarse la percepción de los padres. Revisiones previas han mostrado que más de la mitad de los padres no perciben correctamente el peso corporal de sus hijos (Chen, Binns, Zhao y Liu, 2014; Lundahl, Kidwell y Nelson, 2014; Park, 2014; Pasch et al., 2016; West et al., 2008; Zonana y Conde, 2010), explicándolo en parte el hecho de que lo ignoran, así como su desconocimiento objetivo de qué es la obesidad (cuando se trata del peso normal, en qué punto de corte se puede hablar ya de sobrepeso, etc.). Vuorela, Saha y Salo (2010) y Park (2014) han demostrado que hay una mayor prevalencia de la subestimación del peso corporal de los hijos cuando uno de los padres o ambos son obesos. La mayoría de las madres que consideran que sus hijos tienen un peso normal y que son saludables no obstante su indudable obesidad, evitan reconocer que tienen un problema de salud, pues un hijo sano indica que son buenas madres (Vuorela et al., 2010). En este mismo sentido, la extendida creencia de que un niño “gordito” es un modelo de buena salud representa para los progenitores la confirmación de que han desempeñado de un modo excelente su labor de padres (Angarita, Martínez, Rangel, Betancourt y Prada, 2012; Chávez et al., 2016), evadiendo así su falta de responsabilidad y el descontrol que tienen sobre el comportamiento alimentario del niño (Allen y Prkachin, 2013; Guzmán, 2012).

En el caso de la subestimación del peso corporal, se deben tomar en cuenta los antecedentes culturales, las tradiciones, el país de origen y la educación. Un ejemplo de ello es el significado y el papel que desempeña la comida entre las madres mexicanas, quienes la equiparan con el amor debido a que en su mayoría la utilizan como un premio o como un castigo según la ocasión, dándole así un significado connotativo diferente e incluso opuesto (Guzmán, 2012; Platas 2014; Zonana y Conde, 2010). Otra posible explicación de la subestimación del peso corporal entre las personas obesas es que se trata de un fenómeno protector

ante una sociedad “obesofóbica” que estigmatiza la corpulencia y hace a las personas que la padecen el blanco de sus críticas; por ello, las personas obesas normalizan su exceso de peso corporal y su mal comportamiento alimentario, lo que limita la eficacia de los esfuerzos para prevenir dicha condición (Gómez-Peresmitré, 1997; Platas, 2014).

Britek-Matera (2011) y Míguez et al. (2011) señalan que entre los varones adolescentes se ha encontrado una mayor frecuencia de subestimación del peso corporal que entre las adolescentes mujeres, aunque éstas tienden más a subestimar o a sobreestimar. Asimismo, se ha visto que las mujeres más insatisfechas con su imagen corporal son aquellas que padecen estados nutricionales carenciales –como desnutrición– o sobrepeso y obesidad (Jáuregui, Bolaños, Santiago y Garrido, 2011); en el caso de los hombres, los que se encuentran más insatisfechos son aquellos con exceso de peso.

La complejidad del tratamiento de la obesidad requiere un abordaje multidisciplinario que implica un cambio en el estilo de vida, lo que es difícilmente alcanzable si no hay conciencia de la enfermedad. Se ha afirmado que conocer cómo se perciben las personas con sobrepeso y obesidad ayudará a definir nuevas estrategias que fortalezcan la necesidad de tener un peso saludable (Atalah et al., 2004).

Siguiendo esa perspectiva, se planteó como el propósito de la presente investigación detectar en una muestra de niños con sobrepeso y obesidad el grado de discordancia o concordancia (alteración del peso corporal) entre el IMC y la propia percepción del peso, evaluando de esta manera dicha percepción subjetiva (subestimación) y buscando con ello contribuir al desarrollo de nuevas estrategias para prevenir la obesidad.

MÉTODO

Participantes

La muestra total no probabilística e intencional quedó formada por 1,381 escolares de quinto y sexto grados de primaria, provenientes de siete escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México y su zona conurbada, quienes decidieron par-

ticipar en la investigación. De ellos, se seleccionó a 549 escolares con IMC elevado de los citados grados, los cuales se subdividieron del siguiente modo: n_1 : 284 con peso corporal elevado (129 con sobrepeso y 155 con obesidad), y n_2 : 265 niñas con peso corporal elevado (162 con sobrepeso y 103 con obesidad). Los participantes se distribuyeron en un rango de edad de 9 a 12 años ($M = 11.2$ años y $D.E. = .72$). Se clasificó como obesos a los participantes con un IMC-P (centil = 95), y con sobrepeso a aquellos con IMC-P (centil = $85 < 95$).

Variables e instrumentos

Cuestionario de Alimentación y Salud para Preadolescentes (Gómez-Peresmitré, 2001). Se aplicó este instrumento, cuyo coeficiente alfa de Cronbach es de .80, para explorar las siguientes variables: percepción de los padres, percepción de los amigos y percepción de la ingesta alimentaria.

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) (Platas y Gómez-Peresmitré, 2013). La dieta crónica y restringida se evaluó mediante esta escala, cuyo promedio se obtiene con los puntajes de los cinco ítems que conforman el factor 2. Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach (α) de .83.

Índice de masa corporal (IMC). Se obtiene dividiendo el peso sobre la talla, elevada ésta al cuadrado (peso/talla²). Para la obtención del peso, se utilizó una báscula profesional de precisión marca Tanita, Modelo 553, y para la talla un estadiómetro portátil marca Seca, Modelo 214, con un rango de medición de 2-207 cm y divisiones de 1 mm. Debido a la edad de los participantes, se consideraron los puntos de corte percentilar establecidos por el National Center for Health Statistics (2003).

Satisfacción o Insatisfacción con la Imagen Corporal (α de .80) (Gómez-Peresmitré, 2001). La satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal se mide mediante una escala visual de seis siluetas que cubren un continuo de peso corporal que va de una muy delgada (puntuación = 1) a una muy gruesa u obesa (puntuación = 6), pasando por una de peso normal (puntuación = 3). Para evaluar la imagen corporal se presenta la escala en dos oca-

siones diferentes y con las siluetas ordenadas de manera aleatoria en cada ocasión, buscando así la figura real (“Mi cuerpo se parece más a...”) e ideal (“Me gustaría que mi cuerpo fuera cómo...”) del participante.

Alteración de la Imagen Corporal (α de .80) (Gómez-Peresmitré, 2001). Mediante esta escala se estiman dos variables: autopercepción del peso corporal (variable subjetiva) y peso real IMC (variable objetiva). Se establece a partir de la respuesta a dos ítems: “De acuerdo a la siguiente escala, tú te consideras...” e “Índice de masa corporal”. Dicha escala está compuesta de cinco opciones de respuesta, que van de muy delgada(o) (1) a obesa(o) o muy gorda(o) (5). La diferencia positiva o negativa entre las puntuaciones de estos ítems (autopercepción del peso corporal-IMC) proporciona el puntaje de sobreestimación o subestimación, respectivamente; una diferencia igual a 0 se interpreta como no alteración del peso corporal.

Actividad e inactividad física. Esta variable se define como el promedio de los puntajes totales dados a los ítems del Cuestionario de Actividad e Inactividad Física de los Estudiantes Mexicanos (CAINM) (Hernández et al., 2000) (α de .80), que incluye la evaluación de la actividad física moderada o vigorosa y la inactividad física.

Procedimiento

Se capacitó a estudiantes de Psicología en la aplicación del instrumento, así como de Nutrición para la toma del peso y la talla. Tras acordar la aplicación con los directivos y profesores de las escuelas, y una vez obtenido previamente el consentimiento informado de los participantes y de sus padres, ésta se realizó grupalmente en una sola sesión de 60 minutos. Se siguieron las recomendaciones éticas de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010) para procedimientos no intrusivos en la investigación.

Análisis estadísticos

Los datos (distribuciones de las variables) se analizaron mediante el uso del paquete estadístico

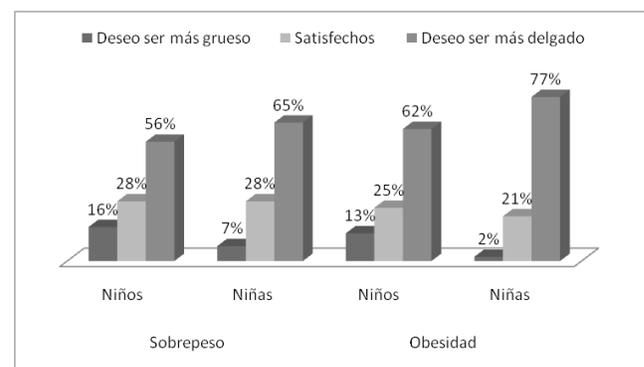
SPSS, versión 20. Para el modelamiento de ecuaciones estructurales se utilizó el programa informático Amos, versión 6, de Windows XP; la evaluación de los modelos se efectuó con el método de máxima verosimilitud (Arbuckle y Wothke, 1999), y para el contraste de los modelos estructurales se emplearon cuatro índices de ajuste χ^2 no significativo, con valores AGFI y NFI de .95 y RMSEA < .05.

RESULTADOS

Satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal

Para obtener la satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal, se obtuvo la diferencia entre las puntuaciones de la figura actual menos las de la figura ideal. La Figura 1 muestra la distribución porcentual de esta variable según la correspondiente categoría de IMC-P.

Figura 1. Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal por sexo y categoría de IMC-P.



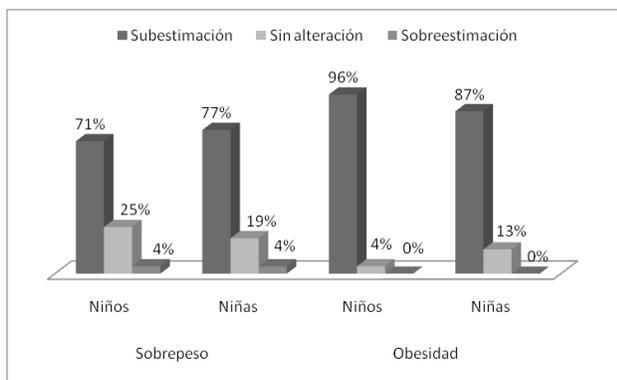
Debe señalarse que las niñas con sobrepeso y obesidad fueron las más insatisfechas con su peso, queriendo ser más delgadas (65 y 77%, respectivamente), en comparación con 56 y 62% de los niños; 16% de los niños con sobrepeso y 13% con obesidad deseaban ser más gruesos, a diferencia de las niñas, que mostraron porcentajes menores (7 y 2%, respectivamente). En porcentajes similares de 20 a 28% los participantes mostraron satisfacción, independientemente de su sexo y del

peso, en tanto que las niñas obesas mostraron el porcentaje más alto en su deseo de querer ser más delgadas (77%).

Alteración de la imagen corporal

Respecto a la alteración de la imagen corporal, puede observarse en la Figura 2 que los niños del grupo con obesidad, comparados con el de sobrepeso, obtuvieron mayores porcentajes de subestimación (96 vs. 71%), al igual que las niñas con sobrepeso y obesidad (87 vs. 77%, respectivamente).

Figura 2. Distribución porcentual de la variable alteración.

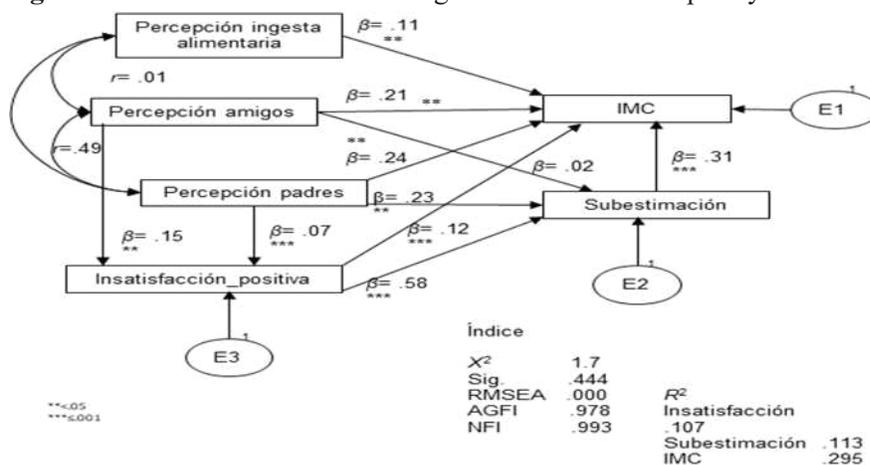


Modelos estructurales

Con el propósito central de entender y explicar el papel que desempeña el IMC (variable dependiente) en relación con los factores de riesgo para la génesis y mantenimiento de la obesidad, se probaron diversos modelos con las variables de carácter psicológico y sociocultural de acuerdo con su pertinencia teórica y empírica, para lo cual se integró la información recabada a través de tres elementos básicos: literatura especializada, valores de correlaciones entre las variables y modelos generados a partir de regresiones lineales. Como ya se indica líneas atrás, para el contraste de los modelos estructurales se utilizaron cuatro índices de ajuste: RMSEA, AGFI, NFI y χ^2 .

El modelo estructural predictivo para las niñas con IMC elevado (P85-P95 y $p = 95$), esto es, niñas con sobrepeso y obesidad, resultó con niveles adecuados de bondad de ajuste: χ^2 no significativa (no obstante el tamaño grande de la muestra) y valores AGFI y NFI = .95 y RMSEA < .05. En la Figura 3 pueden observarse correlaciones bajas (ligas con doble flecha), prácticamente inexistentes, hallándose la más alta entre “percepción de amigos” y “percepción de los padres” ($r = .49$).

Figura 3. Modelo de factores de riesgo en niñas con sobrepeso y obesidad.



En la misma figura se aprecia que todas las variables, con excepción de “percepción de ingesta alimentaria”, que aparece en el lado izquierdo del modelo, mostraron un mismo patrón de respuesta, doble relación directa con IMC y subestimación. Las cargas de las variables “percepción de amigos” y “percepción de padres” son similares (β de

.21 a .24), mientras que la de “insatisfacción positiva” con IMC es baja ($\beta = .12$); en cambio, la que se establece con el factor de riesgo “subestimación” es la más alta ($\beta = .58$).

Debe subrayarse el papel mediador de dos variables: 1) “Insatisfacción positiva”, a la que llega la influencia directa de “percepción de amigos”

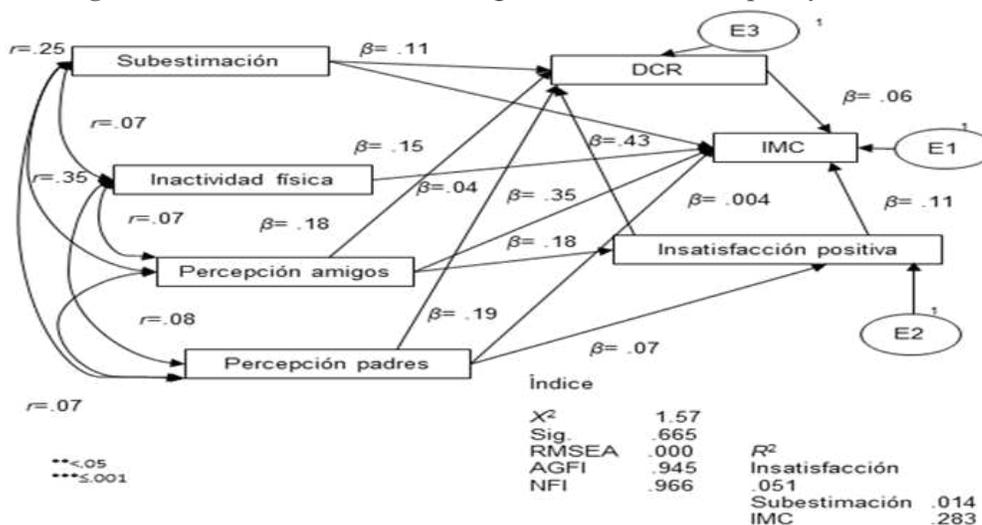
y “percepción de padres” para, a partir de allí, influir indirectamente en el IMC y la “subestimación” (percepción de los padres → insatisfacción → subestimación, y percepción de los padres → insatisfacción → IMC). Las mismas relaciones se establecen con “percepción de amigos”); 2) “Subestimación”, en la que prácticamente confluyen todas las variables del modelo relacionándose de manera directa con el IMC ($\beta = .35$), que, como se aprecia, es la segunda carga más alta (“percepción de los padres → insatisfacción → subestimación → IMC). Lo mismo ocurre con “percepción de amigos”.

La variable “percepción de la ingesta alimentaria” es la única del modelo que solamente tiene una influencia directa con el IMC, aunque

con una carga baja ($\beta = .11$). En la citada figura puede verse que el IMC es la variable que explica el porcentaje más alto de la varianza total (.29%), además de que $R^2 = .29$ también indica, de acuerdo con Cohen (1992), el tamaño del efecto, que en este caso es bajo.

El modelo de riesgo para niños identifica seis variables asociadas con el IMC elevado: dieta restringida, deseo de ser más delgado, autopercepción de los padres y de los amigos, inactividad física y subestimación, lo que explica 28% de la varianza total e indica también un tamaño bajo del efecto. En la Figura 4 se muestra que las variables que influyen más en el IMC de los niños son “subestimación” ($\beta = .43$) y “percepción de los amigos” ($\beta = .35$).

Figura 4. Modelo de factores de riesgo en niños con sobrepeso y obesidad.



El factor de riesgo “insatisfacción positiva” influye directamente en IMC ($\beta = .11$), y al mismo tiempo sirve de mediador de las variables “percepción de los amigos” ($\beta = .18$) y “percepción de los padres” ($\beta = .07$) al hacer que éstas influyan indirectamente en el IMC.

La correlación (ligas con doble flecha) entre la percepción de los amigos y la de los padres es la más alta ($r = .45$), encontrándose lo mismo en el modelo de las niñas, y prácticamente con igual magnitud (.45 niños vs .49 niñas). Los valores de bondad de ajuste resultaron adecuados, con χ^2 no significativa, RMSEA con dos décimas por arriba de lo esperado, AGFI con una décima por debajo de lo esperado y NFI adecuado (cf. Ruiz, Pardo y San Martín, 2010).

DISCUSIÓN

El propósito principal del presente estudio fue detectar en una muestra de niños con sobrepeso y obesidad el grado de discordancia o concordancia entre el IMC y la propia percepción del peso corporal. El estudio mostró que tanto los niños como las niñas con exceso de peso corporal se encontraban insatisfechos y con alteración de la imagen corporal; específicamente, subestimaban su peso corporal (tamaño y forma).

El culto al modelo de delgadez, que ha predominado a lo largo de varias décadas y que se ha caracterizado por estigmatizar la obesidad y favorecer un modelo ideal delgado, ha sido internalizado desde edades muy tempranas; los niños

y prepúberes manifiestan rechazo a las personas obesas. Por ejemplo, en un estudio de Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), niños con un promedio de edad de siete años respondieron a un cuestionario de frases incompletas. En el ítem “Una niña gorda es...”, anotaron términos tales como “fea”, “tonta”, “prieta” y “asquerosa”. En el presente estudio, más de 80% de los niños y niñas con sobrepeso y obesidad se percibían más delgados, esto es, subestimaban su peso corporal (forma y tamaño). Se encontró que a más peso, más subestimación, resultando alarmante que casi la totalidad de los niños obesos la hicieran. Como era de esperarse, los resultados expuestos muestran que la mayoría de los participantes (más niñas que niños) con exceso de peso corporal se encontraban insatisfechos con su imagen; consecuentemente, los porcentajes de satisfacción fueron bajos y semejantes (20 y 28%), independientemente del sexo. Resulta interesante que 4% de los niños con sobrepeso manifestara querer ser más grueso o robusto. Una posible explicación que estudiosos de este tópico han sugerido (Camacho, Escoto, Cedillo y Díaz, 2010; Gómez-Peresmitré et al., 2001, entre otros) es que estos niños podrían querer tener más musculatura y no precisamente estar gordos, por lo que en el futuro se propone llevar a cabo más estudios orientados a resolver esta duda.

Con relación a los modelos estructurales, resulta de gran interés determinar, en el caso del modelo de las niñas con IMC-P85-P95 y $p > 95$, la importancia que tienen los factores de riesgo de insatisfacción corporal (deseo de ser más delgadas) y subestimación del peso corporal en relación con el IMC, y confirmar así resultados previamente reportados en algunas investigaciones (Gómez-Peresmitré et al., 2001; Gómez-Peresmitré et al., 2012). Se ha encontrado también este efecto de subestimación en las madres de los niños obesos, además de que muy frecuentemente desconocen el peso corporal de sus hijos (Guzmán, 2012; Madrigal-Fritsch et al., 1999; Platas, 2014; Vuorela et al., 2010). La importancia de este hallazgo (subestimación del peso corporal) aumenta si se toman en cuenta las implicaciones que puede tener para la gestación y el mantenimiento del sobrepeso y la obesidad durante la pubertad, una etapa de la vida particularmente vulnerable.

Como ya se ha señalado, el efecto de subestimación es definitivamente un factor de riesgo a tenerse en cuenta en los programas de prevención. No debe perderse de vista, además, la influencia que ejercen otras variables en el IMC (ver los modelos de niños y niñas), como la percepción de los amigos y de los padres en la variable de insatisfacción (en el caso del modelo de los niños); debe considerarse que, de acuerdo a Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990) y Gómez-Peresmitré et al. (2001), los efectos de los factores de riesgo se suman.

Entre los niños varones con sobrepeso y obesidad el factor de riesgo más importante fue el de subestimación, aunque también resultó así para las niñas; la diferencia entre unos y otras fue que, en las niñas, la autopercepción de un peso corporal menor del que se tiene sirve de mediadora de la relación con otras variables (percepción de los amigos y de los padres) para influir indirectamente en el IMC. En ambos casos, la influencia de la subestimación del peso corporal con el IMC es directa: a mayor IMC, más delgado se autopercibe el menor.

El papel que desempeña la familia en la aparición de la obesidad resulta controvertido pero trascendental en el desarrollo del niño. No existe una influencia mayor sobre los hábitos alimentarios, actitudes y conductas en torno a los alimentos que la que proviene del ambiente familiar por ser la primera (impronta) y porque es ubicua (presencia latente). No debe perderse de vista que son los padres los modelos o patrones fundamentales de los hijos, por lo que son la base para la formación y modificación de sus conductas. La percepción del peso corporal más próximo a la realidad puede verse influida por las creencias y prácticas culturales, que varían de acuerdo con el nivel socioeconómico y los hábitos alimentarios, tal como señalan Bruss, Morris y Dannison (2003) y González (2009). El hecho de que para los padres de familia el peso no represente un problema sino hasta que se producen alteraciones médicas de gravedad, hace de la obesidad un grave problema de salud pública. Es fundamental trabajar más acerca del significado de los alimentos, que en la mayoría de los casos se utilizan para expresar afecto y cariño, pero también se emplean como un castigo (Orrel-Valente et al., 2007).

En conclusión, las relaciones más importantes en el modelo de factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en las niñas fueron las halladas entre insatisfacción e IMC, insatisfacción y subestimación, y subestimación e IMC. En los niños esas relaciones fueron entre subestimación e IMC, percepción de amigos e IMC, y percepción de amigos e insatisfacción. Valores extremos del IMC (obesidad) relacionados con insatisfacción corporal (deseo de ser más delgado) conducen a una alteración del peso corporal (subestimación).

En cuanto al objeto de interés del presente estudio, se puede señalar que la autopercepción sub-

jetiva que conlleva la subestimación del peso contribuye al mantenimiento del exceso de peso corporal en la pubertad. Para la niñez en general, y en especial para las niñas, la subestimación del peso es definitivamente un factor de riesgo que debe tenerse en cuenta en los programas de prevención a desarrollarse en el país. Otro aspecto que debe considerarse en futuros programas de prevención es que no solo debe incluirse en ellos el manejo de hábitos de alimentación saludable y la realización de actividad física en los niños, sino trabajar con los padres para hacerlos conscientes de que la obesidad es una enfermedad.

REFERENCIAS

- Allen, J. y Prkachin, C. G. (2013). Parental awareness and perception of their children's body size. *Open Journal of Medical Psychology*, 2, 77-80.
- Angarita, A., Martínez, A., Rangel, C., Betancourt, M.V. y Prada, G. (2012). Determinantes de la subestimación de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos en hogares infantiles del ICBF de Floridablanca, Colombia. *Revista Chilena de Nutriología*, 41(4), 372-382.
- Arbuckle, J. y Wothke, W. (1999). *AMOS users guide version 4.0*. Chicago, IL: Small/Waters.
- Atalah, E., Urteaga, C. y Rebolledo, A. (2004). Self-perception of nutritional status among adults in Santiago. *Revista Médica de Chile*, 132(11), 1383-1388.
- Barquera, S., Rivera, J., Campos N., I., Hernández B., L., Santos B., C., Durán, E. y Hernández, A.M. (2010). *Bases técnicas del acuerdo nacional para la salud alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Secretaría de Salud.
- Bruss, M.B., Morris, J. y Dannison, L. (2003). Prevention of childhood obesity: Sociocultural and family factors. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(8), 1042-1045.
- Bryteck-Matera, A. (2011). Body attitudes and self-representation in women with eating disorders. Research based on Edward Tory Higgins's self-discrepancy theory. *Psychiatria Polska*, 45(5), 671-682.
- Camacho R., E., Escoto P., C., Cedillo G., C.M. y Díaz C., R. (2010). Correlatos antropométricos de la obsesión por la musculatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 119-124.
- Chávez C., K.L., Rodríguez de I., J., Santos G., J., Segovia A., J.G., Altamirano M., D.C. y Matías B., V.M. (2016). Alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres de preescolares: un factor para obesidad y sobrepeso. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 114(3), 237-242.
- Chen, S., Binns, C.W., Zhao, Y. y Liu, Y. (2014). Chinese mothers' perceptions of their child's weight and obesity status. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 23(3), 452-458.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Córdoba V., J.Á. (2016). La obesidad: la verdadera pandemia del siglo XXI. *Cirugía y Cirujanos*, 84(5), 351-355.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas. *Memorias de la Presentación de los 450 años de la Universidad*. México: UNAM.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. y Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.
- Gómez-Peresmitré, G., Jaeger, B., Pineda, G. y Platas A., S. (2012). Comparing body image and risk eating behavior between Mexican and German women. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 19-28.
- Gómez-Peresmitré, G., Platas A., S. y Pineda G., G. (2015). A preliminary study of an online self-detection test. Risk in eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 22-29.
- Gómez-Peresmitré, G., Platas A., S., Pineda G., G. y Guzmán S., R. (en revisión). Programa de prevención para la obesidad en escolares. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes*.

- González W., J. (2009). Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la parroquia Antimano, Caracas. *Revista de Ciencias Sociales*, 15(2), 235-244.
- Guzmán S., R.M.E. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad*. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: UNAM.
- Hernández, B., Gortmaker, S., Liard, N., Colditz, G., Parra C., S. y Peterson, K. (2000). Validez y reproductibilidad de un cuestionario de actividad e inactividad física para escolares de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 42(4), 315-323.
- Jáuregui L., I., Bolaños R., P., Santiago F., M.J. y Garrido C., O. (2011). Perception of weight and psychological variables in a sample of Spanish adolescents. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 4, 245-251.
- Lundahl, A., Kidwell, K.M. y Nelson, T.D. (2014). Parental underestimates of child weight: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133(3), 1-15.
- Madrigal F., H., De Irala E., J., Martínez G., M.A., Kearney, J., Gibney, M. y Martínez H., J.A. (1999). The perception of body image as a qualitative approach to nutritional status. *Salud Pública de México*, 41(6), 479-486.
- Madrigal F., H., Sánchez V., A., Martínez G., M.A., Kearney, J., Gibney, M.J., De Irala, J. y Martínez, J.A. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Public Health*, 114(6), 468-473.
- Matus L., N.P., Álvarez G., G.C., Nazar B., D.A. y Mondragón R., R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios Sociales*, 24(47), 380-409.
- Míguez B., M., De la Montaña M., J., González C., J. y González R., M. (2011). Agreement between the self-perception on the body image and the nutritional status in college students from Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 472-479.
- Mújica E., V., Leiva M., E., Rojas M., E., Díaz, N., Icaza, G. y Palomo G., I. (2009). Discordancia en autopercepción de peso en población adulta de Talca. *Revista Médica de Chile*, 137(1), 76-82.
- National Center for Health Statistics (2003). *Overweight and obesity statistics*. Hyattsville, MD: NCHS. Recuperado de https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/06facts/obesity03_04.htm.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Orrell-Valente, J.K., Hill, L.G., Brechwald, W.A., Dodge, K.A., Pettit, G.S. y Bates, J.E. (2007). Just three more bites: An observational analysis of parent's socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*, 48(1), 37-45.
- Park, M. (2014). Half of parents underestimate the weight of their overweight or obese children. *Evidence Based Nursing*, 18, 2, 47. doi: 10.1136/eb-2014-101876.
- Pasch, L.A., Penilla, C., Tschann, J.M., Martínez, S.M., Deardorff, J., De Groat, C.L. y Greenspan, L.C. (2016). Preferred child body size and parental underestimation of child weight in Mexican-American families. *Maternal and Child Health Journal*, 20(9), 1842-1848.
- Patton, G.C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A.H. y Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: a prospective epidemiological study: Outcome at twelve-month follow-up. *Psychological Medicine*, 20(2), 383-394.
- Platas A., R.S. (2014). *Modelo de factores protectores y de riesgo para los problemas de peso corporal en escolares de primaria*. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: UNAM.
- Platas A., R.S. 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.
- Ruiz, M.A., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Vuorela, N., Saha, M.T. y Salo, M.K. (2010). Parent underestimates their child's overweight. *Acta Pediátrica*, 99(9), 1374-1379.
- West, D., Raczynski, J., Phillips, M., Bursac, Z., Gauss, H. y Montgomery, B. (2008). Parental recognition of overweight in school-age children. *Obesity*, 16(3), 630-636.
- Zamudio S., O. y Muñoz A., R.M. (2016). Percepción de los padres respecto al sobrepeso y obesidad de sus hijos. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(1), 61-64.
- Zonana N., A. y Conde G., M.E. (2010). Percepción de las madres sobre la obesidad de sus hijos. *Gaceta Médica de México*, 146(3), 165-168.

Preocupación materna sobre el peso de los hijos y estrategias de alimentación: un estudio descriptivo

Maternal concern regarding child's weight and feeding strategies: A descriptive analysis

Kevin Alejandro López Ibarra¹, Nora Hemi Campos Rivera²
y Teresa Iveth Sotelo Quiñonez²

Citación: López I., K.A., Campos R., N.H. y Sotelo Q., T.I. (2019). Preocupación materna sobre el peso de los hijos y estrategias de alimentación: un estudio descriptivo. *Psicología y Salud*, 29(2), 279-287.

RESUMEN

La preocupación por el peso de los hijos ha sido una variable clave en la prevención de la obesidad infantil, así como una parte fundamental de la toma de decisiones para llevar a cabo estrategias del cuidado del peso de los niños. Mediante una muestra no probabilística y por conveniencia, se eligieron 116 madres de alumnos de cuarto a sexto grados de dos escuelas primarias públicas de Ciudad Obregón (México), a quienes se solicitó responder diversas preguntas relativas a la alimentación de sus hijos, hallándose que a 72% de las madres no les preocupaba el peso de los mismos, utilizaban el monitoreo como práctica y un estilo de alimentación autoritativo. A su vez, las madres preocupadas llevaban a cabo prácticas de alimentación restrictivas, presionaban a los niños para que comieran cuando tenían bajo peso, y asimismo empleaban estilos de alimentación autoritarios.

Palabras clave: Preocupación; Estrategias de alimentación; Peso; Obesidad infantil.

ABSTRACT

Maternal concern regarding their children weight has been a key variable for the prevention of childhood obesity, and a fundamental part in the decision making process to carry out weight care strategies. A non-probabilistic and convenience sample of 116 mothers of fourth to six graders of two public elementary schools at Ciudad Obregon (Mexico) replied to questions on feeding their children. Results revealed that 72% of mothers did not worry about the weight of their children, and monitored feeding practices through an authoritative feeding style. Concerned mothers showed an authoritarian feeding style, they carried out restrictive feeding practices, and pressed their children to eat more when they were thin.

Key words: Maternal concern; Feeding strategies; Weight; Childhood obesity.

La Organización Mundial de la Salud (2017) señala que la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas en todo el mundo y que cada año muere un mínimo 2.8 millones de personas a causa de enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso. En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Shamah, Cuevas, Rivera y Hernández, 2016), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años disminuyó de 34.4% en 2012 a 33.2% en 2016; sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa. En niños en edad preescolar y escolar, son

¹ Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de Febrero 818 Sur, Col. Centro, Ciudad Obregón, Son., México. Artículo recibido el 30 de abril y aceptado el 12 de septiembre de 2018.

² Universidad Iberoamericana Puebla, Blvd. del Niño Poblano 2901, Col. Reserva Territorial Atlixcáyotl, 72820 San Andrés Cholula, Pue., México, tels. (222)372-30-00 y (222)229-07-00, correo electrónico: norahemi48@gmail.com.

los padres quienes tienen un papel primordial en la prevención del exceso de peso mediante el fomento de hábitos y preferencias de alimentación saludables (Birch, 1999).

La mayoría de los estudios en esta área están enfocados en las madres, pues son ellas quienes pasan más tiempo con los niños o son las encargadas de su alimentación, aunque en otros se ha involucrado a ambos padres (Noor et al., 2012; Smolak, Levine y Schermer, 1997). Por ejemplo, se ha estudiado la preocupación en general de los padres por sus hijos, siendo la más común la que está relacionada con la educación; sin embargo, esas preocupaciones cambian dependiendo de la edad de los niños, y así los padres de los niños más pequeños (de preescolar y escolar) son más propensos a preocuparse por la ingesta de alimentos y la nutrición, mientras que los de los niños mayores se inquietan más por la violencia, las drogas y el alcohol (Slater et al., 2010). El grado de preocupación de los padres acerca del peso de sus hijos está vinculado con el rol que desempeñan en el desarrollo y manejo del sobrepeso o la obesidad de los mismos (Lampard, Byrne, Zubrick y Davis, 2008). Investigaciones previas han demostrado que los padres se preocupan dependiendo del status de peso de sus hijos, esto es, si tienen o no sobrepeso (Peyer, Welk, Bailey-Davis, Yang y Kim, 2015) o si ese peso aumenta (Wake, Canterfoord, Hardy y Ukoumunne, 2011). En otros casos no hay preocupación en cuanto a la edad (Jain et al., 2001), pero sí respecto al sexo del niño, mayor cuando se trata de mujeres (Moore, Harris y Bradlyn, 2012; Peyer et al., 2015), aunque en otros estudios el ser niña se ha considerado como un factor protector (Noor et al., 2012). Por otro lado, cuando las madres se preocupan por el peso de sus hijos es cuando estos están siendo víctimas de burlas, o se percatan de que el exceso de peso los limita para llevar a cabo actividades físicas (Jain et al., 2001). La importancia que tiene la preocupación de los padres por el exceso de peso de sus hijos radica en las decisiones que deben tomar para prevenir o disminuir los problemas asociados. Padres de niños con sobrepeso tienden a utilizar prácticas de control mediante la restricción de alimentos (Noor et al., 2012), es decir, limitan el consumo de alimentos seleccionados por el niño (dulces, comida chatarra o platillos favoritos) (May et al.,

2007). Estos padres son más propensos a limitar el tiempo que los menores pasan frente a la televisión o el uso que hacen de tabletas electrónicas, toman medidas para mejorar su dieta, aumentan el consumo de frutas y verduras, reducen las grasas, suprimen las botanas y fomentan la actividad física, a diferencia de los padres que no muestran tal preocupación (Moore et al., 2012).

Por lo tanto, los padres pueden llevar a cabo diversos estilos parentales, o estilos de crianza relacionados con la alimentación, los cuales se han asociado al desarrollo y el bienestar de los niños en distintos contextos (Castrillón y Giraldo, 2014). Ventura y Birch (2008), por ejemplo, afirman que los estilos de crianza pueden afectar la alimentación y la actividad física de los niños y alientan las prácticas, estilos y estrategias de alimentación que utilizan los padres.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio descriptivo y transversal fue describir el tipo de estrategias de alimentación que llevaban a cabo madres preocupadas y despreocupadas por el peso de sus hijos escolares.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística y por conveniencia de 116 madres con un rango de edad de 25 a 52 años ($M = 37$, $D.E. = 5.6$) y sus hijos (51.6% niños y 48.4% niñas) de 9 a 12 años ($M = 10.4$, $D.E. = .09$), alumnos de cuarto a sexto grado de dos escuelas primarias públicas de Ciudad Obregón, Son. (México). De aquéllas, 17% eran solteras, 76% casadas, 4% viudas y 3% divorciadas. En cuanto a su escolaridad, 39% tenían licenciatura, 29% preparatoria y 21% secundaria.

Instrumento

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* destinado a las madres de los niños, mismo que contenía siete preguntas abiertas, de las cuales solo se analizaron las cuatro siguientes: 1) “Cuando es hora de comer y su hijo no tiene hambre, ¿qué hace usted?”; 2) “Describa de qué manera o qué estrategias utiliza para vigilar la alimentación de su hijo”; 3) “¿Le

preocupa el peso que tiene su hijo? ¿Por qué?”, y 4) “¿Utiliza algún método para cuidar el peso de su hijo?”. Finalmente, se les solicitaron los datos sociodemográficos que se reportan arriba.

Procedimiento

Se recabaron los permisos correspondientes de los directores de las escuelas primarias y profesores de aula, quienes dieron el cuestionario a los niños para que a su vez los entregarán a sus madres, si bien algunos les fueron entregados por los propios profesores subrayando la importancia de que ellas lo contestaran. Junto con el cuestionario se entregó un formato de consentimiento informado, el cual debían devolver respondido y firmado en el caso de que aceptaran participar, siendo el profesor el encargado de que las madres contestaran el cuestionario. Se entregaron aproximadamente 160 cuestionarios, de los cuales únicamente se regresaron 116.

Hecho lo anterior, se procedió a la captura de los datos obtenidos en una base creada en el programa Microsoft Excel 2016, para después exportarlos al programa ATLAS.Ti, versión 7.5, mediante el cual se hizo el análisis de las respuestas, hallándose estructuras semánticas similares que permitieron la construcción de las categorías relacionadas a las prácticas de alimentación de las madres entrevistadas, tras de lo cual se realizaron análisis de frecuencia en el programa Excel.

RESULTADOS

Con la intención de describir el tipo de práctica o estilo de alimentación que llevaban a cabo las madres en función de si les preocupaba o no el peso de sus hijos, se analizaron las preguntas partiendo de la siguiente: “Cuando es hora de comer y su hijo no tiene hambre, ¿qué hace?”. Hecho el análisis, se obtuvieron las once categorías que se muestran en la Tabla 1, donde se describen los porcentajes de cada una.

La mayoría de las madres le daban tiempo al niño para que le diera hambre, otras dijeron que eso no ocurría, pues su hijo solía tener apetito; algunas indicaron que lo obligaban a comer, en tanto que otras lo motivaban. En menor proporción,

monitoreaban el tiempo desde la última vez que el menor había comido y lo que comió, o bien usaban el chantaje, le daban fruta y o le pedían que comiese poco.

Tabla 1. Estrategias utilizadas cuando el niño no tiene hambre.

Estrategia	%
Lo obligo	13.0
Le doy tiempo	43.0
Vigilo que coma bien	0.8
Uso el chantaje	1.6
Monitoreo el tiempo	6.3
Lo motivo	7.9
No ocurre	15.0
Le doy fruta	5.5
Investigo que comió	4.7
Pido que coma poco	0.8
Implemento actividades	0.8

A la pregunta “¿Le preocupa el peso de su hijo y por qué?”, en la Tabla 2 se observa que a la mayoría de las madres no les preocupaba el peso de sus hijos según el sexo de los menores, y en la Tabla 3 las razones para ello. Lo interesante es que del 27% de las participantes a las que sí les preocupaba, 14.6% eran madres de niñas.

Tabla 2. Porcentajes de respuesta a la pregunta “¿Le preocupa el peso de su hijo?”.

Sexo de los menores	Sí	No	Total
Niños	13.0	36.6	49.6
Niñas	14.6	35.8	50.4
Total	27.6	72.4	100.0

Tabla 3. Razones de las madres que se preocupaban por el peso de sus hijos.

Razones	%
Está en desarrollo	14.7
Está creciendo	5.9
Por su salud	47.1
Es bajo	14.7
Es alto	8.8
Tiene malos hábitos	5.9
Es mujer	2.9

Al analizar las razones de la preocupación y despreocupación de las madres por el peso de sus hijos, las madres preocupadas indicaron que esa preocupación se debía principalmente a la salud de sus hijos, porque los veían estar ganando peso y no querían que el problema aumentara, porque había casos de diabetes en la familia o porque los niños sufren con la obesidad. Algunas madres dijeron estar preocupadas porque consideraban que su hijo estaba delgado. Las madres despreocupadas argumentaron que el niño se hallaba en una fase particular de su desarrollo físico, que estaba en su peso ideal, que el médico les había dicho que el menor estaba sano, que hacía ejercicio o que ellas estaban pendientes de que comiese frutas y verduras. En la Tabla 4 se describen los porcentajes de esas razones.

A su vez, en la Tabla 5 se muestran ejemplos de respuestas de madres preocupadas y despreo-

Tabla 4. Razones de las madres que no se preocupan por el peso de sus hijos.

Razones	%
Tiene peso normal	64.0
Lo monitoreo	1.1
Le doy alimentación saludable	10.1
Acudo al médico	2.2
Me preocupa su salud	1.1
Está en desarrollo	10.1
Hace ejercicio	7.9
Es delgado	3.4

cupadas por el peso de sus hijos. En ellas, a fin de proteger la identidad de las participantes, se presentan las citas textuales de sus respuestas, anteceditas por su número de participante, y entre paréntesis la edad de la madre, la abreviatura del nivel de estudios y la edad de sus hijos.

Tabla 5. Ejemplos de respuesta de madres preocupadas y despreocupadas por el peso de sus hijos.

Preocupadas	Despreocupadas
<i>P42 (48, Lic, M-11):</i> “El peso de mi hijo es alto, y me preocupa porque está sobrepasado de su límite”.	<i>P49 (25, Prepa, F-10):</i> “Siempre ha tenido un peso bajo de acuerdo con su edad, pero no me preocupa porque estar gordo no es estar sano; mi hija está delgada, pero sé que está sana porque come bien”.
<i>P41 (32, Lic, F-11):</i> “Su peso es normal para su edad. Me preocupa porque no me gustaría que subiera de peso”.	<i>P74 (31, Sec, M-10):</i> “Su peso es normal; no me preocupa tanto”.
<i>P61 (42, Lic, F-10):</i> “Sí, yo tengo obesidad y me preocupa que padezca lo mismo, y más por ser mujer”.	<i>P100 (30, Maes, F-9):</i> “No, está en desarrollo y tiene el cuerpo adecuado para su IMC”.
<i>P47 (40, Maes, F-10):</i> “Sí, porque aún está en el peso ideal; dependiendo de lo que coma es su desarrollo y tiene herencia de obesidad”.	<i>P81 (44, Prepa, M-11):</i> “No, porque está en desarrollo”.
<i>P36 (39, Prepa, F-10):</i> “Sí, porque está muy chica para empezar a batallar con el sobrepeso”.	<i>P97 (28, Sec, M-11):</i> “No, porque hacemos deporte en familia: jugamos fútbol y caminamos mucho”.
<i>P78 (31, Lic, M-11):</i> “Sí, se está pasando de peso y no quiero que lo alcance la herencia de diabetes e hipertensión”.	<i>P116 (38, Lic, M-10):</i> “No, porque es grande de tamaño”.

* P = Participante; Prim = primaria; Sec = secundaria; C. Téc = carrera técnica; Lic = licenciatura; Maes = maestría; M = masculino; F = femenino.

Luego, se analizaron las respuestas de las madres a la pregunta: “¿Utiliza algún método para cuidar el peso de su hijo?”. En la Tabla 6 se muestran las estrategias que utilizaban las madres preocupadas y las despreocupadas.

Se analizaron después las respuestas de las madres con relación a la pregunta “Describe de qué manera o qué estrategias utiliza para vigilar la alimentación de su hijo(a)”. En la Tabla 7 se describen las estrategias de las madres preocupadas y

despreocupadas, así como el tipo de estrategia que las madres utilizaban.

Como se observa, las madres preocupadas utilizaban con mayor frecuencia el monitoreo y una alimentación saludable, al igual que las madres despreocupadas.

De acuerdo con la pregunta anterior, se clasificaron las respuestas según las estrategias utilizadas por las madres en cuanto al peso de sus hijos, que se dividió en elevado, bajo y normal.

Tabla 6. Estrategias que utilizaban las madres preocupadas y despreocupadas.

MADRES PREOCUPADAS		MADRES DESPREOCUPADAS	
Estrategia	%	Estrategia	%
Mido las porciones	9.7	Hace deporte	20.0
Hago un chequeo	6.5	Le doy alimentación saludable	50.0
Planeo hacerlo	3.2	Equilibro sus alimentos	5.0
Restrinjo	22.6	No le doy comida chatarra	5.0
Doy alimentación saludable	32.3	Limito su tiempo ante la TV o el celular	5.0
Doy la comida que le gusta	3.2	Es delgado	2.5
Hago que haga ejercicio	12.9	Evito harinas y azúcar	5.0
Hago que no repita	3.2	Juega al aire libre	2.5
Le doy vitaminas	6.5	Lo observo	2.5
		Consulta con una nutrióloga	2.5

Tabla 7. Tipo de estrategias de las madres preocupadas y despreocupadas.

MADRES PREOCUPADAS		MADRES DESPREOCUPADAS	
Estrategia	%	Estrategia	%
Monitoreo	41.2	Ninguna estrategia	8.0
Estilo autoritativo	8.8	Restricción	3.0
Restricción	2.9	Monitoreo	39.0
Alimentación sana	38.2	Alimentación sana	35.0
Estilo autoritario	2.9	Evitación de comida chatarra	3.0
Presión	2.9	Presión	3.0
Administración de vitaminas	2.9	Estilo autoritario	2.0
		Estilo autoritativo	3.0
		Estilo indulgente	3.0
		Pláticas	2.0

Estrategias para el cuidado de peso en los hijos

Estrategias cuando consideran elevado el peso. A partir del análisis de las respuestas, se aprecia que las madres, cuando indicaron que el peso de sus hijos era elevado, procuraban mantenerse al pendiente de los alimentos que estos consumían, así como la cantidad y el momento. Este comportamiento de las madres se categorizó como *monitoreo*. Cuando las madres reportaron que cuando el niño no tenía hambre y era la hora de comer, no lo obligaban a hacerlo; lo más común para ellas era esperar que tuviera apetito o les pidiera comida, mostrándose tolerantes y dándole la libertad de comer cuando lo deseara, cuidando de que no comiera alimentos que no son nutritivos. Estas acciones de las madres fueron categorizadas como *estilo de crianza indulgente*.

De igual forma, se formuló una categoría denominada *restricción* cuando las madres escon-

dían o no compraban alimentos que no consideraran adecuados para el niño, forma de restricción que se denominó *restricción encubierta*. Finalmente, las madres señalaron como estrategia para cuidar el peso de su hijo el realizar ejercicio y acudir al nutriólogo. A continuación, se muestran algunos ejemplos de respuestas de algunas de las participantes respecto a estas categorías, en los que se utiliza la misma nomenclatura mostrada en la Tabla 5, añadiéndose al final del paréntesis la estrategia empleada.

Participante 41 (32, Lic, F-11, monitoreo): “La forma en que vigilo la alimentación es preparando yo la comida y estando al pendiente de lo que come”.

Participante 78 (31, Lic, M-11, estilo indulgente): “Cuando es la hora de comida y no tiene hambre, lo dejo que decida; me avisa para darle tiempo a que aumente su hambre, pero solo algo ligero si es de noche”.

Participante 42 (48, Lic, M-11, nutriólogo):
 “El método que utilizo para cuidar el peso de mi hijo es acudir a citas mensuales con el nutriólogo”.

Estrategias cuando consideran bajo el peso.
 Las respuestas de las madres demostraron que, cuando el peso del niño es percibido como bajo, intentan razonar con éste para que se alimente, o elaboran alimentos de su agrado con la finalidad de que coma, pero también le preguntan si comió algo antes para tomar en cuenta la hora en que seguramente tendrá apetito. A estas actitudes y comportamientos se les categorizó como *estilo autoritativo*. Otra categoría formulada es el uso de la *presión*, tomando en cuenta que las madres refirieron que cuando el niño decía no tener hambre, se le solicitaba que estuviera en la mesa para comer, y si comía menos de lo que se le daba, se le obligaba a terminar la porción al considerar que era la adecuada. A esta categoría se le dio el nombre de *estilo autoritario*. También se elaboró la categoría de *alimentación adecuada* cuando las madres la consideran balanceada, con alimentos saludables, como frutas y verduras, y con vitaminas para complementarla. A continuación se muestran algunos ejemplos de respuesta de algunas de las participantes respecto a estas categorías.

Participante 26 (32, Sec, M-11, estilo autoritativo): “Mi hijo es malo para comer. Le pido que coma y trato de prepararle lo que le gusta”.

Participante 51 (32, C. Téc, M-10, presión):
 “No le permito levantarse de la mesa hasta que termina su comida”.

Participante 76 (55, Prepa, M-10, estilo autoritario): “Le exijo que coma cosas buenas”.

Participante 35 (34, Lic, M-11 años, alimentación adecuada): “Tiene una alimentación balanceada ya que toma un medicamento que le quita el apetito, por lo que come poco, pero come lo que le nutre”.

Estrategias cuando consideran normal el peso.
 En las respuestas de las madres se encontró que cuando el peso del niño era considerado como normal solían utilizar estilos indulgentes y autoritativos y la implementación de una alimentación adecuada, así como el monitoreo del consumo y la cantidad de alimento. Consideraban restringir alimentos esperando una conducta a cambio o como un método de castigo, lo que fue categorizado como *restricción como disciplina*. También demostraron no utilizar ninguna estrategia para el cuidado del peso ni la alimentación, lo que fue categorizado como *sin estrategia*. Abajo se muestran algunos ejemplos de respuesta de algunas de las participantes respecto a esas categorías.

Participante 23 (28, Prepa, F-10, estilo indulgente): “Cuando mi hijo no tiene hambre y es hora de comer, lo dejo hasta que le dé hambre”.

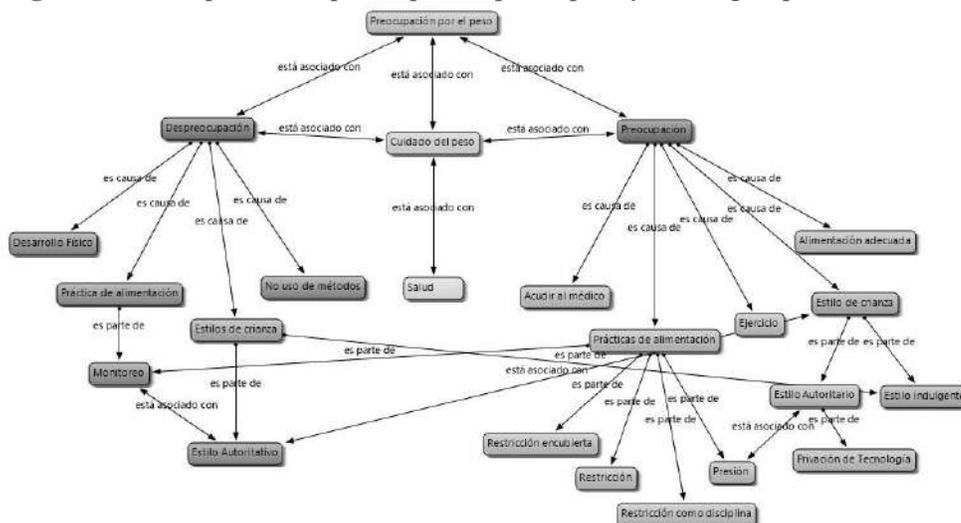
Participante 101 (42, Sec, F-9, estilo autoritativo): “Le digo que no podrá usar sus cosas favoritas si no come bien”.

Participante 39 (37, Prepa, F-11, restricción como disciplina): “Le prohíbo dulces o golosinas si no hace caso”.

Participante 49 (25, Prepa, F-10, sin estrategia): “No utilizo ningún método para el cuidado del peso de mi hijo”.

Finalmente, en la Figura 1 se presenta un esquema de lo analizado en las preguntas antes descritas.

Figura 1. Preocupación/despreocupación por el peso y estrategias para su cuidado.



DISCUSIÓN

A partir del objetivo del presente estudio, que fue describir si a las madres participantes les preocupaba el peso de sus hijos y el tipo de estrategia de alimentación que ponían en práctica para su control, los resultados encontrados revelan que casi una tercera parte de las madres no estaban preocupadas por el peso de sus hijos. En diversos estudios hechos en niños preescolares principalmente, se ha visto que es menor la preocupación que existe por su peso debido a su corta edad, hasta que al crecer son víctimas de burlas o tienen dificultades físicas (Jain et al., 2001). En este estudio, la preocupación fue escasa, con porcentajes ligeramente superiores cuando se trataba de las niñas, aunque no se hicieron análisis estadísticos para ver si esas diferencias eran significativas. En efecto, se ha encontrado que los padres se preocupan más por el peso de las niñas, y que esa preocupación obra como un factor protector (Moore et al., 2012; Noor et al., 2012; Peyer et al., 2015). Por otro lado, las madres que respondieron las preguntas tenían un mayor nivel educativo, lo que llama la atención porque quizá ese hecho esté asociado a su despreocupación, tal como reportan Alwan, Fattani y Longford (2013), quienes encontraron que las madres con un mayor nivel educativo y socioeconómico tenían más hijos con sobrepeso y obesidad. En general, la principal razón de la despreocupación aquí hallada era que sus hijos realizaban actividades físicas, estaban en su peso ideal, comían frutas y verduras, pero principalmente que ellas estaban al pendiente del peso del menor. En algunos estudios se ha encontrado que la autoeficacia de las madres en el cuidado de peso de sus hijos influye de manera positiva para prevenir su aumento de peso, e incluso para disminuir el propio (Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007).

Las madres despreocupadas señalaron que su hijo tenía un peso normal o eran delgados, lo que confirma lo que diversos estudios reportan acerca de que la percepción del peso de los hijos y de las propias madres es generalmente errónea (Cabello y Reyes, 2011; Flores et al., 2014; Rodríguez, Novalbos, Villagrán, Martínez y Lechuga, 2012), por lo que se sugiere tomar medidas antro-

pométricas para confirmar la veracidad del peso de los menores.

Las madres despreocupadas aplicaban principalmente el monitoreo como una práctica de alimentación o no usaban estrategia alguna; además, empleaban el estilo de alimentación autoritativo, que se caracteriza por considerar la opinión del niño, por establecer reglas laxas y por usar estrategias no directivas, como preguntarle, sugerirle y otras acciones (Jansen, Mallan, Nicholson y Daniels, 2014). No obstante, las madres preocupadas dijeron serlo porque era una cuestión de salud, porque sus hijos ya tenían problemas con el peso o porque otros miembros de la familia ya sufrían exceso de peso o diabetes, lo que implica que la herencia tenía para ellas un papel relevante. De acuerdo con diversas investigaciones, son los factores psicosociales los causantes principales de los problemas de sobrepeso y la obesidad, no la herencia (Flores, Sánchez et al., 2011). Por otro lado, se ha visto que las madres con exceso de peso tienden a preocuparse más por sus hijos, independientemente de si son o no delgados, y suelen llevar a cabo prácticas de alimentación más restrictivas (Rodríguez et al., 2012; Sánchez y Andrade, 2011; Silva, Jiménez y Hernández, 2013). Se sugiere, pues, que en estudios posteriores se pese y se mida a las madres para indagar si las estrategias que utilizan se relacionan con sus medidas antropométricas.

Las madres preocupadas tendían a llevar a cabo prácticas de alimentación restrictivas (encubiertas y cómo disciplina), y a su vez presionaban a sus hijos a comer; cabe destacar que llevaban a cabo esta última práctica porque consideraban que el peso de éste era bajo. La presión para comer se ha reportado generalmente en madres que tratan que el niño gane peso (Matheson, Robinson, Varady y Killen, 2006).

Otro elemento importante que se debe señalar es la indiferencia de algunas madres respecto al peso de sus hijos, pues no utilizaban ningún método y mostraban un estilo indulgente. A esa edad es cuando los menores incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas de alimentación, y las preferencias y rechazos hacia algunos alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar (Domínguez, Olivares y Santos, 2008).

En relación con las estrategias utilizadas para el cuidado del peso, se pudo identificar que el uso de la presión se emplea cuando se percibe un bajo peso, y el monitoreo y la restricción cuando el peso se considera elevado (Cardel et al., 2012; Gregory, Paxton y Brozovic, 2011; Londoño, Morey, Molina y Laserna, 2014). Lo anterior se ha encontrado asimismo en diversos estudios, en los que se ha visto que los padres presionan a sus hijos cuando tienen bajo peso y restringen los alimentos cuando lo tienen elevado (Cardel et al., 2012; Londoño et al., 2014; Tschann et al., 2013). Por otra parte, Stang y Loth (2011) hallaron que el monitoreo se utiliza comúnmente cuando las madres perciben a sus hijos con sobrepeso y cuando

experimentan una mayor preocupación por el estado de salud de sus hijos. Cuando existe esa preocupación, es más común que ejerzan una mayor presión y restrinjan más la alimentación (Keller, Olsen, Kuilema, Meyermann y Belle, 2013; Rodríguez et al., 2012; Silva et al., 2013), al igual que lo que hallado en el presente estudio. Los hallazgos permiten concluir que entre más se preocupan las madres por el peso del niño, más estrategias llevarán a cabo para su cuidado. Así, sería deseable que las madres tengan un conocimiento más preciso respecto al peso y la talla de sus hijos para utilizar las estrategias de alimentación que propicien un peso adecuado a su edad.

REFERENCIAS

- Alwan, I.A., Fattani, A.A. y Longford, N. (2013). The effect of parental socioeconomic class on children's body mass indices. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 5(2), 110-115. doi: 10.4274/Jcrpe.898.
- Birch, L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-62.
- Cabello G., M.L y Reyes D., J (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 12(1). Recuperado de <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/281>.
- Cardel, M., Willig, A., Dulin, A., Casazza, K., Beasley, M. y Fernández, J. (2012). Parental feeding practices and socioeconomic status are associated with child adiposity in a multi-ethnic sample of children. *Appetite*, 58, 347-353. doi: 10.1016/j.appet.2011.11.005.
- Castrillón, I. y Giraldo, O. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 6(1), 57-74. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4947511>.
- Domínguez, P., Olivares, S. y Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 9. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Flores P., Y., Cárdenas V., V.M. Trejo O., P.M., Ávila A., H., Ugarte E., A. y Gallegos M., J. (2014). Acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo a la percepción materna del peso y edad del hijo. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 822-828.
- Flores G., R., Sánchez V., E.V., Rosas L., G., Schwarte L., U., García, R., Viera S., R., Lafleur M., S. Aboleata M., J., Strongin S., H. y Navarro A., M. (2011). Latino children's health and the environment. En R. Pérez E. y H. Melgar Q. (Eds.): *At risk: Latino children's health* (pp. 1-37). Houston, TX: Arte Público Press.
- Gregory, J., Paxton, S., Brozovic, A. (2011). Maternal feeding practices predict fruit and vegetable consumption in young children. Results of a 12-month longitudinal study. *Appetite*, 57, 167-172.
- Jain, A., Sherman, S.N., Chamberlin, L.A., Carter, Y., Powers, S.W., Whitaker, R.C. (2001). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*, 107(5), 1138-1146.
- Jansen, E., Mallan, K.M. Nicholson, J.M. y Daniels, L.A. (2014). The feeding practices and structure questionnaire: construction and initial validation in a sample of Australian first-time mothers and their 2-year olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(2), 1-13.
- Keller, K., Olsen, A., Kuilema, L., Meyermann, K. y Belle, Ch. (2013). Predictors of parental perceptions and concerns about child weight. *Appetite*, 62, 96-102. doi: 10.1016/j.appet.2012.11.016.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *10 datos sobre la obesidad*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>.
- Lampard, A.M., Byrne, S.M., Zubrick, S.R. y Davis, E.A., (2008). Parents' concern about their children's weight. *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(2), 84-92. doi: 10.1080/17477160701832552.

- Londoño, C., Morey, M., Molina, M. y Laserna, S. (2014). *Alimentación con sentido. Promoción de prácticas alimentarias en padres de familia para el desarrollo de hábitos alimenticios saludables en niños de 0 a 6 años*. Medellín (Colombia): Universidad CES. Recuperado de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3599/1/Proyecto_Alimentando_Con-sentido.pdf.
- Matheson, D.M., Robinson, T.M., Varady, A. y Killen, J.D. (2006). Do Mexican-American mothers's food-related parenting practices influence their children's weight and dietary intake? *American Dietetic Association*, 106, 1861-1865. doi: 10.1016/j.jada.2006.08.004.
- May, A.I., Donohue, M., Scanlon, K.S., Sherry, B., Dalenius, K., Faulkner, P. y Birch, L.L. (2007). Maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. *Journal American Diet Association*, 107, 1167-1174. doi: 10.1016/j.jada.2007.05.023.
- Moore, L.C., Harris, C.V. y Bradlyn, A.S. (2012). Exploring the relationship between parental concern and the management of childhood obesity. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 902-908. doi: 10.1007/s10995-011-0813-x.
- Noor, A.M., Leelavathi, M., Shamsul, A.S., Hizlinda, T., Khairani, O. y Fatimah, A. (2012). Parental concerns and control in feeding of 9 to 12-year-old children in a primary school in Kuala Lumpur, Malaysia. *Malaysian Journal of Nutrition*, 18(1), 47-55.
- Peyer, K.L., Welk, G., Bailey-Davis, L., Yang, S. y Kim, J.K. (2015). Factors associated with parent concern for child weight and parenting behaviors. *Childhood Obesity*, 11(3), 269-274. doi: 10.1089/chi.2014.0111.
- Rodríguez, A., Novalbos, J., Villagrán, S., Martínez, J. y Lechuga, J. (2012). La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. *Revista Española de Salud Pública*, 8(5), 483-494. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n5/03_original1.pdf.
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M. y Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1), 45-56.
- Shamah, T., Cuevas, L., Rivera, J. y Hernández, M. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Slater, A.I., Bowen, J., Corsini, N., Gardner, C., Golley, R. y Noakes, M. (2010). Understanding parent concerns about children's diet, activity and weight status: an important step towards effective obesity prevention interventions. *Public Health & Nutrition*, 13(8), 1221-1228. doi: 10.1017/S1368980009992096.
- Sanches, S. y Andrade, M. (2011). Percepciones y prácticas de madres de preescolares brasileños acerca de la alimentación de los hijos. *Enfermería Global*, 21. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100015.
- Silva, C., Jiménez, B. y Hernández, A. (2013). Factores relacionados con las prácticas maternas de control alimentario en preescolares. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1298-1310.
- Smolak, L., Levine, M.P. y Schermer, F. (1997). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal Eating Disorders*, 25(3), 263-271.
- Stang, J. y Loth, K. (2011). Parenting style and child feeding practices: potential mitigating factors in the etiology of childhood obesity. *American Dietetic Association*, 111(6), 1301-1305. doi: 10.1016/j.jada.2011.06.010.
- Tschann, J.M., Gregorich, S.E., Penilla, C., Pasch, L.A., De Groat, C.L., Flores, E., Deardorff, J., Greenspan, L.C. y Butte, N.F. (2013). Parental feeding practices in Mexican American families: initial test of an expanded measure. *International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(6). doi: 10.1186/1479-5868-10-6.
- Ventura, A. y Birch, L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(15), 1-12. doi: 10.1186/1479-5868-5-15.
- Wake, M., Canterford, L., Hardy, P. y Ukoumunne, O.C., (2011). At what BMI are parents of pre-schoolers concerned? National cross-sectional study. *International Journal of Pediatrics Obesity*, 6(5-6), 499-501. doi: 10.3109/17477166.2011.575159.

Procesos motivacionales en dietantes crónicos

Motivational processes in chronic dietary restrainers

María Fernanda Rivarola, Anna Rovella y Jorge Leporati¹

Citación: Rivarola, M.F., Rovella, A. y Leporati, J. (2019). Procesos motivacionales en dietantes crónicos. *Psicología y Salud*, 29(2), 289-298.

RESUMEN

Partiendo del paradigma cognitivo, el objetivo de este estudio fue caracterizar el proceso motivacional de 505 dietantes crónicos: 368 mujeres y 137 varones de entre 18 y 39 años, a quienes se aplicaron la Escala Revisada de Restricción Alimentaria, el Cuestionario de Figura Corporal y una entrevista *ad hoc*. Se conformaron dos grupos con los sujetos que puntuaron bajo y alto en dicha escala. Los autores concluyen que el proceso motivacional que explica la restricción alimentaria crónica se caracteriza por factores hereditarios de problemas de sobrepeso, el aprendizaje de hábitos alimentarios no saludables y un estilo atribucional interno basado en la insatisfacción con la imagen corporal, mismos que ponen en marcha el mecanismo crónico de restricción/sobrealimentación.

Palabras clave: Proceso motivacional; Dietantes crónicos; Imagen corporal.

ABSTRACT

The aim of the present study was to characterize the motivational processes of restrained eaters from a cognitive perspective. The Revised Restraint Scale, the Body Figure Questionnaire and an ad-hoc interview were applied to 505 subjects between 18 and 39 years of age. Two groups were compared: low-scoring and high-scoring participants in the scale. Results lead the authors to conclude that the motivational process explaining chronic food restriction is characterized by hereditary factors of overweight problems, learning of unhealthy eating habits, and an internal attributional style based on dissatisfaction with body image; these components seem to jointly set in motion the chronic mechanism of restriction/overfeeding.

Key words: Motivational process; Chronic dietary restrainers; Body image.

INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria ha sido estudiada desde diferentes líneas de investigación, entre ellas la propuesta por López et al. (2014), quienes señalaron que el comportamiento alimentario es todo aquello que hace un organismo para alimentarse, y el hambre la motivación que genera la búsqueda de sustancias nutritivas para el cuerpo. Mas, ¿cómo se sabe realmente qué, cuánto y cuándo es necesario comer? En general, el control sobre la conducta del comer es mucho más complejo que el control sobre la conducta de beber, ya que el equilibrio energético depende de los hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales y sodio (Fernández, Martín y Domínguez, 2004; Pascual, Etxebarrúa y Echeburúa, 2011; Sánchez y Pontes, 2012).

La conducta no ocurre de forma espontánea, sino que es inducida por motivaciones internas y ambientales. En forma extensa, el término *motivación* se utiliza para describir las fuerzas que hacen posible

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Narciso Gutiérrez 762, 5700 San Luis, Argentina, tel. 54(9266)421-61-80, correos electrónicos: mfrivarola00@gmail.com, rovelaanna@gmail.com y jorgeleporati1560@gmail.com. Artículo recibido el 7 de mayo y aceptado el 11 de octubre de 2018.

la ejecución de conductas destinadas a modificar o mantener el curso de la vida de un organismo mediante el logro de objetivos que aumentan su probabilidad de supervivencia, tanto en el plano biológico como en el social (Palmero, Guerrero, Gómez, Carpi y Gorayeb, 2011). Es por ello que se considera la motivación como un proceso básico e imprescindible que ha despertado el interés científico desde el punto de vista teórico y experimental.

La motivación representa aquello que determina originalmente el que la persona inicie una acción (“activación”), se dirija hacia un objetivo (“dirección”) y persista en alcanzarlo (“mantenimiento”). Para lograr lo anterior, influyen factores como los hábitos aprendidos, los eventos perceptuales y las influencias emocionales, entre muchos otros. De acuerdo a ello, el control de la acción implica un equilibrio entre las intenciones, los deseos personales y el medio ambiente (Hommel, 2003).

Según Palmero et al. (2011), la motivación entraña ciertos aspectos biológicos y culturales. Frente a los desafíos adaptativos que afronta el ser humano, la sociedad (con el tinte cultural que en ella predomine) impone ciertas características que orientan las necesidades biológicas y las necesidades psicológicas en un determinado sentido.

El proceso motivacional principia cuando uno o varios de los determinantes motivacionales crean las condiciones que a su vez dan lugar a que una persona se plantee o muestre la intención de realizar una determinada conducta. Se produce entonces la activación de esa conducta, se mantiene con una intensidad determinada y finalmente termina. Además, la intención dará dirección y objetivo a esa conducta. Por último, este proceso se autorregula mediante un sistema de retroalimentación, pues a medida que la conducta actúa sobre el medio y logra o no los objetivos que la movilizaron, la intención actuará de nuevo sobre la activación para mantener la conducta, terminarla o modificar la intensidad con que se ejecuta, y asimismo obrará sobre su dirección verificando si se han alcanzado o no los objetivos, e incluso cambiándolos en función de las nuevas condiciones que ha creado la propia acción sobre el medio (Fernández et al., 2004).

La conducta alimentaria está mediada por variables cognoscitivas, emocionales y conductuales. Estudios como los realizados por Heatherton y Baumeister (1991) y Rivarola (2003) dan cuenta de que las personas que presentan problemas en su conducta de comer manifiestan sentimientos displacenteros hacia su propia imagen corporal, hallando paradójicamente en la alimentación una distracción inmediata para evitar y olvidar tal sensación negativa con su corporeidad. Tal enmascaramiento hace que se reduzca la ansiedad y la amenaza al *self* (Polivy y Herman, 2002). Rivarola (2003) y Wallis y Hetherington (2004) investigaron la preocupación por la apariencia y la imagen corporal a temprana edad, concluyendo que es una de las causas de que se pierda interés por desarrollar hábitos alimenticios adecuados.

Dietantes crónicos

La dieta restrictiva es la práctica más frecuente en hombres y mujeres que pretenden reducir su peso corporal (Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla, 2002), práctica que ha aumentado en las últimas décadas ya sea por la presión social o por la preocupación por la salud; de hecho, se supone que para la mayoría de las personas, especialmente las mujeres, limitar la ingesta es la única solución posible y, con ello, disminuir el peso corporal. En efecto, las personas se ponen a dieta con la esperanza de que la misma contribuirá a mejorar la salud, la apariencia y la sensación de bienestar. Ha quedado claro, sin embargo, que tal “solución” no resuelve el problema (Rivarola, 2006). Investigaciones realizadas por Herman y Polivy (1984, 1988, 2003) han demostrado que el solo hecho de pensar en hacer dieta descontrola la alimentación (cf. Rivarola, 2014).

De acuerdo a Herman y Polivy (2003), los estudios que se han hecho sobre las diferentes tácticas restrictivas, así como también sobre los obstáculos para el éxito de las dietas basadas en el interjuego entre la inhibición y la desinhibición de la conducta de comer, se han vuelto más frecuentes en las últimas décadas. Hoy día, muchas personas ven en la dieta una solución al problema del sobrepeso y la obesidad, pero investigaciones realizadas sobre la restricción alimentaria sugie-

ren que esta conducta puede tener más costos que beneficios.

Como han señalado Herman y Polivy (1984), se considera que la restricción alimentaria es una de las variables más importantes en la regulación de los patrones de ingesta de los sujetos con trastornos alimentarios. El síndrome de restricción alimentaria se refiere a la situación que se produce cuando se sigue una alimentación restrictiva que aporta una cantidad insuficiente de calorías en relación a su necesidad. A diferencia del ayuno completo, en la restricción el hambre y el malestar físico y psicológico persisten, y aparecen entonces como resultado la irritabilidad, la ansiedad y la depresión.

Las personas que han hecho alguna vez dieta se pueden dividir en dos subgrupos: los restrictivos no dietantes y los restrictivos dietantes. Los restrictivos no dietantes son personas que viven atentas a la cantidad de comida que ingieren en su menú habitual. El motivo puede ser que padezcan diabetes, enfermedad cardiovascular, alergias alimentarias, colon irritable o enfermedades celíacas. A diferencia de los anteriores, los restrictivos dietantes crónicos viven permanentemente a dieta para bajar de peso. Dietar es su vida, su modo de funcionar, de vivir y de pensar (Katz, 2008; Riva-rola, 2014).

Las personas que muestran un particular patrón de alimentación restricción-sobrealimentación, por sus hábitos alimenticios han sido denominados actualmente como “comedores refrenados” (*restrained eaters*) (Polivy y Herman, 1980; Silva, 2005). Los comedores refrenados pueden caracterizarse en general como personas que manifiestan un temor exacerbado a ganar peso, por lo que restringen su alimentación a la dieta. Paradójicamente, bajo ciertas condiciones, aumentan sus niveles de ingesta y en consecuencia se sobrealimentan (Provencher et al., 2009; Silva, 2009; Van Der Laan y Smeeths, 2015).

Teniendo en cuenta los efectos emocionales, cognitivos y conductuales de los “comedores refrenados”, que son la antesala de los trastornos alimentarios, a partir de su estilo alimentario pueden emprender un camino hacia a la salud o hacia la enfermedad (Katz, 2008).

Con base en lo anterior, el presente trabajo tuvo como objetivo caracterizar, desde el modelo

cognitivo de la motivación, a aquellas personas que conformaron una muestra de dietantes crónicos, y probar que determinados hábitos alimentarios cotidianos, en conjunto con un mayor grado de preocupación sobre la figura corporal, propician la aparición de conductas restrictivas crónicas.

MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio correspondió a un muestreo no probabilístico de tipo accidental y estuvo compuesta por un total de 505 participantes: 368 mujeres (72.8%) y 137 varones (27.1%), con un rango de edad de entre 18 y 39 años.

Instrumentos

Para obtener la información necesaria, se aplicaron los siguientes instrumentos:

Escala Revisada de Restricción Alimentaria (ERA) (Herman y Polivy, 1980), en la versión en español de Silva (2009).

Es ésta una escala de autorreporte breve que consta de diez ítems tipo Likert agrupados en dos subescalas: Preocupación por la dieta y Fluctuación del peso, cuyo objetivo es obtener un indicador psicométrico del constructo de restricción alimentaria.

El análisis factorial de la escala arrojó dos factores que en conjunto explican 51.25% de la varianza; para garantizar que el coeficiente alfa de Cronbach (α) es una medida de unidimensionalidad, se computó separadamente dicho indicador en cada subescala. La subescala de Preocupación por la dieta (PD) y Fluctuaciones en el peso (FP) lograron niveles aceptables de fiabilidad: 0.78 y 0.70, respectivamente (Silva, 2009). En el presente estudio se encontró que el factor general alcanzó un coeficiente α de 0.78, disminuyendo ligeramente en las subescalas PD ($\alpha = 0.75$) y FP ($\alpha = 0.66$).

A partir de sus puntuaciones, se obtiene una medida de restricción alimentaria crónica, y es posible también clasificar a los individuos como dietantes crónicos y no dietantes, generalmente a partir de la mediana de los puntajes o de una

puntuación preestablecida. Para el cumplimiento de los objetivos de este trabajo, esa puntuación se basó en el puntaje ± 12 propuesto por Silva (2009).

Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairbun, 1987).

Adaptado a la población española por Raich et al. (1996), es un instrumento autoadministrado de 34 preguntas de respuesta cerrada, según una escala de frecuencia tipo Likert de seis grados (de 1 = nunca, a 6 = siempre). La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. Evalúa un solo concepto psicológico que puede dividirse en dos versiones del mismo problema: Insatisfacción corporal y Preocupación por el peso. El objetivo central de esta prueba es evaluar las alteraciones actitudinales de la imagen corporal. El análisis de los datos de la presente investigación se basó en la mediana obtenida en cada factor en virtud de al momento de realizar esta investigación los autores no encontraron baremos nacionales para su comparación.

Entrevista estructurada ad hoc. Para los fines de la presente investigación, se elaboró una entrevista estructurada donde se solicitó información sobre hábitos alimentarios, antecedentes de trastornos alimentarios, control sobre la alimentación, características de la alimentación restrictiva y motivación para adelgazar. Incluye preguntas con dos opciones de respuestas (“Sí/No”), así como preguntas con varias opciones y respuestas abiertas.

Procedimiento

Para participar en el estudio, evaluado por un comité académico, se solicitó a los sujetos la firma de un formato de consentimiento informado en el que se describía el propósito del trabajo y se garantizaba su anonimato y la confidencialidad de los resultados. Asimismo, se explicaron a los participantes las normas para responder los reactivos. La decisión de participar quedó plasmada en la firma del protocolo.

Para la comprobación de los objetivos propuestos, se distribuyeron los sujetos de la muestra total en dos grupos, según sus puntuaciones fuesen bajas o altas en la Escala de Restricción Alimentaria Total (Silva, 2009). Los sujetos que puntuaron entre 0 y 5 conformaron el grupo cri-

terial bajo ($n = 142$), mientras que aquellos que obtuvieron valores por encima de 12 ($n = 151$) formaron el grupo de “dietantes crónicos”, que quedó conformado por 115 mujeres y 36 varones.

La proporción de hombres y mujeres de esta muestra coincide con los índices de prevalencia de los trastornos alimentarios (Darcy et al., 2012; Orellana, Sepúlveda y Denegri, 2013). En la Tabla 1 se muestran los grupos criterios de dicho instrumento.

Tabla 1. Grupos criterios de la Escala de Restricción Alimentaria.

	Grupo alto	Grupo bajo
Escala de Restricción Alimentaria total	151	142
Fluctuaciones en el peso	172	143
Preocupación por la dieta	177	132

El índice de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov indicó que la distribución muestral no era normal, por lo que se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas. Se aplicaron después los estadísticos descriptivos del BSQ y de la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes con el objetivo de conocer si había diferencias entre los subgrupos (dietantes crónicos y no dietantes), y por último se utilizaron tablas de contingencia y de Chi cuadrada con el propósito de describir, en primer término, el número de dietantes crónicos en cada una de las variables de la entrevista *ad hoc*, y en segundo término la existencia de asociación y su grado entre las mismas.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se exponen los estadísticos descriptivos del BSQ en los factores de Insatisfacción corporal y Preocupación por el peso en el grupo de dietantes crónicos.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del BSQ en dietantes crónicos ($n = 151$).

Escalas	Media	D.E	Mediana
Insatisfacción corporal	55.70	22,51	52
Preocupación por el peso	52.97	17.70	55
Total	108.67	38.98	104

A partir del análisis de los datos obtenidos y comparados con la mediana de cada factor, se puede observar que los dietantes mostraron problemas relacionados con la percepción de su imagen corporal y preocupación por su peso corporal.

Hecho lo anterior, se analizaron las diferencias entre los sujetos del grupo con bajas puntuaciones en el ERA (n = 142) respecto de quienes

obtuvieron altas puntuaciones, o sea, dietantes crónicos (n = 151) en relación con su imagen corporal, observándose diferencias, a nivel de $p = 0.000$, a favor de los dietantes crónicos en los factores de Insatisfacción corporal y Preocupación por el peso, así como en los valores totales del cuestionario (Tabla 3).

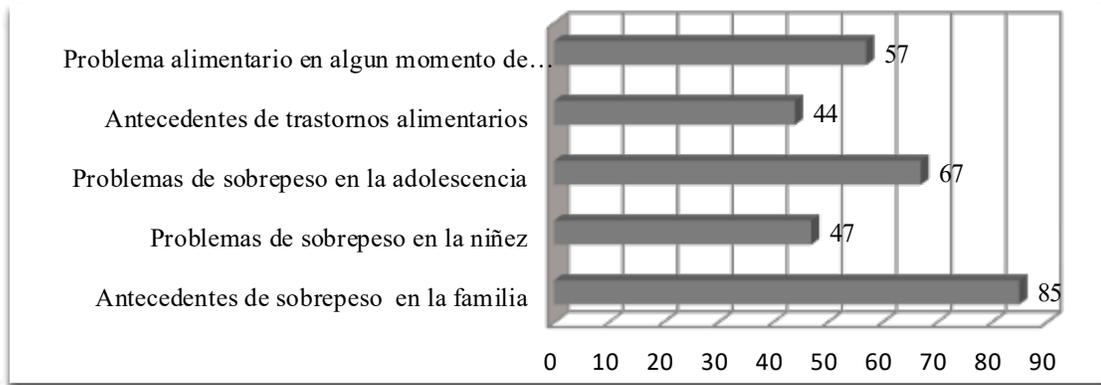
Tabla 3. Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes en el BSQ, según los grupos criterios alto y bajo obtenidos en la ERA.

Escalas	Grupo bajo (n = 142)	Grupo alto (n = 151)	U de Mann-Whitney	Sig.
Insatisfacción corporal	83.64	206.58	1724.500	0.000
Preocupación por el peso	80.59	209.45	1290.500	0.000
Total	81.02	209.05	1351.500	0.000

Del análisis descriptivo y correlacional entre los sujetos dietantes con las variables de la entrevista *ad hoc*, se encontró que los sujetos del grupo de dietantes crónicos indicaron diversos problemas alimentarios que se muestran en la Figura 1. Mediante la ϕ de Cramer (0.36), se encontró una

buena asociación entre las variables Antecedentes de sobrepeso, Antecedentes de sobrepeso de la persona durante la etapa de la niñez y Antecedentes de sobrepeso de la persona en la adolescencia en los dietantes crónicos (Figura 1).

Figura 1. Problemas alimentarios hallados entre los participantes.

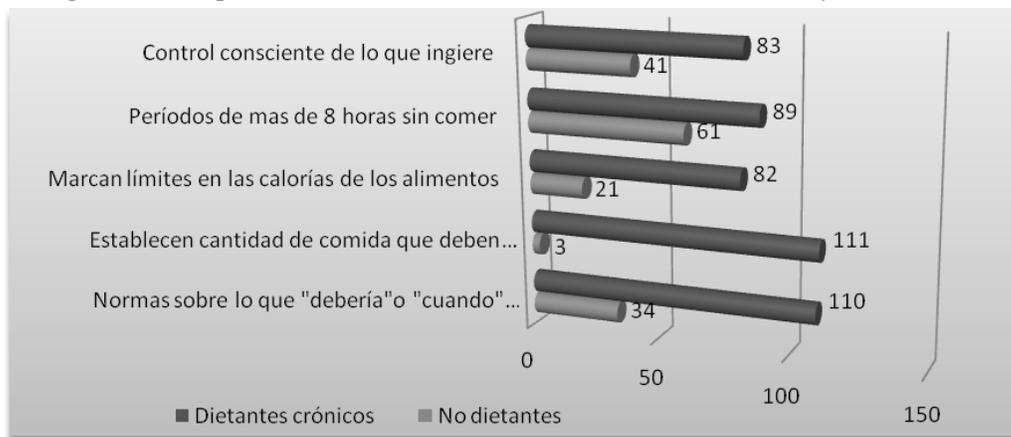


En cuanto a los hábitos alimentarios, se halló que 83 sujetos del grupo alto en la ERA tenían la tendencia a controlar en forma consciente la cantidad de comida ingerida; asimismo, que había una asociación leve en dirección positiva entre esta variable y los dietantes crónicos (ϕ de Cramer = 0.33). Además, 89 dietantes expresaron que habían estado sin comer durante periodos de ocho horas, encontrándose una relación leve con dicha variable (ϕ de Cramer = 0.16).

Respecto a las variables relacionadas con la ingesta, se observó que 82 de los sujetos se marca-

ban límites de calorías diarias, 111 establecían las cantidades de comida que tenían que comer, y 110 se basaban en normas acerca de lo que deberían comer o cuándo hacerlo. Se destacan correlaciones buenas y significativas entre estas variables relacionadas a la ingesta con los comedores refrenados (ϕ de Cramer = 0.41).

En la Figura 2 se puede observar que el mayor número de sujetos con conductas restrictivas alimentarias fueron los dietantes crónicos.

Figura 2. Comparación de los hábitos alimentarios entre dietantes y no dietantes.

Se resalta que entre las variables de romper conscientemente algunas de las normas autoimpuestas antes mencionadas, y en consecuencia, el temor de perder el control sobre la comida entre los dietantes crónicos, la correlación es elevada y muy significativa (ϕ de Cramer = 0.46), y también se halló una relación alta y significativa entre el hacer dietas y dietar crónicamente. En relación a la justificación para seguir estas normas, 118 sujetos del total del grupo de dietantes crónicos manifestaron que la causa era su silueta corporal, observándose entre esas personas y su peso corporal una relación moderada y significativa, así como la razón para seguir esas normas (ϕ de Cramer = 0.48).

Para analizar la pregunta de por qué hacían dietas, las respuestas se agruparon en torno a dos categorías: *a)* por razones de salud, donde se incluyen afirmaciones como la necesidad de tener un mejor rendimiento físico, desintoxicarse después de comer mucho o lograr un peso saludable; *b)* por insatisfacción corporal, que incluye aseveraciones como sentirse más livianos, estar más delgados, tener una baja autoestima, no verse bien y sentirse satisfechos consigo mismos. Muchos participantes no respondieron la pregunta. Así, del total de dietantes crónicos ($n = 151$), 48 manifestaron hacer dietas por razones de salud, 30 por insatisfacción corporal y 73 no respondieron el ítem.

Los datos analizados permiten señalar que hacer dietas crónicamente está relacionado a la idea de lograr el éxito, lo que puede traer consecuencias inmediatas y a medio y largo plazo para la persona. Por su parte, un fracaso (por ejemplo, romper la dieta) también conlleva consecuencias inmediatas (pérdida de confianza, ansiedad) y a

medio y largo plazo (modificación de estrategias y conductas que no son las más apropiadas, sustituyéndolas por otras más funcionales, como ayunos prolongados que atentan contra el bienestar físico), las que se traducen en alteraciones en la conducta alimentaria y convierten la conducta de dietar en el comienzo de diversos trastornos alimentarios (Rivarola, 2014).

DISCUSIÓN

En este estudio se planteó como objetivo caracterizar, desde el modelo cognitivo, la motivación en personas definidas como dietantes crónicos mediante la Escala de Restricción Alimentaria y comprobar la prevalencia de características diferenciales basadas en los antecedentes y hábitos alimentarios, en conjunto con el grado de insatisfacción con la imagen corporal.

En esta investigación se detectaron dietantes crónicos de ambos sexos, lo que quizás indica que la prevalencia de los trastornos alimentarios podría estar aumentando en hombres y mujeres (Rivarola, 2014). Los presentes resultados respaldan la necesidad de seguir investigando el trastorno alimentario y la restricción dietética en muestras de hombres y mujeres, particularmente en los primeros, según la propuesta de Schettler et al. (2017).

Se pueden identificar indicadores internos hereditarios en la conducta motivada de los dietantes crónicos que se centran en los antecedentes familiares y personales de sobrepeso y en diversos problemas en la conducta alimentaria, especialmente durante la etapa de la adolescencia. Es posible

que los antecedentes familiares de sobrepeso y los problemas en la conducta alimentaria, añadidos al aprendizaje vicario de pautas alimentarias basadas en la restricción en el seno familiar durante los primeros años de vida, incidan en la ocurrencia de la conducta de hacer dietas en la adolescencia, mismas que se hacen crónicas en la adultez. Estos resultados coinciden con la perspectiva multifactorial de algunos estudios que han demostrado la influencia familiar en el desencadenamiento y mantenimiento de los trastornos en la conducta alimentaria.

Tal como lo señala Borrego (2010), la existencia de antecedentes de conductas alimenticias desadaptadas y las evaluaciones cognitivas familiares erróneas —como por ejemplo las que hacen las madres de personas que sufren un trastorno alimenticio— se debe a que ellas mismas han sufrido en su juventud cuadros de este tipo, como un peso excesivamente elevado, cierta hiperactividad, hábitos dietéticos inadecuados o una valoración positiva del bajo peso corporal.

Desde muy temprana edad, las personas se encuentran expuestas al modelo estético sociocultural que valora la figura delgada, lo que refuerza las conductas restrictivas alimentarias, mismas que se agudizan en las etapas de la preadolescencia y la adolescencia (Rivarola, 2001, 2006). Guirado y Ballester (2005), en su análisis sobre los comportamientos alimentarios que mostraban 819 adolescentes españoles, concluyeron que tales comportamientos se manifestaban en purgas frecuentes, hiperactividad física para quemar calorías, control de peso y evitación de ciertos alimentos que engordan, lo que desde un marco referencial cognitivo-afectivo se traducía en una excesiva preocupación por el control del apetito y la experiencia de sentimientos negativos hacia el propio cuerpo. Los adolescentes participantes también expresaban que sus madres habían hecho dieta para adelgazar, y que sus padres lidiaban con la falta de apetito de sus hijos (desayunos incompletos, alteración en los horarios de las comidas y demás).

Otro factor motivacional que predispone a padecer problemas alimenticios son las pautas alimentarias, esto es, los hábitos que las personas adquieren a lo largo de su vida, caracterizados por ser restrictivos, por basarse en períodos largos de

ayuno y por seguir reglas alimentarias elaboradas sobre dicha restricción (Rivarola, 2014).

Se considera a la familia como el principal grupo con el que el individuo aprende a comer y como el que proporciona la base para la formación de los hábitos alimentarios posteriores, los que se ven influidos por quienes preparan los alimentos, la disponibilidad que hay de éstos, y las preferencias, usos y costumbres que rodean la conducta alimentaria —sobre todo en los primeros años de vida—, todo lo cual adquiere matices importantes en los desórdenes alimentarios (Birch, 2002; Hannon, Bowen, Moinpour y McLerran, 2003). Los modelos familiares con los que el niño convive tienen un importante ascendiente en la formación de sus preferencias y aversiones alimenticias, y se basan en factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales.

De acuerdo con los estudios de Herman y Polivy (1984, 1988), los dietantes crónicos se imponen a sí mismos, al parecer, un límite cognitivo: la dieta, que ejercerá el control en la regulación de la conducta de comer, haciendo la persona caso omiso de las señales fisiológicas que regulan la ingesta en quienes comen normalmente. Este proceso de búsqueda de un equilibrio interno entre el hambre fisiológica y el hambre psicológica describe la homeostasis de los dietantes restrictivos como un determinante interno de la motivación.

Otro componente de la conducta motivada es la activación. Es posible considerar el mantenimiento de la conducta de dietar como un índice de activación de este comportamiento en las personas dietantes, pero con ciertas limitaciones. Como señala Silva (2009), el solo hecho de planificar, de pensar intensamente en hacer dieta, puede generar en las personas el descontrol de su alimentación (Polivy y Herman, 1980).

Por otra parte, la dirección de la conducta motivada, junto con la posibilidad de conseguir el objetivo elegido por el individuo (por ejemplo, bajar de peso para reducir los estados emocionales negativos), está relacionada con la elección de las conductas instrumentales (dietar), que lo llevan hacia ese objetivo (por ejemplo, “sentirse” más delgado). En ambas posibilidades, la dirección refleja la elección que hace el dietante restrictivo en lo que respecta al objetivo de manejar sus emo-

ciones negativas frente a situaciones estresantes, y asimismo en lo que concierne a imponerse límites en su conducta de comer. En la presente investigación lo anterior se manifestó como un elevado nivel de insatisfacción con la imagen corporal y de preocupación por el peso, resultados que podrían ser avalados por una multitud de evidencias que señalan que los modelos corporales y estéticos negativos actuales han conducido a una sobrevaloración de la delgadez y a la estigmatización de la gordura.

La valoración sociocultural del arquetipo corporal delgado como el modelo estético predominante ejerce una importante presión social, especialmente en las mujeres, y contribuye a la internalización de esos ideales en pro de la delgadez, a una acentuada percepción de la grasa corporal y a la frustración con el peso propio, lo que aumenta la insatisfacción con la imagen corporal que se posee. Así, la práctica de hábitos alimenticios no saludables, que son el antecedente de los problemas alimenticios, estimula los trastornos iniciales de la conducta alimentaria (Rivarola, 2014).

En conclusión, para describir el proceso motivacional se analizaron sus determinantes internos, hallándose que más de la mitad de los sujetos dietantes crónicos indicaron que en sus familias había problemas de sobrepeso. Además, manifestaron haber sufrido ese problema durante su niñez y adolescencia principalmente, lo que pudo influir en la aparición de trastornos de su conducta alimentaria, lo que indica que tales referencias motivacionales están relacionadas estrechamente con la conducta crónica de dietar.

Los factores etiológicos que desencadenan la conducta restrictiva alimentaria crónica de este grupo etario se basan en la experiencia de no conformarse con la propia silueta corporal, lo que manifiesta con un elevado nivel de insatisfacción con la misma y con la preocupación por el peso. Asimismo, se comprobó que los hábitos alimentarios de estas personas se asociaban a un mayor control sobre la ingesta, como atender el núme-

ro de calorías ingeridas y la cantidad de alimento consumido.

El determinante homeostático de la conducta motivada estaría descrito por el ciclo de restricción-sobrealimentación, siendo los dietantes crónicos quienes manifestaron la mayor cantidad de conductas restrictivas (largos periodos sin comer, restricción de la cantidad y grado calórico de alimentos) que los no dietantes. Además, se caracterizaron por un mayor número de rompimientos de la dieta, contrariamente a lo esperado, lo que se veía acompañado de un considerable temor a perder el control sobre la ingesta.

En cuanto a los procesos cognitivos que acompañan a la conducta motivada en los dietantes crónicos, estos se caracterizaron sobre todo por tener pensamientos relacionados con su peso corporal, que consideraban inadecuado, y por expresiones de que les gustaría pesar menos, datos que se corroboran con los resultados del Cuestionario de Figura Corporal, en el que los dietantes manifestaron un mayor nivel de insatisfacción corporal y de preocupación por el peso que aquellos no considerados dietantes.

Los participantes en el estudio manifestaron que su motivación para hacer dietas atendía a razones de salud, como por ejemplo prevenir enfermedades coronarias o diabetes, pero también para sentirse bien, vivir más tiempo y estar mejor físicamente para realizar aquellas actividades que disfrutaban. En cambio, otros se sentían presionados para tener el ideal del cuerpo delgado vigente en la sociedad actual.

En conclusión, el proceso motivacional que explicaría la conducta de restricción alimentaria crónica se caracterizó por factores hereditarios de problemas de sobrepeso, por el aprendizaje de hábitos alimentarios no saludables y por un estilo atribucional interno basado en la insatisfacción con la imagen corporal, todo lo cual pone en marcha el mecanismo crónico de restricción/sobrealimentación.

REFERENCIAS

- Birch, L.L. (2002). Acquisition of food preferences and eating patterns in children. En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.): *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 326-348). New York: The Guilford Press.
- Borrego R., C.B. (2010). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Psicológica*, 12, 13-50.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-495.
- Darcy, A.M., Doyle, A.C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P. y Le Grange, D. (2012). The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? *International Journal of Eating Disorders*, 45, 110-145.
- Fernández A., E.G., Martín D., M.D. y Domínguez S., J. (2004). *Procesos psicológicos*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Guirado M., M.C. y Ballester A., R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de Psicología*, 21(1), 58-65.
- Hannon, P.A., Bowen, D.J., Moinpour, C.M., y McLerran, D.F. (2003). Correlations in perceived food use between the family food preparer and their spouses and children. *Appetite*, 77-83. doi: 10.1016/S0195-6663(02)001140-x.
- Heatherton, T.F. y Baumeister, R. (1991) Binge-eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 126, 890-900.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A. Stunkard (Ed.): *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En A. J. Stunkard y E. Stellar (Dir.): *Eating and its disorders* (pp. 141 -156). New York: Raven Press.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1988). Studies of eating in normal dieters. En B. T. Walsh (Dir.): *Eating behavior in eating disorders* (pp. 97-111). Washington D.C.: American Psychiatric Association Press.
- Herman, R. y Polivy, J. (2003). Effects of the presence of others on food intake: A normative interpretation. *Psychological Bulletin*, 129, 873-886.
- Hommel, B. (2003). Planning and representing intentional action. *The Scientific World Journal*, 3, 593-608. doi: 10.1100/tsw.2003.46.
- Katz, M. (2008). *No dieta. Puentes entre la alimentación y el placer*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- López, A., Martínez, A., Aguilera, V., López, P., Housni, F., Ruelas, M. y Vázquez, L. (2014). El hábito del comer. En A. López y C. Magaña (Eds.): *Hábitos alimentarios. Psicobiología y socioantropología de la alimentación* (pp. 129-138). México: McGraw-Hill.
- Orellana, L., Sepúlveda, J. y Denegri, M. (2013). Significado psicológico de comer carne: vegetarianismo y alimentación saludable en estudiantes universitarios a partir de redes semánticas naturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 15-22.
- Palmero C., F., Guerrero R., C., Gómez I., C., Carpi B, A. y Gorayeb, R. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales*. Castelló de la Plana (España): Universitat Jaume I.
- Pascual, A., Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.
- Polivy, J. y Herman P.C. (1980). Restrained eating. En A. Stunkard (Ed.): *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia, PA: Saunders.
- Polivy, J. y Herman, P.C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Provencher, V., Polivy, J., Gallander, M., Pratt, M., Pancer, M., Birnie-Lefcovitch, S. y Adams, G. (2009). Who gains or who loses weight? Psychosocial factors among first-year university students. *Physiology & Behavior*, 96, 135-141.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Rivarola M., F. (2001). *Trastornos alimentarios en relación con la imagen corporal e influencias socioculturales en adolescentes mujeres. Tesis inédita de Maestría*. San Luis (Argentina): Universidad Nacional de San Luis.
- Rivarola M., F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4(1-2), 149- 161.
- Rivarola M., F. (2006) Trastornos alimentarios. Su relación con la imagen corporal. *Memorias del Congreso XIII Jornadas de Investigación*, v. 1, 106.
- Rivarola M., F. (2014). Restricción alimentaria e imagen corporal. Diferencia de género. *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Buenos Aires, 26 a 29 de noviembre, 59-61.
- Sanchez B., J.L. y Pontes T., Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.

- Schettler, B., Grunert, K., Orellana, L., Sepúlveda, J., Miranda, H., Lobos, G., Adasme B., C., Denegri, M., Mora, M., Salinas O., N., Hueche, C., Etchbarne, S. (2017). Dietary restraint, life satisfaction and self-discrepancy by gender in university students. *Summa Psicológica*, 24, 25-33.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43, 201-209.
- Silva, J. (2009). Consistencia interna y validez factorial de la versión en español de la Escala Revisada de Restricción Alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(1), 41-49.
- Van der Laan, L. y Smeets, P. (2015). You are what you eat: A neuroscience perspective on consumers' personality characteristics as determinants of eating behavior. *Current Opinion in Food Science*, 3(1), 11-18.
- Vázquez, R., Fuentes E., S., Báez M., V., Álvarez G., L. y Mancilla J., M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12(1), 73-82.
- Wallis, D.J. y Hetherington, M.M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 13, 39-46.

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

Disease perception and sociodemographic characteristics
in chronic patients

Japey Margarita Quiceno and Stefano Vinaccia

Workplace stress interventions: An analysis based on the Bronfenbrenner's
bio-ecological model

Angélica María Hermosa-Rodríguez

Workplace stress and development of psychosomatic disturbances
in graduate students

José Raúl Peralta López and Walter Michael Villalba Jiménez

Risk and protection factors of suicide in older adults

Laura Angélica Montes de Oca Valdez and David Alberto Rodríguez Medina

Adaptation and validation of the factorial structure of the Scale
of Subjective Fluctuating Happiness and Subjective Authentic-Durable Happiness

*José Luis Barrera-Gutiérrez, Denyzett Díaz-Ayala,
Juan José Sánchez-Sosa and Ana Moreno-Coutiño*

Cognitive-behavioral intervention to promote therapeutic adherence
and autonomic regulation in patients with type-2 diabetes mellitus

*Sandra Nayeli Vergara Aguirre, Omar Arturo Chavarría Santiago,
David Alberto Rodríguez Medina, Benjamín Domínguez Trejo
and Patricia Zamudio Silva*

Coping in type 2 diabetes mellitus patients with and without retinopathy

*Francisco Javier Rosas-Santiago, Ana Delia López-Suárez
and Samantha Jiménez-Herrera*

Salutogenic and pathogenic variables, body image,
and health-related quality of life in breast cancer patients

*Shirley Franco, María Alejandra Zuluaga, Stefano Vinaccia,
Rosangela Raleigh and Gustavo Martínez*

Illness representation and depression
in patients with ESRD and asthma:

A comparison by illness

*Isaías Vicente Lugo González, Yuma Yooly Pérez Bautista,
Silvia Susana Robles Mantijo and Cynthia Zaira Vega Valera*

Prior assessment of knowledge encourages
organ donation attitude,
independently of rationales offered

*Teresita Angélica López Ortiz, Susana Villalón Santillán
and Ferrán Padrás Blázquez*

Body image satisfaction and quality of life

in women with mammary reconstruction after cancer:

A systematic review

Martha Juliana Villegas Moreno and Constanza Londoño

Underestimation of body weight in Mexican school children

*Ramona Silvia Platas Acevedo, Gilda Gámez-Peresmitré
and Gisela Pineda García*

Maternal concern regarding child's weight
and feeding strategies: A descriptive analysis

*Kevin Alejandro López Ibarra, Nora Hemi Campos Rivera
and Teresa Iveth Sotelo Quiñonez*

Motivational processes in chronic dietary restrainers

María Fernanda Rivarola, Anna Rovello and Jorge Leparati